



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA**

ANNE CRYSTIE DA SILVA MIRANDA

**RASTROS DA VULNERABILIDADE EM SOLO XIQUEXIQUENSE:
Um estudo de prontuários psicológicos da Atenção Básica**

PETROLINA

2022

ANNE CRYSTIE DA SILVA MIRANDA

**RASTROS DA VULNERABILIDADE EM SOLO XIQUEXIQUENSE:
Um estudo de prontuários psicológicos da Atenção Básica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Campus Sede, como requisito para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Duccini

PETROLINA

2022

Miranda, Anne Crystie da Silva
M672r Rastros da vulnerabilidade em solo xiquexiquense: um estudo de prontuários psicológicos da Atenção Básica / Anne Crystie da Silva Miranda. - Petrolina, 2022.
xx, 288 f. : il. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina, Petrolina-PE, 2022.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Duccini.

Inclui referências.

1. Psicologia Clínica. 2. Atenção Básica. 3. Prontuário Psicológico. 4. Vulnerabilidade - Saúde. 5. Saúde Mental. I. Título. II. Duccini, Luciana. III. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 157.9

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANNE CRYSTIE DA SILVA MIRANDA

**RASTROS DA VULNERABILIDADE EM SOLO XIQUEXIQUENSE:
Um estudo de prontuários psicológicos da Atenção Básica**

Dissertação apresentada ao PPGPSI da
UNIVASF, Campus Sede, como requisito para
obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Aprovada em: 24 de fevereiro de 2022.

Banca Examinadora



Profa. Dra. Luciana Duccini
Universidade Federal da Bahia (UFBA)



Prof. Dr. Marcelo Silva de Souza Ribeiro
UNIVASF



Profa. Dra. Barbara Eleonora Bezerra Cabral
UNIVASF



Prof. Dr. Darlindo Ferreira de Lima
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

A painho e mainha, meus grandes mestres,
e ao povo de Xique-Xique, que escreveu esta dissertação comigo.

AGRADECIMENTOS

A escrita de uma dissertação é uma experiência comprida e deveras solitária. Contraditoriamente, de tão majestosa, uma dissertação é um trabalho que se tece a muitas mãos. Por isso, com o presente texto, de modo singelo, gostaria de eternizar minha gratidão àqueles(as) que permitiram que eu sonhasse ou até sonharam junto comigo que este dia chegaria.

À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)*, que, mesmo em face dos retrocessos anunciados e implementados por um governo negacionista, possibilitou que eu usufruísse de uma bolsa de estudos, a qual me serviu de renda básica e proporcionou que eu me dedicasse, em particular, à construção desta dissertação e, de uma maneira geral, ao desenvolvimento da ciência brasileira.

Ao *grupo Bolsistas CAPES*, da rede social Facebook[®], pelas doses diárias de resiliência ofertadas gratuitamente. Ler os relatos compartilhados nesse grupo (muitas vezes, dolorosos) contribuiu para que eu me reconectasse com quem sou, com minhas paixões e também com minha crença inabalável no poder do conhecimento. O Bolsistas CAPES atua como uma verdadeira rede viva de apoio online aos(às) pesquisadores(as) brasileiros(as), acolhendo as amarguras e delícias de fazer pesquisa na conjuntura deprimente atual.

À *minha orientadora, Luciana Duccini*, quem, desde o início, acreditou verdadeiramente na minha aptidão para vencer o desafio do mestrado e uniu-se a mim em um perfeccionismo incansável, que deu brechas para que entregássemos um produto satisfatório e potente, como se mostra esta dissertação.

À *professora Barbara Cabral* e ao *professor Marcelo Ribeiro*, que colaboram afetiva e ricamente com a minha formação desde a graduação, por suas observações atenciosas e respeitadas na ocasião da qualificação deste trabalho, as quais ampliaram meu olhar científico e impulsionaram o aprimoramento de minha capacidade técnica.

À *professora Alice Chaves*, quem, amorosa e cuidadosamente, revisou um dos capítulos desta dissertação, presenteando-me com incríveis "podcasts", que me trouxeram clareza a respeito da pertinência do meu trabalho.

Aos(Às) *membros(as) da banca de defesa*, titulares e suplentes, que encararam a empreitada de ler e avaliar uma dissertação extensa.

A *Michell Oliveira, secretário de saúde de Xique-Xique*, que sempre reconheceu o valor do meu trabalho como psicóloga e não mediu esforços para que a pesquisa que fundamenta esta dissertação fosse executada.

Aos *meus pais, Romildo Tércio e Patrícia Miranda*, por incentivarem que eu faça escolhas profissionais com o coração e oferecerem-me apoio incondicional para exercê-las.

À *minha vó Ana Lúcia*, que, munida de sua fé inabalável, fez duas rezas fortes em minha intenção: uma, para que eu entrasse no mestrado e outra, para que eu saísse.

Aos *meus irmãos, Brenno Tércio e Pedro Kevyn*, pela satisfação que têm em dizer o quanto não me canso de estudar, o que me dá forças para seguir nesta árdua vida acadêmica.

A *Bento, meu cachorro*, que me guardou inúmeras madrugadas, amenizando a angústia que, em meio ao isolamento imposto pela tarefa de construir uma dissertação, por vezes, arrebatava-me.

Às *minhas primas, Isadora Bessa e Isabela Bessa*, pelo interesse persistente em saber quantas páginas eu já havia escrito e quantas ainda restavam, motivando-me a seguir em frente sem hesitar.

A *Laís Bastos, Ivanessa Brito, Grace Liz, Itanna Vytoria, Josi Oliveira e Godson Teixeira*, que, expostos às dificuldades da pós-graduação como eu, não me permitiram esquecer do meu potencial e da minha capacidade criativa.

A *Tácio Tambone*, por ter segurado a minha mão na reta final deste trabalho, ouvindo pacientemente as lamentações diárias de alguém que sempre tinha “uma dissertação por escrever”.

À *minha terapeuta, Janaína Matias*, que zelou para prevenir que eu entrasse em colapso nos exatos momentos em que a escrita se fez exaustiva e triste, cooperando para que eu reencontrasse a alegria de realizar este trabalho.

Por fim, a *todas as pessoas, sobretudo meus(minhas) amigos(as)*, que, em alguma medida, foram afetadas com a minha ausência, em decorrência do alongadíssimo tempo que me dediquei à execução desta dissertação, pela compreensão e torcida que entregaram a mim.

Ser cientista no Brasil é um ato de coragem e, só por hoje, eu venci!

Tomemos a eterna polêmica sobre se as práticas de saúde mental devem ter o objetivo de emancipar os sujeitos, de libertá-los de todo jugo ou, ao contrário, de adaptá-los ao respeito às leis e convenções sociais. Reduzir o dano decorrente do mal-estar inerente à vida civilizada, a toda e qualquer sociabilidade que sempre, em algum grau, normatiza e regula instintos e desejos individuais em nome do bem-estar comum ou coletivo? Terapias para aumentar a resiliência ou para ampliar a capacidade de crítica e de rebelião? Para fortalecer a individualização ou a integração ao coletivo?

Gastão Wagner de Sousa Campos

RESUMO

O caráter inventivo e artesanal da atuação do(a) psicólogo(a) na Atenção Básica brasileira remete a transformações no entendimento sobre os processos de saúde-adoecimento e à reorientação do modelo de atenção, apontando o paradigma da promoção da saúde e a clínica ampliada como vias de reformulação da clínica psicológica. Nesse contexto, a presente dissertação examinou a prática da Psicologia em um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, de fevereiro de 2017 até novembro de 2019, adotando como objetivo geral compreender como as demandas de saúde-adoecimento-cuidado registradas nos prontuários de pessoas que buscaram atendimento psicológico individual na Atenção Básica de Xique-Xique, Bahia, Brasil são afetadas por vulnerabilidades. A partir deste estudo de prontuários psicológicos de método misto, realizou-se uma análise de vulnerabilidade que revelou um conjunto de elementos individuais, sociais e programáticos que enredam as histórias clínicas de adoecimento psíquico dos(as) xiquexiquenses envolvidos(as), entre eles: relações interpessoais conflituosas, relações desiguais de gênero, violência e baixas coberturas potencial e real de atendimento psicológico na modalidade individual. Isso indica que, para que os princípios do Sistema Único de Saúde sejam respeitados, é imprescindível que a Psicologia atue de forma contextualizada e territorializada, pautando-se em uma visão biopsicossocial de ser humano e oferecendo um cuidado integral. Conquanto revele fenômenos singulares referentes à política de saúde e ao funcionamento de uma rede local, este trabalho descortinou aspectos metodológicos, éticos e políticos amplos que podem contribuir para a consolidação da Atenção Básica como principal porta de entrada dos(as) psicólogos(as) na saúde pública.

Palavras-chave: Psicologia. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Vulnerabilidade em Saúde. Prontuários.

ABSTRACT

In Brazil, psychologists' work in Primary Health Care is innovative and artisanal, resulting in a renewal of understandings of health and illness processes as well as a shift in health-care models. As a strategy of reformulating psychological practice, this points to the health promotion paradigm and comprehensive care. In this context, from February 2017 to November 2019, this research investigated psychological practice in a Family Health and Primary Care Comprehensive Center. Its main purpose was to figure out how vulnerabilities affect health, disease, and care needs as stated in medical records of those seeking individual psychological counseling at the Primary Care in Xique-Xique, Bahia, Brazil. The researcher employed a mix of approaches to examine the psychological records, completing a vulnerability analysis that showed individual, social, and programmatic vulnerabilities that intersect the psychological suffering of the local population, such as: interpersonal conflicts, gender inequalities, violence, and low psychological services coverage (both potential and real) for individual appointments. This points to the need for a contextualized and territorial Psychology for the principles of the Universal Health System to be respected, sustaining a biopsychosocial view of human beings and offering integral care. Although this study revealed health policies and operations issues in a local network, it also reveals broader methodological, ethical, and political aspects that may contribute to the strengthening of Primary Care as psychologists' entry point into public health.

Keywords: Psychology. Primary Health Care. Mental Health. Health vulnerability. Medical Records.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Gráfico da distribuição por faixa etária das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil...	107
Figura 2 –	Gráfico da distribuição por sexo das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	110
Figura 3 –	Gráfico da distribuição por cor ou raça das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil...	115
Figura 4 –	Gráfico da distribuição por estado civil das pessoas de 10 anos ou mais de idade assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	120
Figura 5 –	Gráfico da distribuição por condição de alfabetização das pessoas de 9 anos de idade ou mais assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	125
Figura 6 –	Gráfico da distribuição por situação em relação à educação básica das pessoas de 18 anos de idade ou mais assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	126
Figura 7 –	Gráfico da distribuição por nível de escolaridade das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil...	127
Figura 8 –	Gráfico da distribuição por dimensão espiritual das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil...	132
Figura 9 –	Gráfico da distribuição por zona e bairro de domicílio das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	135

Figura 10 – Gráfico da distribuição por situação do imóvel de residência das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	139
Figura 11 – Gráfico comparativo da distribuição por número de moradores(as) no domicílio da população de Xique-Xique, Bahia, Brasil e das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, neste mesmo município.....	140
Figura 12 – Gráfico da distribuição por situação trabalhista das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil...	144
Figura 13 – Gráfico da distribuição por ocupação das pessoas de 16 anos de idade ou mais com vínculo(s) de trabalho ativo(s) assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	148
Figura 14 – Gráfico da distribuição por condição da(s) fonte(s) de renda familiar das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	151
Figura 15 – Gráfico da distribuição por recebimento de benefício previdenciário ou assistencial das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	154
Figura 16 – Gráfico da distribuição por recebimento de benefício previdenciário ou assistencial por familiares das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	156
Figura 17 – Gráfico da distribuição por situação de risco social das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil...	160
Figura 18 – Gráfico da distribuição por situação de vulnerabilidade social das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via	

	NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	163
Figura 19 –	Gráfico da distribuição de acordo com o histórico de acompanhamento em SM das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	168
Figura 20 –	Gráfico da distribuição de acordo com o histórico familiar de transtorno mental das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	174
Figura 21 –	Gráfico da distribuição por tipo de medicamento psicotrópico em uso das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	182
Figura 22 –	Gráfico da distribuição por uso de álcool ou outra droga das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	186
Figura 23 –	Gráfico da distribuição por tipo de atividade terapêutica ou de promoção da saúde realizada pelas pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	191
Figura 24 –	Gráfico da distribuição por motivo da solicitação da assistência psicológica registrado pelo(a) profissional requerente nos formulários de requisição em nome das pessoas assistidas em atendimento individual na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	194
Figura 25 –	Gráfico da distribuição por categoria dos(as) profissionais responsáveis pela requisição do atendimento individual de Psicologia das pessoas assistidas na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	208
Figura 26 –	Gráfico da distribuição por setor de origem das requisições de atendimento individual de Psicologia em nome das pessoas assistidas na	

	AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	211
Figura 27 –	Gráfico da distribuição por ponto da rede de origem das requisições de atendimento individual de Psicologia em nome das pessoas assistidas na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	213
Figura 28 –	Gráfico da distribuição por cobertura de Saúde da Família das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	217
Figura 29 –	Gráfico da distribuição por desfecho do atendimento inicial das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	222
Figura 30 –	Quadro sinóptico dos pontos de atenção do SUS e das redes intersetoriais acionados a partir dos atendimentos individuais de Psicologia ofertados na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	224

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Exemplos de tradução de trechos dos prontuários aos códigos da CIAP2.	100
Tabela 2 –	Informações acerca do uso de medicamento(s) feito pelas pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	179
Tabela 3 –	Motivo da procura pelo atendimento individual de Psicologia declarado pela pessoa atendida.....	197
Tabela 4 –	Agravos à saúde percebidos pela psicóloga.....	200
Tabela 5 –	Unidades Básicas de Saúde da Família de Xique-Xique, Bahia, Brasil.....	216

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACE	Agente de combate às endemias
ACS	Agente comunitário(a) de saúde
aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AMAR	Centro de Atendimento Multidisciplinar em Educação Inclusiva
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CadÚnico	Cadastramento Único para Programas do Governo Federal
CAF	Centro de Abastecimento Farmacêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Cartão SUS	Cartão Nacional de Saúde
CD	Censo Demográfico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIAP2	Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição
CID	Classificação Internacional das Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CREPOP	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
CRSS	Central de Regulação de Serviços de Saúde
CSJVS	Centro de Saúde João Vicente da Silva
DH	Direitos Humanos
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
eAB	Equipe de Atenção Básica

ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
eNASF-AP	Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HJV	Hospital Julieta Viana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAS	Programa Academia da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PC	Pastoral da Criança
PCF	Programa Criança Feliz
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIA	População em Idade Ativa
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAIC	Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNE	Plano Nacional de Educação

PNEA	População Não Economicamente Ativa
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projeto de saúde no território
PTS	Projeto terapêutico singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RG	Carteira de Identidade
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SB	Saúde Bucal
SEMEC	Secretaria Municipal de Educação e Cultura
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SM	Saúde Mental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	Sistema nervoso central
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Transtorno de ansiedade generalizada
TDAH	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
TEA	Transtorno do espectro do autismo
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TMC	Transtorno mental comum
TOC	Transtorno obsessivo-compulsivo
UATI	Universidade Aberta da Terceira Idade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UNEB	Universidade do Estado da Bahia

UNIVASF Universidade Federal do Vale do São Francisco
WONCA Organização Mundial de Faculdades, Academias e Associações Acadêmicas
de Clínicos Gerais/Médicos de Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	22
COMPREENSÕES DE SAÚDE-ADOCIMENTO E TEORIA DA VULNERABILIDADE APLICADA À SAÚDE: NECESSIDADES HISTÓRICAS E COMPLEXIDADES EPISTEMOLÓGICAS	29
TEORIA DA VULNERABILIDADE APLICADA À SAÚDE: O INDIVIDUAL, O SOCIAL E O PROGRAMÁTICO NAS EXPERIÊNCIAS E PRÁTICAS DE SAÚDE..	37
“POR UMA CLÍNICA REFORMULADA E AMPLIADA”: HISTÓRIAS DA CLÍNICA E DA PSICOLOGIA NA CLÍNICA	45
OS ARRANJOS DA CLÍNICA AMPLIADA E A CHANCE DE REFORMULAÇÃO DA CLÍNICA PSICOLÓGICA.....	56
EM MEIO A REINVENÇÃO DE UMA PRÁXIS: INCURSÕES DA PSICOLOGIA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE	63
ROTAS DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	68
ACERCA DA INTERFACE ENTRE PSICOLOGIA E SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	72
O LUGAR CATIVO DA PSICOLOGIA NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA.....	77
O ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PSICOLOGIA VIA NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA COMO DISPOSITIVO PARA UMA CLÍNICA PSICOLÓGICA AMPLIADA.....	85
MÉTODO DA PESQUISA	91
DELINEAMENTO DO TIPO DE PESQUISA.....	91
CENÁRIO DA PESQUISA.....	92
FONTE DE COLETA DOS DADOS.....	95
PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	97
PROCESSAMENTO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS COLETADOS.....	99
ANÁLISE DE VULNERABILIDADE DO TERRITÓRIO XIQUEXIQUENSE: RESULTADOS DO ESTUDO DE PRONTUÁRIOS PSICOLÓGICOS DA ATENÇÃO BÁSICA	102
PERFIL BIOSOCIODEMOGRÁFICO E NECESSIDADES DE SAÚDE-ADOCIMENTO-CUIDADO DAS PESSOAS ASSISTIDAS EM ATENDIMENTO	

INDIVIDUAL DE PSICOLOGIA.....	103
Faixa etária: fatores protetores e adoecedores associáveis aos ciclos da vida.....	105
Sexo, gênero e Saúde Mental: o acúmulo nocivo de papéis sociais por mulheres.....	109
Cor ou raça: o peso da desigualdade racial sobre as experiências de saúde-adoecimento-cuidado.....	113
Estado civil e relações afetivo-sexuais: os danos à saúde provocados por conflitos conjugais.....	118
(D)efeitos da escolarização: a baixa escolaridade como fator de risco ao adoecimento.....	123
Espiritualidade e religião: vivências constitutivas dos modos de subjetivação.....	131
Zona de domicílio: particularidades dos bairros urbanos e das comunidades rurais.....	134
Habitação e saúde: repercussões das condições de moradia.....	138
Trabalho e renda: marcas da inclusão/exclusão das pessoas na/da vida coletiva.....	142
Risco e vulnerabilidade social: violência e pobreza como ameaças à saúde e à vida.....	158
Histórico de acompanhamento em Saúde Mental: o papel do hospital geral na atenção à crise e especificidades ligadas ao suicídio.....	167
Histórico familiar de Saúde Mental e relações familiares: conflitos na família como fonte de adoecimento psíquico.....	172
Consumo de medicamentos e indícios de uma cultura de medicalização da vida.....	176
O uso de álcool e outras drogas e o impacto familiar do abuso.....	184
Atividades terapêuticas e de promoção da saúde: ampliando possibilidades de cuidado e de suporte social.....	190
Motivo da procura pela assistência psicológica: óticas do(a) profissional requerente e da pessoa atendida.....	193
Avaliação clínica: como as necessidades de saúde são percebidas pela psicóloga ofertante do atendimento individual.....	198
ASPECTOS RELACIONADOS À DINÂMICA DOS ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS DE PSICOLOGIA E DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE LOCAL...	204
Presença de responsável ou acompanhante: as mulheres cuidadoras de pessoas com queixas psíquicas.....	205
Categoria profissional do(a) requerente do atendimento psicológico: heranças de	

um processo de trabalho em saúde médico-centrado.....	206
Outras origens das requisições para atendimento psicológico: enfocando setores e pontos da rede.....	210
Cobertura de Saúde da Família: retratos do acesso à Atenção Básica.....	215
Coberturas potencial e real do atendimento individual de Psicologia via Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: avanços e entraves.....	218
Trabalho vivo em saúde: a perspectiva do cuidado em rede.....	221
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	227
SÍNTESE DAS CONDIÇÕES VULNERABILIZANTES QUE AFETAM AS EXPERIÊNCIAS DE SAÚDE-ADOCIMENTO-CUIDADO DOS(AS) MORADORES(AS) DE XIQUE-XIQUE, BAHIA, BRASIL.....	227
NENHUM PASSO ATRÁS: EM DEFESA DA ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA VIA APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	231
REFERÊNCIAS.....	235
APÊNDICE A – Ficha de triagem.....	271
APÊNDICE B – Recortes dos bancos de dados produzidos.....	273
APÊNDICE C – Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição...	279
APÊNDICE D – Tabelas de frequência produzidas.....	281

Rastros da Vulnerabilidade em Solo Xiquexiquense:

Um Estudo de Prontuários Psicológicos da Atenção Básica

Esta dissertação é um grito. Por meio dela, proclamo que não me calo frente às mazelas evitáveis que constroem a magnitude da existência humana. Não as aceito, não as naturalizo. Toda indignidade não será digna de ser negligenciada por mim. As maiorias populares, frequentemente silenciadas e invisibilizadas, não passarão despercebidas aos meus olhos e ouvidos. Não farei da minha profissão um instrumento normalizador, moralizador e reproduzidor de injustiças. Com a minha ciência, não produzirei justificativas para o injustificável. Esta dissertação é uma exclamação. Ela é filha do inegociável compromisso que assumo todos os dias com uma Psicologia ética e promotora de vida, com uma Psicologia afirmadora do direito inalienável pertencente a cada um(a) de ser exatamente quem é. Ela sentencia um sentido antiparadigmático de saúde. Ela insiste em contribuir com um cuidado via políticas públicas, territorial e comunitário, pautado em valores democráticos e antimanicomiais.

Entre 2017 e 2019, enquanto estive psicóloga do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de Xique-Xique, Bahia, Brasil, fui sensibilizada a aceitar o desafio de ir além das tabelas a cumprir e estudar as vulnerabilidades que, cortando o solo xiquexiquense, afetavam as experiências de saúde-adoecimento-cuidado das pessoas que procuravam a minha assistência. Rodeada cotidianamente por inúmeros prontuários que contavam histórias sobre aquela gente, quis contribuir para converter dados amiúde subaproveitados em informações estratégicas, que fossem capazes de subsidiar o planejamento de ações contextualizadas em prol da melhoria das condições da comunidade local. Por isso, neste relato científico, estou presente tanto como a psicóloga do NASF-AB de Xique-Xique quanto como a pesquisadora responsável. Mobilizada pelo desejo de agradecer à minha cidade natal por sempre me acolher e por ter confiado no meu trabalho, pretendi

fazer do estudo que sustenta esta dissertação um instrumento de transformação social em potencial, vislumbrando, a longo prazo, que sejam conquistadas as garantias mínimas para que meus(minhas) conterrâneos(as) se sintam verdadeiramente apoiados(as) em seus projetos de felicidade.

Desde sua inauguração, a atuação do(a) psicólogo(a) na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, também denominada de Atenção Básica à Saúde (ABS) ou simplesmente Atenção Básica (AB)¹, convoca a inventividade como habilidade indispensável ao cotidiano do trabalho em saúde. O caráter artesanal de tal prática remete às mudanças em curso em torno da compreensão das experiências de saúde-adoecimento-cuidado e ao indicativo de reorientação dos modelos de atenção, sobretudo nesse locus de intervenção, ancorando-se no conceito de clínica ampliada (que será problematizado adiante) como estratégia de reconfiguração do papel da Psicologia e do(a) profissional de Psicologia frente ao cuidado de sofrimentos tanto subjetivos quanto coletivos. Destarte, a assistência psicológica na AB se apresenta como campo aberto e fértil para o desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias, abarcando uma infinidade de propostas que se inclinam a fazer saúde nas trilhas dos territórios.

Como importante contribuição do(a) psicólogo(a) na AB, a oferta do atendimento individual de Psicologia tem ampliado o acesso da população a esta ferramenta, qualificando a terapêutica principalmente quanto às necessidades percebidas como de Saúde Mental (SM).

¹Os termos APS e AB ora são apresentados como semelhantes, ora como divergentes. APS é internacionalmente reconhecido e remete, em suma, a três significados: 1) primeiro nível ou porta de entrada de um sistema de saúde; 2) estratégia de reordenamento do setor da saúde e conseqüente reorientação do modelo de atenção e 3) “medicina para pobres” ou programa com objetivos e serviços restritos, voltado especificamente à satisfação de necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza. Por sua vez, AB é empregado particularmente no contexto da saúde pública brasileira e pretende uma diferenciação ideológica em relação aos reducionismos presentes em certas noções de APS. Nesse sentido, como principal porta de entrada no sistema universal de saúde local, respaldada em uma concepção ampliada de cidadania, a AB corresponde à APS do Brasil, assumindo a coordenação do cuidado em rede e mobilizando a qualificação do modelo de atenção, além de desenvolver, na e com a comunidade em geral, ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento de enfermidades, reabilitação clínica, entre outras (Gil, 2006, Giovannella, 2018). Portanto, dado que a presente dissertação envolve a realidade de saúde de um município brasileiro, as nomenclaturas APS e AB serão utilizadas como sinônimas ao longo do texto.

Todavia, o referido atendimento é também apontado como práxis controversa, visto que sua condição emergente, às vezes, é atravessada pela repetição do modelo da clínica psicológica considerada tradicional ou clássica (caracterizada como descontextualizada, que isola a pessoa do meio em que está inserida, ignorando aspectos psicossociais envolvidos nas experiências dela e terminando por culpabilizá-la pelo próprio sofrimento), o que rompe com princípios da AB. Dessa maneira, a recente inserção do(a) psicólogo(a) na AB exige que a Psicologia, como filosofia, ciência e profissão, reflita sobre seus saberes e foi visando responder a esta demanda que a presente dissertação se pôs a pensar a prática psicológica no NASF-AB, serviço da Estratégia Saúde da Família (ESF) (iniciativa que organiza a AB no Brasil), a fim de fornecer subsídios para aperfeiçoar a assistência em SM e elaborar outras possibilidades de clínica ampliada no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a expansão dos pontos de atenção e a inovação das redes formais de cuidado, os(as) psicólogos(as) se inserem nas políticas públicas de saúde modificando qualitativamente as práticas psicológicas e requerendo afinação das perspectivas teóricas em Psicologia (Aguiar & Ronzani, 2007). Além disso, o indicativo de reorientação dos modelos de atenção vem defendendo que melhor compreender os aspectos psicossociais que tocam as experiências de saúde-adoecimento e intervir de forma integrada sobre eles são âncoras para a organização do processo de trabalho na AB (Nascimento & Oliveira, 2010). Esses imperativos mobilizam os núcleos de conhecimento envolvidos com a estruturação desse nível de atenção a revisitarem suas concepções e proposições, já que as ações nesse campo “provocam um conjunto maior de dificuldades, convocando pesquisadores à busca de soluções” (Leite, Andrade & Bosi, 2013, p. 1168), ao passo que desvelam outros fenômenos de interesse científico.

Uma das finalidades da AB é acompanhar a população diretamente em seu contexto sociocultural, interferindo no que atravessa as experiências de saúde-adoecimento-cuidado, a

fim de promover saúde para melhoria da qualidade de vida em geral. Ponderar a atuação do(a) psicólogo(a) nesse cenário é tarefa complexa e tem sido alvo de estudos nos últimos anos, apesar da produção científica ainda incipiente (Leite et al., 2013). Estender os serviços psicológicos às camadas mais pobres da população, por exemplo, requer ampliar o referencial teórico no intuito de analisar as questões sociais subjacentes às problemáticas individuais (Aguar & Ronzani, 2007), criando aí outra chance de revisão das práticas clínicas psicológicas tradicionais (Ferreira, 2008). No cotidiano, o desempenho da Psicologia na AB é fortemente marcado por um “não saber muito bem o que fazer” (Gonçalves & Portugal, 2016, p. 568), o que pode, sim, estimular uma adesão a métodos tradicionalmente estabelecidos, pelo conforto que eles permitem aos(às) profissionais, mas também pode incitar à criação de novos fazeres, como resposta aos desalojamentos vivenciados.

Em prol do fortalecimento da Psicologia na AB, defende-se o desenvolvimento do conhecimento psicológico, com o qual este trabalho se comprometeu, visto que buscou dissertar sobre os elos entre vulnerabilidades e o fenômeno que enreda a presença da Psicologia na saúde: a experiência de saúde-adoecimento-cuidado. Entende-se a atuação do(a) psicólogo(a) na AB como um empuxo à profissão, já que oferece uma rota que desloca este(a) profissional de lugares costumeiros, produzindo uma força que o(a) mobiliza a experimentar. Logo, concordando que as singularidades que marcam a vida das pessoas necessariamente se constituem em meio a elementos concretos, sociais e históricos (Moraes & Castro-Silva, 2016), pareceu pertinente investigar como as demandas de saúde-adoecimento-cuidado registradas nos prontuários de pessoas que buscaram atendimento psicológico individual na AB de Xique-Xique são afetadas por vulnerabilidades, acreditando que o reconhecimento destes nexos permitiriam discutir, dentre outras proposições, formação e desempenho profissional, gestão da clínica, planejamento em saúde e fortalecimento da AB.

Com isso, a pesquisa realizada encontrou ancoragem nas proposições teóricas para o exame da vulnerabilidade aplicada à saúde tecidas por Ayres, Calazans, Saletti & França (2006) e Ayres, França, Calazans & Saletti (2009) e assumiu a intenção de compreender experiências de saúde-adoecimento-cuidado a partir da problematização das relações porventura existentes entre: a) as características biossociodemográficas das pessoas que receberam atendimento psicológico individual na AB, via NASF-AB, em Xique-Xique, b) os agravos à saúde apresentados como motivo da procura pela assistência por estas pessoas, c) as demandas de saúde-adoecimento identificadas pela profissional de Psicologia do NASF-AB em questão a partir das avaliações clínicas realizadas e d) as vulnerabilidades que cercam tais características, agravos e demandas. Frente a esses objetivos, mais que em explicações causais, apostou-se na chance de reconhecer acontecimentos importantes que costumam o fazer da Psicologia na AB, em especial, no território xiquexiquense.

Xique-Xique é um município do interior baiano que, em virtude da baixa complexidade de sua rede de saúde, tem na AB o maior potencial de atendimento à população. Por assim dizer, todos(as) os(as) moradores(as) do município constituem a clientela deste nível de atenção, resguardadas as prioridades que são estabelecidas. Acredita-se que a apreciação do trabalho da Psicologia no NASF-AB de Xique-Xique, conquanto tenha revelado elementos singulares referentes à política de saúde e ao funcionamento dos serviços no âmbito local, foi capaz de descortinar aspectos metodológicos, éticos e políticos que podem colaborar com a consolidação da AB como principal porta de entrada do SUS, responsável pela gestão do cuidado integral às pessoas e pela reorganização das redes de atenção (Leite et al., 2013). Por assim dizer, espera-se que este relato auxilie nos debates referentes ao planejamento de ações em saúde e impulse a reflexão acerca do impacto da assistência psicológica via NASF-AB no contexto da AB, além de chamar a atenção para a pertinência da atualização do fazer clínico psicológico.

Após este texto de introdução, a presente dissertação se sustenta em seis capítulos. A primeira metade deles reúne a fundamentação teórica, sendo que, no primeiro capítulo, intitulado *Compreensões de saúde-adoecimento e teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde: necessidades históricas e complexidades epistemológicas*, serão retratadas algumas visões de saúde, doença e cuidado que se desdobraram ao longo da história da humanidade, desde a Antiguidade Clássica até a Contemporaneidade, com destaque às reivindicações expressas por uma teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde para que determinados valores constitutivos de paradigmas hegemônicos sejam questionados. Na sequência, o segundo capítulo, intitulado “*Por uma clínica reformulada e ampliada*”: *histórias da clínica e da Psicologia na clínica*, registra passagens importantes sobre a estruturação da clínica médica e o surgimento da clínica psicológica, apresentando condições de reformulação do fazer clínico em Psicologia a partir de uma proposta de clínica ampliada.

No terceiro capítulo, intitulado *Em meio à reinvenção de uma práxis: incursões da Psicologia nas políticas de saúde*, examina-se a trajetória da Psicologia nas políticas públicas de saúde, de sua entrada aos dias atuais, enfatizando o trabalho dos(as) psicólogos(as) junto à AB, a intimidade que se cria entre a Psicologia e a SM neste lócus de atuação, a inserção da Psicologia na equipe de composição multiprofissional do NASF-AB e o atendimento clínico individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, como um dispositivo, na linguagem foucaultiana (Foucault, 1999), para uma clínica psicológica ampliada. O quarto capítulo, por sua vez, intitulado *Método da pesquisa*, é dedicado à descrição dos delineamentos que permitiram a execução do estudo que justifica esta dissertação. Cabe destacar que ele inclui uma seção a respeito de Xique-Xique, o cenário elegido, reunindo dados sociodemográficos da população e informações a respeito da disposição e do funcionamento da rede de saúde local.

Já no quinto capítulo, intitulado *Análise de vulnerabilidade do território xiquexiquense: resultados do estudo de prontuários psicológicos da Atenção Básica*, são discutidos os achados da pesquisa realizada, os quais, em um momento inicial, possibilitaram a circunscrição de um perfil biossociodemográfico e das necessidades de saúde-adoecimento-cuidado das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB de Xique-Xique, revelando, em um segundo momento, nuances acerca da dinâmica clínico-organizacional da rede de saúde do município e dos atendimentos individuais de Psicologia ofertados pelo NASF-AB. Por último, um capítulo intitulado *Considerações finais* recupera as principais condições vulnerabilizantes que atravessam as experiências de saúde-adoecimento-cuidado dos(as) moradores(as) de Xique-Xique identificadas pela investigação decorrida e compartilha um manifesto em defesa da permanência e do fortalecimento da assistência psicológica na AB.

Compreensões de Saúde-Adoecimento e

Teoria da Vulnerabilidade Aplicada à Saúde:

Necessidades Históricas e Complexidades Epistemológicas

É de amplo interesse a tessitura de compreensões acerca da experiência de saúde-adoecimento, uma vez que alavancam a invenção de modos de cuidar e impactam significativamente o desenvolvimento de ações clínicas, refinando políticas e práticas em saúde. Para Batistella (2007), “as práticas desenvolvidas nos serviços de atenção à saúde, conscientes ou não, estão relacionadas diretamente a determinadas concepções de saúde-doença-cuidado vigentes” (p. 25). Entende-se que saúde e doença sempre fizeram parte das preocupações das pessoas, que diferentes olhares, quer lançados concomitantemente ou em tempos distintos, coexistem e disputam ininterruptamente espaços de intervenção até os dias atuais e que, ao passo que as relações entre os seres humanos e o mundo se transformam, surgem outras formas de enfrentar as adversidades.

Em referência a episódios históricos que marcaram o Ocidente, é possível destacar, por exemplo, o modo como, na Antiguidade Clássica, dividindo espaço com outras racionalidades e hipóteses, o pensamento mágico-religioso enredava entendimentos sobre as doenças, tomando-as, em certas ocasiões, como ação de deuses e demônios (Scliar, 1987). A figura do(a) curandeiro(a), valendo-se de diversos manejos, ocupava essa cena social como um(a) importante encarregado(a) do afastamento dos espíritos malignos e da cura das pessoas enfermas. Em meio aos movimentos de vida, contudo, mais compreensões foram tramadas, dando condições ao surgimento do que se reconhece hoje como Medicina hipocrática. Hipócrates (460-377 a.C.), filósofo grego frequentemente considerado pai da Medicina, voltou-se à observação empírica da natureza, acreditando que saúde e doença eram resultantes de processos homeostáticos (Batistella, 2007).

A integração com o ambiente é um traço característico da noção que Hipócrates lança sobre o fenômeno saúde-doença, indicando que a saúde requer certo equilíbrio entre o ser humano e seu meio. Séculos depois, na Idade Média, a difusão da visão da Igreja Católica marginalizou explicações pautadas na observação da natureza, como as produzidas pela Medicina hipocrática, desautorizando respostas que estivessem além da fé e enviando aos tribunais da Inquisição aqueles(as) que descumprissem o mandato. Nesse período, contando com poucos recursos terapêuticos, as populações, mesmo quando atingidas drasticamente por pestes e epidemias, viam suas vivências de saúde-adoecimento constrangidas “entre o castigo e a redenção” (Batistella, 2007, p. 34), arrematadas pela ideia (fruto desse imaginário que priorizava o aperfeiçoamento da alma em vez do cuidado do corpo) de que morrer significava libertação (Gutierrez & Oberdiek, 2001).

Com o advento do Renascimento, um conjunto de revoluções sociais e também científicas acaba por determinar uma nova forma de produzir e viver em sociedade: o capitalismo. O modo de produção capitalista transformou conceitos e arranjos institucionais, erguendo bases de um método de elaboração do conhecimento que proporcionou à ciência um salto qualitativo importante de ser lembrado (Gutierrez & Oberdiek, 2001). Com isso, ao final do século XVIII e início do XIX, criticando seu passado e defendendo um suposto nascimento, a Medicina se apresenta como científica e ensaia moldes que exercem significativa influência na atualidade (Foucault, 1977). Profundamente assinalada pela industrialização e pela urbanização, essa Medicina moderna é impulsionada a teorizar sobre os aspectos econômicos, sociais e culturais envolvidos na saúde e no adoecimento das pessoas, promovendo o corpo, contemplado como máquina produtiva, a objeto de políticas, práticas e normas (Batistella, 2007). Como sugerem Gutierrez e Oberdiek (2001):

Ao lado das condições objetivas de existência, o desenvolvimento teórico das ciências sociais permitiu, no final do século XVIII, a elaboração de uma teoria social da

Medicina. O ambiente, origem de todas as causas de doença, deixa, momentaneamente, de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas (p. 20).

Datado de 1848, o termo Medicina social evidencia o núcleo da compreensão de saúde-adoecimento dessa época, exprimindo que as questões socioambientais afetam a situação de saúde de uma população e legitimando que, de fato, os desencadeadores das enfermidades deveriam ser procurados onde a vida acontece, com destaque às vivências laborais das pessoas. Entretanto, nas últimas décadas do século XIX, com novas descobertas bacteriológicas, uma discussão sobre unicausalidade atrai os holofotes, mudando a forma de perceber saúde e doença. Com a teoria da unicausalidade, a doença passa a ter seu agente etiológico, liberando a Medicina dos determinantes econômicos, sociais e políticos e menosprezando modelos sociais e multicausais de compreensão do processo saúde-doença (Böing & Crepaldi, 2014).

De acordo com Batistella (2007), é nessa onda bacteriológica que a subjetividade concede lugar à objetividade nas explicações e que a abordagem qualitativa dos objetos e fenômenos que interessam ao meio científico das práticas em saúde se vê subordinada às análises quantitativas. Com isso, estreitando o campo de visão do fenômeno saúde-adoecimento, firma-se a hegemonia do orgânico no pensamento médico, colaborando para que a saúde seja compreendida como ausência de doença. Essas características são apontadas frequentemente como ramos fundamentais da raiz do famoso modelo biomédico². Tal

²O modelo teórico-conceitual intitulado biomédico é um poderoso fruto de embates acadêmicos do século XIX, que encontrou respaldo no paradigma capitalista norte-americano chamado de flexneriano. Flexner (1866-1959) foi um educador estadunidense que, frente às evidências a respeito do processo saúde-doença apresentadas pela concepção unicausal em voga à época, desenvolveu uma pesquisa, pela Fundação Carnegie, reunindo esforços para reorientar o ensino e, consequentemente, o trabalho médico. Em 1910, os estudos de Flexner deram origem ao Relatório Flexner, que recomendava a priorização da pesquisa biológica e a especialização da formação médica. Resumidamente, o paradigma flexneriano se caracteriza por um entendimento mecanicista da experiência de saúde-adoecimento, pelo reducionismo da causalidade aos fatores biológicos e por direcionar o foco da atenção em saúde à doença e à pessoa isolada do seu contexto, apoiando uma prática sanitária curativista (Almeida-Filho, 2010; Matta & Marosini, 2009; Santos & Westphal, 1999).

mudança epistemológica impede que as relações entre o adoecer humano e os condicionantes sociais sejam melhor pesquisadas, resultando em uma racionalidade biomédica predominantemente curativista, mecanicista, biologicista, individualista e hiperespecialista (Santos & Westphal, 1999), a qual, apesar de questionada, cabe salientar que, ainda dita a maioria das normas de cuidado na conjuntura atual.

É somente após a Segunda Guerra Mundial, com uma transição epidemiológica em curso (caracterizada pela redução das doenças infecto-parasitárias e pelo crescimento das doenças crônico-degenerativas), que as respostas unicasais enfraquecem, contribuindo para que, por volta da década de 1960, em meio a uma crise econômica e política, surja um modelo repaginado de multicausalidade: o modelo da determinação ou produção social da saúde-doença. “Com a diminuição de gastos sociais do Estado, os altos custos e baixa eficácia da medicina curativista/hospitalar e a limitação dos modelos dominantes em explicar os diferenciais de saúde-doença entre os grupos sociais” (Böing & Crepaldi, 2014, p. 748), esse novo paradigma multicausal promete outras estratégias terapêuticas, encontrando condições de fortalecimento.

Buscando articular o cuidado junto a diferentes dimensões da vida e considerando que aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos enredam uma realidade sanitária, o modelo da determinação social se identifica com um rigor científico outro, que tem complexidade, instabilidade, intersubjetividade, interdisciplinaridade e intersetorialidade como pressupostos (Böing & Crepaldi, 2014). Seus questionamentos e críticas desencadearam revisão significativa dos objetos de estudo, das visões de ser humano, dos meios de trabalho em saúde e, conseqüentemente, da organização das práticas interventivas (Batistella, 2007), desvelando circunstâncias para a teorização de uma perspectiva síntese conhecida amplamente hoje como biopsicossocial (Campos, 2016). Com biopsicossocial, enfatiza-se a importância de compreender as experiências humanas (em

especial, os processos humanos de saúde-adoecimento) por meio da apreciação dos elos existentes entre condições biológicas, condições psicoemocionais e condições sociais.

Ancorado nesse arranjo biopsicossocial, que congrega planos que se confundem com a própria existência humana, fala-se não somente em barrar o avanço das doenças, mas em promover saúde, entendendo que uma compreensão de saúde-adoecimento-cuidado não pode se furtar de olhar os modos como as pessoas levam as próprias vidas, os quais derivam de fatores culturais, práticas sociais, escolhas pessoais e do meio em geral. Ratificando esse entendimento, como reação à acentuada medicalização³ da sociedade e do sistema de saúde, atribuída ao alcance extensivo do modelo biomédico, a perspectiva biopsicossocial se desdobra no paradigma da promoção da saúde. Dessa maneira, inaugura-se uma noção mais ampla do processo saúde-adoecimento e seus condicionantes, que valoriza tanto saberes técnicos quanto populares e mobiliza recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento e a resolução de adversidades que limitam a vida (Buss, 2009).

De acordo com Buss (2009), o paradigma da promoção da saúde adota a vida em sua inteireza, a solidariedade, a equidade, a democracia, a cidadania, a participação popular e a parceria intersetorial como conjunto de valores, compreendendo que paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade são recursos essenciais para a saúde (Brasil, 2002). Nesse diapasão, Dimenstein (2011), entre outros(as), defende que saúde extrapola ausência de doença, conservação da vida ou manutenção da sobrevivência, encontrando ressonância em uma dinâmica singular e subjetiva de negociação permanente de sentidos no campo social, construindo e desconstruindo normas de encarar a realidade e qualificar o viver. Caponi (2003), por exemplo, reitera tal posição ao propor que:

³O termo medicalização faz referência a uma dinâmica (considerada nociva pela crítica), provocada pela Medicina moderna e seu modelo biomédico, de criação ou incorporação de um problema “não médico” ao aparato da Medicina, tomando-o como “doença” a ser tratada (Carvalho, Rodrigues, Costa & Andrade, 2015).

Diversas são as questões a serem consideradas com relação ao vínculo saúde-sociedade. Existem condições de vida impostas, convivência em um meio com determinadas características que não são nem poderiam ser escolhidas: alimentação deficiente, analfabetismo ou escolaridade precária, distribuição perversa da riqueza, condições de trabalho desfavoráveis, condições sanitárias deficientes. Todas essas características constituem um conjunto de elementos que precisa ser considerado na hora de programar políticas públicas e intervenções com tendência a criar formas de transformação dessas desigualdades que reconhecemos como causas de predisposição para diferentes enfermidades (p. 63).

Entre outras correlações possíveis, o sofrimento das pessoas é resultado de impactos de natureza psicológica, social, política e cultural vividos, capazes de configurar estados de vulnerabilidade que repercutem nas condições de saúde-adoecimento. Em meio às práticas de cuidado, é imprudente desconsiderar esses estados de vulnerabilidade, uma vez que eles afetam diretamente aqueles(as) que procuram um(a) profissional de saúde (Brasil, 2013). É fundamental, portanto, o desenvolvimento de intervenções contextualizadas para a resolução dos problemas de saúde da população brasileira, as quais, na trilha da criação de oportunidades de resistir ao adoecer, não escamoteiem as “influências históricas, materiais, contextuais, culturais, intersubjetivas, afetivas e ético-políticas do cotidiano” (Moraes & Castro-Silva, 2016, p. 750). Integrar os projetos de cuidado ao tecido social em que as experiências de saúde-adoecimento e morte acontecem pode torná-los mais efetivos (Aguiar & Ronzani, 2007).

Promover saúde, pois, é expandir ao máximo a margem de segurança e tolerância aos riscos ou às “infidelidades do meio” (Canguilhem, 2012, p. 139), condições desfavoráveis à manutenção da saúde, prevenindo que o adoecimento provoque o estreitamento desta margem e habilitando modos de confrontar as mais variadas vulnerabilidades. Assim, a saúde em si se

caracteriza como um recurso para se viver genuinamente, o que inclui as possibilidades de dela abusar, de cair doente e de se recuperar. Ter saúde se conecta com a capacidade de administrar autonomamente os riscos, as tensões, as infidelidades e o mal-estar inerentes à experiência de estar vivo, em um mundo onde flutuações acontecem. “Só podemos falar de saúde quando detemos os meios para enfrentar nossas dificuldades e compromissos, e a conquista e ampliação destes meios é uma tarefa ao mesmo tempo individual e coletiva” (Caponi, 2003, p. 70).

Mediante as diversas noções de saúde-adoecimento-cuidado retratadas neste capítulo, parece legítimo defender que as compreensões difundidas ao longo de todos esses séculos foram e seguem sendo talhadas em meio a necessidades históricas, atravessadas por complexidades epistemológicas que sugestionam que a verdade sobre algo é sempre produzida em um tempo-espaço identificável. Não é à toa que as ênfases das disciplinas científicas mudam de tempo em tempo, à medida que descobertas promissoras são feitas em campos previamente estéreis e que arranjos metodológicos relativos a um certo objeto ou fenômeno são reorganizados. A respeito desse debate, Ayres et al. (2006) observam que:

As querelas entre a dimensão arte e a dimensão ciência das práticas de saúde, as disputas sobre os tipos de evidência científica que interessam efetivamente à boa prática e às desarticulações ainda observáveis entre diferentes níveis de aplicação das inferências científicas e das medidas de intervenção são, talvez, a expressão contemporânea daquelas contradições (não se confunda com antagonismos ou dicotomias), que participaram da constituição histórica das práticas de saúde tal como as entendemos hoje (p. 376).

Frente às inúmeras concepções de saúde-doença existentes, como campo de saber que sempre se viu comprometido com as experiências de saúde-adoecimento e com a clínica, coube à Psicologia moderna, desde 1879 (ano de sua legitimação como disciplina

independente de produção de conhecimento), sustentar alguns posicionamentos (Ferreira, 2005). No início de sua trajetória, ao final do século XIX, a Psicologia esteve alinhada com o modelo biomédico, visto que seus precursores mais atuantes eram ligados à vertente experimental e supervalorizavam o estudo dos processos cognitivos como via explicativa tanto de questões tidas como psicoemocionais quanto das vivências psicossociais das pessoas (Ferreira, 2015). Os lances da Psiquiatria, especialidade que, à época, consolidava-se junto aos debates acadêmicos partidários à racionalidade biomédica, também se constituíram como fortes influências às opiniões que se formavam na ciência psicológica sobre normalidade e patologia, estreitando relações da área com práticas consideradas reducionistas (Schneider, 2002).

No século XX, contudo, com a ascensão da Psicanálise e sua clínica analítica, os entendimentos biomédicos foram questionados por muitos(as) psicólogos(as), abrindo espaço para o debate acerca de elementos envolvidos nos processos de subjetivação que não encontravam respaldo em determinações biológicas e nem em arranjos experimentais (Schneider, 2002). Mais adiante, entre as décadas de 1960 e 1970, mesmo período em que se desenhava o modelo da determinação social da saúde-doença, a Psicologia atravessa uma crise epistemológica ou paradigmática, levando parte da categoria a expor lacunas deixadas pelos modelos explicativos de inspiração experimental e a alimentar uma preocupação com os efeitos de fenômenos sociopolíticos nas vidas das pessoas (Gonçalves & Portugal, 2012). Na conjuntura atual, o arcabouço teórico da ciência psicológica sugere que a área está aportada na perspectiva biopsicossocial de ser humano e tem saído em defesa do paradigma da promoção da saúde, apesar das correntes que ainda a prendem ao modelo biomédico.

Posicionando-se perante as concepções de saúde-adoecimento aqui tratadas, com destaque às que se inserem mais frequentemente no campo de produção do conhecimento psicológico, este trabalho concorda com Rocha, em entrevista à Tavares (2010), quem disse

que saúde “é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime” (p. 5), incluindo a doença e também práticas sociais antidemocráticas, que negligenciam a justiça social e o enfrentamento das desigualdades de condições e oportunidades e de outras vulnerabilidades. Tal reflexão endossa o movimento pela transformação dos modelos de atenção em saúde pública, convocada pelo paradigma da promoção da saúde, e entende que vulnerabilidade e capacidade, em vez de antagônicas, integram um mesmo processo, estando a vulnerabilidade conectada à capacidade que as pessoas apresentam ou não de lutar contra condições desfavoráveis à manutenção da saúde e à superação de doenças (Sánchez & Bertolozzi, 2007).

Na opinião de Sánchez e Bertolozzi (2007), ao se aproximar do conceito de vulnerabilidade, as práticas em saúde, como práticas sócio-históricas, são convidadas à renovação. Em resposta a esse convite, no grande campo da Saúde Coletiva⁴, organizou-se uma teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde (Ayres et al., 2006, 2009), a qual tem alargado as perspectivas de entendimento do fenômeno saúde-adoecimento, tecendo críticas precisas às explicações epidemiológicas dominantes, arraigadas na racionalidade biomédica, e propondo novas articulações no âmbito da gestão do cuidado. Essa teoria será destrinchada na seção a seguir e respalda a noção de saúde-adoecimento-cuidado defendida por esta pesquisa, tendo servido, inclusive, de costura para o método de investigação adotado.

Teoria da Vulnerabilidade Aplicada à Saúde: o Individual, o Social e o Programático nas Experiências e Práticas de Saúde

Em sua origem, vinculada à advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem (Ayres et al., 2009), o termo vulnerabilidade designava grupos ou pessoas

⁴A Saúde Coletiva é um campo científico ligado à saúde pública, que se fundamenta na interdisciplinaridade para a produção de saberes e práticas ampliados em torno do fenômeno saúde-adoecimento. Fruto da crítica ao modelo sanitário brasileiro da década de 1970, suas contribuições norteiam a organização dos serviços de saúde e o planejamento das ações de cuidado, primando pela participação, dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor da saúde, de diversos(as) agentes, especializados(as) ou não, na resolução dos problemas de saúde da população (Paim & Almeida-Filho, 2000; Souza, 2014).

fragilizadas, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de direitos de cidadania, sugerindo que pessoas não “são” vulneráveis e, sim, “estão” vulneráveis a algo, em algum grau, em alguma forma e em certo ponto têmporo-espacial. Como conceito, tem sido usado largamente na literatura científica desde a década de 1980 (Sánchez & Bertolozzi, 2007). Especificamente na saúde, na década de 1990, em meio a movimentos pelos Direitos Humanos (DH), emergiu uma noção de vulnerabilidade que lançou outros olhares à epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids).

Como desdobramento desse episódio, hoje, aglutina-se em torno da vulnerabilidade uma gama de proposições, algumas até divergentes em termos político-ideológicos e teórico-filosóficos, mas que carregam em comum o interesse pela ampliação de horizontes que o debate imprime aos estudos, ações e políticas de saúde. Diz-se que a experiência da aids, somada a outras condições políticas, científicas e tecnológicas, deu chances para a elaboração de uma teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde, a qual, mesmo com todas as nuances, imprecisões e ambiguidades ainda presentes, expandiu a discussão a outras problemáticas (Ayres et al., 2006). Isso reforça a ideia de Ayres et al. (2009) de que, como método de conhecimento e produção de informações, a análise ou o diagnóstico de vulnerabilidade (estratégia que será detalhada adiante) é aplicável a qualquer fenômeno de interesse da saúde pública.

Para Ayres et al. (2009), o significado atual atribuído à vulnerabilidade a partir do campo da saúde é decodificado mencionando três qualidades indissociáveis que ela apresenta: 1) a não binariedade – uma vez que é multidimensional e permite que em uma mesma situação alguém esteja vulnerável a determinados agravos e não a outros ou que um mesmo aspecto deixe vulnerável e proteja em situações diferentes; 2) o fato de não ser unitária – não respondendo ao modelo “sim ou não”, existindo sempre diferentes graus de vulnerabilidade e 3) a não estabilidade – visto que dimensões e graus de vulnerabilidade

mudam constantemente ao longo do tempo-espço. Destarte, “a vulnerabilidade deve levar em conta a dimensão relativa ao indivíduo e o local social por ele ocupado” (Sánchez & Bertolozzi, 2007, p. 322).

De maneira geral, a teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde se propõe a afirmar que a chance de exposição das pessoas a agravos à saúde não é resultante de aspectos somente individuais. Entende-se que também os aspectos coletivos interferem na suscetibilidade e, de modo inseparável, acarretam maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para proteção da saúde (Ayres et al., 2006). Assim, o interesse nessa abordagem vem da percepção dos limites individuais na construção do cuidado efetivo e da denúncia da falácia que é a generalização de explicações sobre saúde-adoecimento. Mostra-se imperativo apreender o peso dos contextos sociais como condicionantes de vulnerabilidades, a fim de criar alternativas técnicas sensíveis às diferenças (Ayres et al., 2009), entendendo que a eficácia das ações em saúde se relaciona com a singularização do diagnóstico e do cuidado em cada caso, seja ele individual ou comunitário (Campos, 2006).

Nessa perspectiva, análises de vulnerabilidade buscam integrar três dimensões interdependentes de compreensão dos aspectos que enredam a vida: 1) a individual, 2) a social e 3) a programática ou institucional. Em uma complexidade dinâmica, essas dimensões tornam pessoas, comunidades ou mesmo nações mais ou menos suscetíveis ao adoecimento ou à morte (Ayres et al., 2006, 2009). Na dimensão individual, adota-se o ponto de vista de que todas as pessoas são passíveis a adoecer, atentando às características próprias da vida de cada uma que possam contribuir para que se exponham ou protejam-se. Não se concebe, entretanto, que uma pessoa é uma unidade avulsa e totalmente autônoma e nem que estilos de vida são escolhas necessariamente deliberadas. Valores; interesses; crenças; conhecimentos; atitudes; comportamentos; relacionamentos interpessoais (familiares, de amizade, afetivo-

sexuais, profissionais); situação maternal; situação psicoemocional; situação física; redes e suportes sociais são postos em questão nessa dimensão.

No tocante à dimensão social, são observados os fatores contextuais que definem e constroem a dimensão individual. Dentre eles, destacam-se como matéria de análise: normas sociais em geral; referências culturais; estrutura jurídico-política e diretrizes governamentais dos países; relações intergrupais (de gênero, étnicas e intergeracionais); atitudes diante da sexualidade; crenças religiosas; estigma e discriminação; pobreza; acessos à saúde, à educação, à justiça, à cultura, ao esporte, ao lazer e à mídia; escolarização; trabalho e renda; disponibilidade de recursos materiais; participação política; estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas; suporte social e a própria cidadania. Em comparação simplória, a dimensão social ressalta condições estruturantes da sociedade ao passo que a dimensão individual reúne aspectos da vulnerabilidade mais ligados tanto à ação de pessoas singulares quanto aos seus contextos imediatos.

Por sua vez, a dimensão programática é mediada pelas instituições sociais, que respondem politicamente pelos esforços programáticos ou institucionais necessários para que os recursos sociais de que as pessoas precisam para se proteger de agravos estejam disponíveis de forma efetiva e democrática. Nessa terceira dimensão, devem ser examinados elementos como: qualidade dos serviços e programas; recursos disponíveis; valores e competências de gerentes e técnicos(as); monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações ofertadas; sustentabilidade das propostas e mobilização dos(as) diversos(as) agentes sociais à participação no diagnóstico e na resolução de uma situação de saúde. No Brasil, o quanto parece que serviços de saúde, educação, assistência social e outros propiciam que condições desfavoráveis à vida sejam percebidas e superadas por pessoas e grupos? Ayres et al. (2006) criticam que, em algumas circunstâncias socialmente dadas, não é raro que instituições sociais atuem como reprodutoras ou reforçadoras de estados de vulnerabilidade.

Sustentando a teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde, os conceitos de dimensão individual, dimensão social e dimensão programática, mesmo retratando planos imbricados, que tornam difícil precisar, em casos concretos, o que é individual e o que é social, permitem certo recorte analítico sem obrigatoriamente isolar pessoas ou grupos de seus contextos. Na prática, os aspectos a serem articulados em uma análise de vulnerabilidade dependerão das situações em observação, bem como das condições objetivas de que se dispõe para interpretações e intervenções. Portanto, tal análise, semelhante ao diagnóstico clínico, é infinita, “já que saúde e doença é um processo muito complexo e sempre faltará o estudo de algum fator com grande probabilidade de estar interferindo” (Campos, 2006, p. 71). Logo, a pretensão é buscar “síntese”, trazendo elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento para planos de elaboração teórica particularizados, nos quais os nexos entre saúde-adoecimento-cuidado sejam o foco do conhecimento (Ayres et al., 2006).

Trabalhando com uma racionalidade sintética, que privilegia construção de significados e agregação de elementos capazes de contribuir para que os fenômenos estudados sejam compreendidos em uma totalidade dinâmica e complexa, o que caracteriza os estudos de vulnerabilidade são: a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente e o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço (Ayres et al., 2009). Diferentemente dos estudos de risco, amplamente desenvolvidos pela Epidemiologia, as análises de vulnerabilidade buscam universalidade não na reprodutibilidade de suas inferências, mas no interesse e na chance de ultrapassar fronteiras compreensivas. De caráter não probabilístico, uma análise de vulnerabilidade deve particularizar relações partes-todo identificadoras de situações cujo conhecimento permita intervir sobre a suscetibilidade das pessoas a um determinado agravo.

Dessa maneira, entende-se que a vulnerabilidade quer expressar o potencial de adoecimento/não-adoecimento relacionado a todas e a cada uma das pessoas que vivam em

um certo conjunto de condições. Todavia, os estudos de vulnerabilidade não prescindem de análises estatísticas de riscos. O processo de adoecer traz para à cena tanto o conceito de vulnerabilidade quanto o de risco, já que ambos ampliam o objeto do qual o trabalho em saúde se encarrega, à medida que se preocupam com os fatores biológicos, subjetivos e sociais que aumentam as possibilidades de sofrimento, doença e morte (Ayres, 2002). Estabelecer associações probabilísticas entre um agravo e diferentes condições objetivas, mensuráveis (como idade, sexo, renda etc.) seguirá sendo fonte importante de informações e hipóteses. Contudo, se essas variáveis não são interpretadas quanto à variabilidade e à dinâmica de seus significados sociais e o risco aferido passa, sem as necessárias mediações, de uma categoria analítica abstrata ao desenho de práticas de intervenção, então essa conduta não só se mostra insuficiente como potencialmente prejudicial.

“Considera-se que a atribuição de um diagnóstico e de uma classificação de risco e de vulnerabilidade é um procedimento não somente inevitável como até mesmo necessário” (Campos, 2006, p. 70), por mais que raramente seja possível, no campo da saúde, prever integralmente a dinâmica da interferência dos vários fatores ligados à promoção e à manutenção de estados saudáveis.

No entanto, sem este conhecimento de tendências, de padrões possíveis, ou seja, no fundo, sem a construção de uma “ontologia” de fatores de risco e de proteção não haveria conhecimento clínico, sanitário ou mesmo de gestão ou de política aplicada. O desafio para o operador será sempre o de, por um lado, conhecer estas “ontologias”, saber sobre estas tendências e possibilidades, por outro, o mais difícil, será criar em cada situação uma composição de fatores singular e capaz de alterar aquele quadro conforme o objetivado (Campos, 2006, p. 57).

Dito isso, o presente trabalho acredita e defende que uma análise de vulnerabilidade pode auxiliar no plano das experiências de saúde-adoecimento-cuidado, porque as

intervenções precisam incorporar, da forma mais exaustiva possível, suas mútuas interferências e a resultante conjunta dos diversos aspectos envolvidos com tais experiências (Ayres et al., 2006, 2009), identificando, inclusive, fatores de proteção que contribuam com a organização da vida mesmo quando atingida por problemas de saúde (Campos, 2006). Para tanto, o quadro conceitual da vulnerabilidade que Ayres et al. (2006, 2009) propõem sintetiza, sistematiza, aperfeiçoa e enriquece um cerco de preocupações e iniciativas que há décadas têm instruído teorias e práticas relacionadas às dimensões sociais dos processos saúde-adoecimento-cuidado no campo da Saúde Coletiva.

Tanto a saúde coletiva quanto a clínica, ao buscarem conhecimentos sobre o processo de adoecer e sobre os meios para produzir saúde, obrigam-se a identificar regularidades no funcionamento dos fatores, tendendo a apontá-los como “seres” que teriam tal ou qual comportamento e tal ou qual tipo de influência sobre este ou aquele quadro clínico ou sanitário. A presença de hipertensão arterial, por exemplo, liga-se ao risco de acidentes cardiovasculares. O preconceito familiar com a síndrome de Down diminui a esperança média de vida e a possibilidade de inserção social das crianças portadoras de tal deficiência. O desemprego aumenta a mortalidade infantil. Sem este tipo de conhecimento, ou de saber, sobre determinantes da saúde e da doença, sobre diretrizes clínicas e os protocolos sanitários, o profissional fica desarmado, inerte (Campos, 2006, pp. 67-68).

Dessarte, é pelo compromisso da Saúde Coletiva com a intervenção sobre os condicionantes sociais das necessidades individuais e coletivas de saúde, pelo compromisso com a transformação dos valores que circunscrevem compreensões de saúde e de cuidado que se afirma a pertinência teórica do conceito de vulnerabilidade aplicado à saúde e, conseqüentemente, das análises de vulnerabilidade, as quais apresentam forte potencial para contribuir com a qualificação da atenção convocada pelo paradigma da promoção da saúde.

Em meio a esse desafio, a discussão aquecida sobre clínica ampliada (Brasil, 2010), retratada no próximo capítulo, faz pensar as restrições do modelo biomédico e propõe, a partir de uma visão biopsicossocial de ser humano e um entendimento de saúde integral, outras respostas às experiências de adoecimento e às vulnerabilidades que as atravessam.

“Por uma Clínica Reformulada e Ampliada”:

Histórias da Clínica e da Psicologia na Clínica

Como produto inacabado de uma longa história, diz-se que a clínica psicológica chega aos dias atuais de modo semelhante à sua disciplina mestra, a Psicologia: transpassada por contradições e paradoxos (Schneider, 2002). Derivada do grego *klinê*, que significa leito ou cama, a expressão clínica (*klinikē* em grego) remete à arte de observar e tratar uma pessoa que está de cama (Saraceno, 2016). Originalmente, a atividade clínica era um exercício do(a) médico(a), quem se encarregava de examinar as manifestações da doença para fazer um diagnóstico, um prognóstico e uma prescrição terapêutica (Moreira, Romagnoli & Neves, 2007). Concorde-se que o auge dessa clínica médica se deu entre o final do século XVIII e o início do XIX, em meio às descobertas e invenções que possibilitaram importantes instrumentalizações do cuidado em saúde. Todavia, as raízes da clínica estão na Antiguidade Clássica, especialmente na Grécia Antiga, período do desenvolvimento da Medicina hipocrática.

Hipócrates inaugurou a observação clínica e criou a anamnese, definindo-a como a primeira etapa do exame médico. Aliás, o próprio exame médico foi por ele introduzido na clínica, objetivando a obtenção de dados para a elaboração do diagnóstico e do prognóstico. O exame médico hipocrático consistia em medir a temperatura através da imposição das mãos, observar cuidadosamente, apalpar o corpo e auscultar os batimentos cardíacos, dentre outras ações. Com esses instrumentos – observação, anamnese e exame –, o pai da Medicina foi capaz de descrever mais de quarenta e cinco enfermidades, que prevaleceram até o século XVII (Moreira et al., 2007, p. 610).

Ainda na Idade Antiga, alguns séculos depois de Hipócrates, no Império Romano, os avanços ligados à Medicina pouco auxiliaram a conformação da clínica, embora o filósofo e

médico greco-romano Galeno (129-199 ou 217) tenha multiplicado consideravelmente os conhecimentos anatomofisiológicos. Mais adiante, na Era Medieval, sob forte influência dos preceitos da Igreja Católica, a Medicina europeia quase não demonstrou progressos. No entanto, grandes contribuições emergiram da Pérsia (atual Irã) e de países árabes. Avicena (980-1037), por exemplo, polímata que viveu na Pérsia, é lembrado como um dos maiores nomes da Medicina clínica. Ele escreveu diversos tratados filosóficos e médicos, tendo registrado incontáveis casos clínicos e descrições precisas da dinâmica de determinadas doenças. Contudo, depois dos exímios feitos de Avicena, a clínica médica se moveu às custas de novidades menos imponentes até a chegada do século XVIII (Moreira et al., 2007).

A constituição do método clínico esteve conectada, portanto, com o direcionamento da observação médica ao âmbito dos sinais e sintomas, colaborando significativamente para o estabelecimento do sintoma (até aqui considerado matéria de origem essencialmente orgânica/biológica) como a linguagem franca da doença. Tal ocorrência acabou por propagar que a centralidade nos sintomas dava conta de explicar as experiências de adoecimento atravessadas pelas pessoas, o que, entre os séculos XVII e XVIII, estimulou uma espécie de categorização do sofrimento e do adoecer e uma busca por uma classificação fundamental das doenças, com ênfase naquelas que mais frequentemente levavam à morte (Laurenti, 1991). Dessarte, ancorada em uma análise exaustiva dos quadros sintomatológicos e afirmando-se capaz de revelar sistematicamente a verdade sobre as enfermidades, a investigação clínica sensibilizou o campo à organização da Nosologia, ciência que trata particularmente da classificação das doenças (Schneider, 2002), requisito para a criação, mais tarde, dos afamados códigos diagnósticos.

Como desdobramento desse capítulo da história da clínica, o aparecimento da Anatomia Patológica, no século XVIII, proporcionou uma mudança epistemológica importante à atividade, tornando as autópsias e as dissecações procedimentos fundamentais

para a Medicina e, conseqüentemente, para o estudo das doenças. O médico anatomista e fisiologista francês Bichat (1771-1802), consagrado como o pai da Histologia moderna e da Anatomia Patológica, é visto como um dos principais responsáveis pela integração da experiência anátomo-clínica à investigação clínica (Schneider, 2002). Para Foucault (1977), “a partir de Bichat um fenômeno patológico é percebido tendo a vida como pano de fundo, ligando-se, assim, às formas concretas e obrigatórias que ela toma em uma individualidade orgânica” (p. 175). Dessa maneira, a clínica transmuta sua lógica de entendimento e passa a incluir, além da análise minuciosa dos sinais e sintomas, uma reflexão acerca das condições capazes de desencadear um adoecimento.

Ao questionar as estruturas do corpo e da vida humana que permitiriam a instalação de uma dada doença, o exercício clínico se vê transformado ontologicamente, introduzindo gradualmente a ideia de que a intervenção em saúde não pode se restringir à remissão de sintomas, devendo buscar meios de prevenir e remediar também os fatores geradores das enfermidades (Moreira et al., 2007). Nesse sentido, pensar a trajetória da clínica médica faz rememorar as mudanças conceituais que se deram, ao longo dos últimos séculos, na organização cultural do Ocidente, principalmente em torno do fenômeno saúde-adoecimento (conforme discutido no capítulo anterior), ressaltando os impactos da “era científica” no ordenamento das sociedades modernas. Nas palavras de Schneider (2002), a “clínica é muito mais do que uma prática médica pautada no exame do indivíduo ou no estudo de casos; ela é um campo de produção científica do conhecimento e de elaboração de uma práxis, com claros reflexos na cultura moderna” (p. 42).

Perante esse cenário, conta-se que a clínica da Psicologia, por sua vez, é descendente do arranjo médico que conduziu o(a) profissional da Medicina a observar minuciosamente os processos de saúde-doença, a fim de melhor compreendê-los e agir sobre eles. Tal narrativa sugere que a clínica psicológica teve a Medicina moderna como seu nascedouro, herdando

posturas e práticas que ora favoreceram a sua legitimação e ora colocaram à Psicologia científica questões melindrosas. Féres-Carneiro e Lo Bianco (2013) observam que ainda são tímidos os trabalhos de pesquisa histórica que abordam as andanças da Psicologia na clínica. Para essas autoras, as preocupações por parte da ciência psicológica com a memória sobre o que se faz são elementares, impossibilitando o registro adequado de suas atividades e dificultando uma descrição fiel do seu percurso. Nos parágrafos que seguem, contudo, aceita-se o desafio de recordar alguns eventos que contribuíram para a composição de uma Psicologia clínica.

De acordo com Ferreira (2005), é possível enxergar a Psicologia, ciência e profissão, como resultado de “múltiplas combinações casuais e inesperadas” (p. 13), as quais abrangem um misto de saberes e incontáveis orientações a respeito de sua prática. Também não é incomum que a Psicologia seja vista como um campo de dispersão, já que não há uma experiência única que seja responsável pelo seu surgimento e que, provavelmente, é um emaranhado de circunstâncias que tem guiado esta disciplina até aqui. Tal dinâmica sinaliza, por exemplo, que o conhecimento clínico em Psicologia pode ser caracterizado como rizomático⁵, constituindo-se, inicialmente, em meio às influências de pelo menos três episódios não lineares: 1) o avanço dos saberes psicopatológicos e psiquiátricos em solo francês; 2) os desdobramentos da Psicologia Experimental no território norte-americano e 3) o desenvolvimento da Psicanálise freudiana.

Marcada por reformas ideológicas importantes, a França do final do século XVIII gerou contribuições significativas também para a Medicina moderna, reunindo condições para o delineamento da Psiquiatria, especialidade médica que se incumbiu do diagnóstico e

⁵Rizomático deriva de rizoma, termo que remete ao modelo epistemológico descrito pelos filósofos Deleuze (1925-1995) e Guattari (1930-1992), o qual exprime que a estrutura do conhecimento não deriva de um conjunto de elementos primeiros ou originários. Em vez disso, diz-se que todos os pontos constitutivos de determinado saber são elaborados simultaneamente, sob a influência de diferentes observações e conceituações (Deleuze & Guattari, 1995).

do tratamento dos denominados transtornos mentais e do comportamento. Identificada inicialmente como “Medicina especial”, a ciência psiquiátrica se fez solo para ideias rotuladas como “psicológicas”, as quais remetiam às necessidades do conhecimento de si e da busca de uma natureza na individualidade e interioridade humanas (Ferreira, 2005). Em constante expansão, a Psiquiatria não tardou a se apresentar como expoente do saber a respeito dos aspectos psicopatológicos, ainda que outras disciplinas mais antigas, como a Filosofia e a Antropologia, já tivessem lançado compreensões respeitáveis sobre estes elementos (Miranda & Cabral, 2016).

Para Schneider (2002), a clínica psicológica não só descende da clínica médica como é “herdeira direta da psiquiatria” (p. 43), por isto é comum que, nos relatos que reúnem informações acerca das incursões da Psicologia na clínica, a França, berço da Psiquiatria, seja vista como lócus privilegiado. Em resposta à emergência do psicológico nesse contexto das práticas médicas e, em particular, ao crescente valor, no âmbito da ciência psiquiátrica, do viés psicológico de entendimento das experiências de adoecimento mental, no final do século XIX, o médico psiquiatra e neurologista francês Janet (1859-1947) é convidado a trabalhar com Charcot (1825-1893), médico francês pai da Neurologia moderna e diretor do Hospital da Salpêtrière, maior manicômio de Paris. A seu modo, Janet amplia a exploração do psiquismo e expõe indagações imperiosas sobre o normal e o patológico (Ordi, 2008). Ressalta-se, inclusive, que as proposições dele serviram de base para as teorias freudianas (retratadas neste capítulo mais adiante).

Janet e Charcot são precursores inquestionáveis do campo teórico-prático que se desenhava na França do século XIX e que viria a ser intitulado de Psicologia Clínica (Schneider, 2002). Tampouco se deve esquecer de outro francês, o pedagogo Binet (1857-1911), que, com seu instrumento voltado à medição da inteligência, tornou viável um estudo rigoroso da(o) deficiência intelectual ou retardo mental (Ordi, 2008), alargando fronteiras

conceituais que auxiliaram a clínica psicológica a encontrar meios de se consolidar.

Concomitante às produções francesas, nos Estados Unidos da América (EUA), os estudos psicológicos também caminhavam a passos largos. Foi lá que Witmer (1867-1956), psicólogo estadunidense formado na Alemanha, que foi aluno e, depois, colega de trabalho de Wundt (1832-1920) (o filósofo, médico e psicólogo alemão considerado pai da Psicologia), cunhou o termo Psicologia Clínica e, no ano de 1896, apresentou ao mundo a primeira clínica de Psicologia (Ferreira, 2015).

Vinculado à Universidade da Pensilvânia e marcando o reconhecimento da Psicologia neste território, o serviço de clínica psicológica inaugurado por Witmer se inclinava à pesquisa e à assistência de crianças com problemas de aprendizagem ou de comportamento, utilizando, sobretudo, métodos psicofísicos e psicométricos (Schneider, 2002). Ligado específica e intimamente à Psicologia Experimental, porém sensível às urgências que extrapolavam as paredes do laboratório, Witmer acreditava que a ciência psicológica precisava se comprometer com a proposição de intervenções que ajudassem diretamente as pessoas. Ele defendia que o área se tornasse independente da Psiquiatria e que os(as) psicólogos(as) se dedicassem ao atendimento de pessoas diagnosticadas com transtorno mental (Ferreira, 2015). No ano de 1907, fundou a revista *The Psychological Clinic*, na qual descreveu a Psicologia Clínica como campo de exame e tratamento de características individuais, atípicas ou não, associadas ao desenvolvimento humano.

No tocante a um terceiro acontecimento que mobilizou a instituição da clínica psicológica, fala-se do nascimento da Psicanálise freudiana, linhagem teórica responsável pela sistematização de conceitos valiosos e moralmente provocadores, que circunscreveram as práticas psicoterapêuticas da Psiquiatria e da Psicologia em seus primórdios (Schneider, 2002). Freud (1856-1939) foi um médico neurologista e psiquiatra checo, que se criou na Áustria e consagrou-se pai da Psicanálise em decorrência dos seus trabalhos clínicos

inovadores. Em 1881, atuou no Hospital Geral de Viena, experiência que oportunizou a ele o contato com Charcot (pioneiro na área da Psiquiatria), de quem foi estagiário em Paris.

Alimentada no seio da Medicina voltada ao entendimento dos quadros de adoecimento mental, a Psicanálise, como campo clínico de investigação do psiquismo e do comportamento humanos, a partir do século XX, apesar de desacreditada por parte expressiva da categoria médica, fortaleceu-se pouco a pouco.

À época, dentro da Psicanálise, discutia-se a ideia de inconsciente, bem como a temática da sexualidade humana, fundamentos que possibilitaram esboçar uma teoria da personalidade, a qual sustentaria um tipo distinto de intervenção clínica. Na opinião de Moreira et al. (2007), enquanto a clínica médica seguia aprimorando suas técnicas diagnósticas com ênfase na observação e em direção à cura orgânica, a clínica freudiana, interessada nos aspectos psicológicos e psicopatológicos, debruçava-se sobre as pessoas que buscavam um diagnóstico, centrando-se na escuta do sofrimento experienciado por elas e propondo, como via resolutiva, a psicoterapia ou análise. Por isso, atribui-se a Freud e à Psicanálise o mérito pelo deslocamento da prática clínica fundamentada no olhar acerca do fenômeno para a prática clínica fundamentada na escuta daquele que vivencia o fenômeno (Guerra, 2002).

Tal giro de perspectiva estimulado por Freud influenciaria notoriamente a clínica psicológica, vinculando-a a uma demanda existencial das pessoas e não necessariamente a uma patologia que porventura as acometesse, como se via no modelo médico (Moreira et al., 2007). Em uma carta à Fliess (1858-1928), médico alemão especializado em cirurgia e em Otorrinolaringologia, datada de 30 de janeiro de 1899, especula-se que, contando a respeito do avanço de suas investigações, Freud teria se apropriado pela primeira vez do termo Psicologia Clínica. “Dessa forma, seu método e sua abordagem são considerados por muitos como sendo uma ‘psicologia clínica’, em função de sua teoria e metodologia estarem

pautadas em estudos de casos individuais advindos de situações psicoterapêuticas”

(Schneider, 2002, p. 52). Mesmo nos dias de hoje, e embora os psicanalistas demarquem a diferença, não é incomum que a clínica psicológica seja confundida com a Psicanálise.

Muitos foram e são os avanços mobilizados na prática psicológica pelas concepções freudianas. Dentre eles, destacam-se a sobreposição, na intervenção clínica, do paradigma da escuta ao da observação (já mencionada neste texto); a noção da resistência na relação terapêutica/transferencial entre o(a) profissional clínico(a) e a pessoa assistida e o indicativo de tratar as pessoas como autoras de suas histórias de adoecimento em vez de concebê-las como simples objetos de análise e manipulação (Moreira et al., 2007). Entretanto, ancorada em sua própria compreensão de subjetividade, a Psicanálise acaba por enquadrar a clínica em moldes individualistas, o que despertou críticas tanto a ela mesma quanto à Psicologia Clínica orientada por ela. Tais questionamentos acarretaram, no final do século XX, ante a ampliação do campo de ação psicológica e, conseqüentemente, do alcance da psicoterapia, uma revisão dessa postura individualizante, bem como de alguns pormenores que contam a história da Psicologia na clínica. Outras considerações a esse respeito serão tecidas adiante.

Mesmo que sustentado essencialmente pela Psiquiatria, pela Psicologia Experimental e pela Psicanálise, cabe constar que o crescimento da clínica psicológica sofreu, ainda, influência de outros lances. É o caso, por exemplo, da Psicometria, área da Psicologia que alia o uso de métricas à produção do conhecimento psicológico, a qual, influenciada pelo positivismo predominante na ciência moderna e por uma dinâmica social cada vez mais afetada pela competição, levou à Psicologia Clínica o imperativo da quantificação dos elementos psíquicos e a necessidade de mensurar as diferenças individuais (Schneider, 2002). Essa relação de interferência entre a Psicometria e a clínica psicológica foi intensificada na Segunda Guerra Mundial, ocasião em que a Psicologia contribuiu, inicialmente, para a classificação dos soldados e seleção dos considerados mais habilidosos (de acordo com os

testes psicométricos) e, posteriormente, para o tratamento do estresse pós-traumático que se instalava na maioria dos soldados que sobreviviam e retornavam dos campos de batalha.

Ora se opondo ao experimental, ora seguindo seus princípios, a Psicologia Clínica vai se costurando. Após a Segunda Guerra, teve sua ampliação acelerada, adquirindo a configuração que se reconhece atualmente: diversidade de métodos, teorias, conceitos, modelos e práticas, sustentada por múltiplas abordagens teórico-filosóficas. Nas primeiras sistematizações acerca de suas atribuições, respaldadas principalmente nas vivências no cenário norte-americano, o(a) psicólogo(a) clínico(a) aparecia como aquele(a) que deveria necessariamente aportar sua perspectiva interventiva e seus instrumentos em um saber científico, atualizando permanentemente este saber. Em 1949, em tentativa de definir o campo, o filósofo, médico psiquiatra e psicanalista francês Lagache (1903-1972), embebido nas experiências francesas, resume que a Psicologia Clínica é uma disciplina psicológica baseada no estudo de casos particulares, tendo como objeto a conduta humana individual e suas condições (hereditariedade, maturação, condições psicológicas e patológicas, história de vida, etc.), isto é, o exame da pessoa total em situações específicas (Schneider, 2002).

No entendimento de Moreira et al. (2007), as influências do modelo médico fizeram com que a clínica psicológica se configurasse, em suas décadas iniciais, como higienista e individualista, deixando de lado questões sociais que incidiam sobre as vidas das pessoas e, conseqüentemente, surtiam efeitos nos processos de saúde-adoecimento. Vale ressaltar que o surgimento da Psicologia esteve ligado aos interesses da chamada burguesia, classe detentora dos poderes políticos, econômicos e sociais no despontar do capitalismo. “A prática clínica era, portanto, descomprometida com o contexto social, ou, ao contrário, comprometida com apenas parte dele” (Moreira et al., 2007, pp. 614-615). Nesse viés, a noção de *setting* terapêutico orientava a produção de um espaço e uma temporalidade independentes da vida social, econômica, política e cultural, afirmando uma separação aparente entre realidade

psíquica (matéria-prima de intervenção) e realidade material (externa ao cenário do tratamento) (Ferreira, 2008). Logo, tinha-se uma verdadeira “neutralização dos fatos sociais” (Albuquerque, 1978 como citado em Ferreira, 2008, p. 116) ou, quiçá, uma clínica apolítica.

Particularmente no Brasil, o aparecimento dessa clínica psicológica é datado da década de 1960, período caracterizado pelos intensos incentivos do governo de Kubitschek (1902-1976) à industrialização e à modernização do país e pela tomada dos poderes políticos pelos militares, no ano de 1964. Costa (1985) acredita que, perpassada por essas condições, a Psicologia Clínica brasileira almejava atender uma classe média marcada por valores individualistas e ávida pelo consumo de serviços como os psicológicos. Nesse tempo, importavam-se as teorias psicológicas, os métodos interventivos e também os currículos dos cursos de formação em Psicologia, limitando o olhar e a crítica sobre fenômenos locais. “É só mais tarde que, provavelmente retroalimentados pela práxis que aos poucos se desenvolve, se pode reconhecer a busca de um objeto localizado sociohistoricamente que demanda novas formas de intervenção” (Féres-Carneiro & Lo Bianco, 2013, pp. 99-100).

Sem pedir licença, paulatinamente, o contexto social foi adentrando os consultórios de Psicologia e convocando os(as) psicólogos(as) a se tornarem mais críticos(as) e socialmente engajados(as), o que significou que, para responder efetivamente aos modos emergentes de subjetivação e de adoecimento psíquico, o(a) psicólogo(a) clínico(a) se viu impelido(a) a redesenhar suas práticas com base na realidade local (Moreira et al., 2007). Em meio a essas circunstâncias, no final da década de 1970 e ao longo da década de 1980, os(as) psicoterapeutas que reivindicavam a manutenção da neutralização dos aspectos sociopolíticos se viram ainda mais provocados(as) à mudança de valores (Ferreira, 2008). A respeito desse episódio, Moreira et al. (2007) observam que:

Embora, desde a década de 70, já houvesse, no Brasil, práticas e grupos “psi” engajados em práticas sociais e com reflexões políticas acerca do que faziam, é

necessário frisar que essa postura não atingia o campo da clínica, que se apresentava, de maneira geral, apolítica e distante das questões sociais. Em 1984, com a abertura política, inicia-se o questionamento da neutralidade da clínica, através da ampliação do conceito de política e da constatação da força dos movimentos sociais. Essas alterações confrontam a idéia dominante na prática clínica, até então definida como atividade liberal e privada, que se desenvolvia junto às classes médias e altas (p. 618).

Com isso, atualmente, adjetiva-se de tradicional ou clássico o modelo de clínica psicológica que, enraizado em práticas biomédicas e compreensões individualizantes, recorta a pessoa de seu contexto social e termina, quase sempre, por responsabilizá-la exclusivamente por sofrimentos psicoemocionais desencadeados por fenômenos macropolíticos ou socioeconômicos. Oliveira (2008) pontua que a clínica da Psicologia, nessa perspectiva tradicional, opera negligenciando a influência dos fatores políticos no encontro clínico, descuidando, assim, de dimensões também constitutivas da experiência humana e, por conseguinte, abrindo mão de uma abordagem integral. Em contrapartida, convencionou-se chamar de clínica ampliada o conjunto de práticas que têm emergido de novas concepções da atuação psicológica⁶, as quais vêm se comprometendo, principalmente, com a transformação do jeito como a realidade social de cada pessoa é vista junto às experiências de saúde-adoecimento e às ações clínicas ofertadas como cuidado.

Além de clínica ampliada, outras expressões como clínica social e clínica transdisciplinar têm demarcado as mudanças em curso na clínica psicológica (Ferreira, 2008). Este trabalho, contudo, conectado intimamente com o trânsito da Psicologia na Saúde Coletiva, faz a opção por clínica ampliada e, a fim de esclarecer esta apropriação terminológica, traz à baila, a seguir, conceitos formulados pelo médico, sanitarista e professor

⁶No Brasil, essas novas concepções sofreram influências do advento da redemocratização e de outros movimentos sociais que ganharam força com a abertura política, como as reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Campos (2003, 2006), enfatizando certos debates que têm mobilizado a revisão da clínica psicológica.

Os Arranjos da Clínica Ampliada e a Chance de Reformulação da Clínica Psicológica

Pelo crescente uso da nomenclatura por parte de psicólogos(as), profissionais representados(as) no imaginário social por algumas atividades clínicas que desenvolvem, não é raro que a clínica ampliada seja caracterizada como uma proposta contemporânea que brota do cerco da ciência psicológica. Porém, essa impressão não é verdadeira. Histórias recentes contam que a clínica ampliada é um dispositivo de ação em saúde em construção permanente, que fora e segue sendo confabulado no grande campo da Saúde Coletiva, não restrita, por assim dizer, à Psicologia. Além da clínica médica, por exemplo, os arranjos da clínica ampliada se propõem a alcançar as demais disciplinas clínicas que compõem o trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde. Nos anos de 1990, Campos sistematizou uma noção de clínica ampliada que foi incorporada, a partir dos anos 2000, aos discursos oficiais do Ministério da Saúde (MS) (Curvo, Matos, Souza & Paes, 2018), especialmente pela Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2004) e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Portaria da PNAB, 2017).

Para Campos (2003), há muitas clínicas possíveis e mesmo coexistindo. Dentre essas, destacam-se as que ele chamou de clínica oficial e clínica ampliada. A clínica oficial é o sistema tradicional de referências, diz respeito à clínica tal como delineada em seu berço médico: focada em um objeto de estudo e trabalho reduzido à doença, priorizando o lado biológico e fazendo vista grossa para as dimensões subjetiva e social das pessoas. Por conseguinte, a clínica ampliada (também apelidada de clínica do sujeito) surge frente ao desafio de confrontar e vencer os principais obstáculos que a clínica oficial não tem ultrapassado e sequer analisado. Partindo do adoecimento como objeto de conhecimento e de intervenção, essência dessa clínica oficial ou tradicional, pretende-se incluir as pessoas e seus

contextos de vida como “objetos” de estudo e de práticas clínicas, por isto se fala em ampliação e não em substituição. A intenção não é retirar o foco da doença e voltá-lo somente às pessoas. O que se propõe, na verdade, é ampliar o campo de visão, considerando a doença como parte da existência concreta e não como expressão total desta existência.

Destarte, uma clínica ampliada deve necessariamente avaliar a pessoa e seus problemas de saúde, apreciando o território e as redes sociais (família, trabalho, comunidade etc.) nos quais ela está inserida e auxiliando na produção de sentidos sobre o adoecimento, em específico, mas também sobre a vida (Cunha, 2005). Ao contrário, na clínica tradicional:

Muitas vezes a característica considerada mórbida ocupa todo o espaço do sujeito, e a pessoa concreta transforma-se em apenas um “transplantado”, “idoso” ou “não aderente ao tratamento”, o que “autorizaria” a equipe de saúde a uniformizar a atenção a eles dispensada, ignorando a peculiaridade e variações de cada caso (Campos, 2006, p. 70).

Nessa perspectiva, o imperativo de adoção da pessoa em sua inteireza como foco das ações de cuidado resguarda o potencial de provocar uma reviravolta epistemológica nas configurações atuais do campo da saúde, semelhante à revolução paradigmática instigada por Freud, no começo do século passado. “Incluir o sujeito implica operar com um paradigma que dê conta da ‘co-produção singular da saúde e da doença’⁷ e que consiga transitar entre o conhecimento padronizado em verdadeiras ‘ontologias’ e a singularidade dos casos”

(Campos, 2006, p. 67). Para isso, a prática na clínica ampliada depende de uma plasticidade

⁷Com o conceito de co-produção singular da saúde e da doença, Campos (2006) supõe três condições importantes: 1) que todo acontecimento se desdobra dialeticamente da interação entre múltiplos fatores, sendo que na experiência de saúde-adoecimento, conformando padrões sanitários específicos, há uma confluência entre fatores biológicos, subjetivos (relacionados aos desejos e interesses), sociais e a presença ou não de sistemas de saúde; 2) que o sujeito (seja ele cidadão comum, usuário ou não de algum serviço de saúde, trabalhador ou não da saúde, gestor ou não de organizações de saúde, dirigente ou não de pastas do Estado) tem papel primordial na constituição do *status quo* sanitário, pois todo sujeito interfere na produção da saúde, quer agindo por meio de práticas cotidianas, do trabalho, da gestão ou da política e 3) que o processo de saúde-adoecimento, como produto multidimensional, terá sempre resultantes singulares que remeterão à situação de cada pessoa ou agrupamento populacional, requerendo projetos terapêuticos também singulares, isto é, caso a caso.

que espere pela variabilidade biológica, psíquica e social das experiências de saúde-adoecimento, bem como pela imprevisibilidade da vida (Oliveira, 2008). Como uma crítica ao modelo tradicional da clínica oficial, a clínica ampliada sela compromisso com uma desconstrução que reconstrua alternativas efetivas de produção de saber e de cuidado (Campos, 2003), convocando, inclusive, à revisão de algumas técnicas.

Por assim dizer, uma clínica ampliada requer uma anamnese também ampliada, indagando as posturas tradicionais e dando o devido valor à escuta genuína do motivo da procura pela assistência apresentado pela pessoa. De acordo com Campos (2006), para que esse tipo ampliado de anamnese seja factível, é fundamental repensar espaços organizacionais, como o da consulta individual, o do grupo terapêutico, o do atendimento domiciliar, o da internação, entre outros. O ideal é que tal procedimento aconteça de modo compartilhado com a pessoa atendida e envolva uma avaliação de vulnerabilidade, a qual deve incluir, além dos afamados riscos biológicos, os riscos decorrentes de comportamentos subjetivos, culturais e socioeconômicos. Isso porque, com a clínica ampliada, tal qual com a noção de vulnerabilidade em Ayres et al. (2006, 2009) (trabalhada no capítulo anterior), reconhece-se que são múltiplas as variáveis constituintes do processo saúde-adoecimento-cuidado, requerendo um encontro potente com a pessoa que solicita apoio para que as demandas dela sejam descortinadas, interpretadas e cuidadas.

Além do levantamento habitual de informações biossociodemográficas, para executar uma anamnese ampliada, o(a) profissional clínico(a) precisa aguçar a percepção de “sintomas subjetivos, como conflitos, objetos de desejo, resistências e dificuldades do usuário, rede de relações, capacidade de autocuidado e de formação de compromisso com outros” (Campos, 2006, p. 69), valendo-se, para isto, de adaptações de tecnologias de observação antropológica e de interpretação de discursos. Uma atuação inspirada na clínica ampliada deve levar em conta a autonomia do(a) profissional diante da responsabilidade técnica de arranjar e

rearranjar cotidianamente condutas diagnósticas e terapêuticas, bem como frente às particularidades presentes em cada caso, exigindo deste(a) profissional determinados valores, atitudes e posturas. Remetendo a Campos e Amaral (2007), Oliveira (2008) é enfática ao afirmar que “é preciso reconstruir certo traço artesanal do trabalho clínico” (p. 30).

Pautando essas transformações do fazer clínico, Campos (2006) acredita que a objetividade da clínica tradicional e da Epidemiologia devem ser combinadas com a singularidade das histórias das pessoas, dos grupos e das coletividades. Para o autor, “o desafio da política, da gestão, da saúde coletiva e da clínica é exatamente o de captar esta variabilidade, conseguir compreendê-la, para propor projetos singulares adequados a cada situação” (p. 54). Dessa maneira, o método clínico ampliado se obriga a reconhecer os riscos e as vulnerabilidades de cada caso e a apoiar terapêuticas que modalizem conforme a pessoa, o contexto dela (possibilidades e limites de recursos) e a análise do risco realizada. Isso porque, por esse viés do cuidado à pessoa e não à doença, o trabalho em saúde busca uma totalidade existencial que inclua, além da experiência de saúde-adoecimento, o próprio projeto de vida (Ayres, 2009), preocupando-se em dar significados e sentidos a diagnósticos, exames, controles, medicações, dietas, sintomas e mesmo aos próprios riscos (Oliveira, 2008).

Até quando se referem diretamente ao corpo biológico, as demandas de saúde e cuidado estão atreladas às condições do território onde se vive, sejam elas condições concretas, vínculos, relações ou projetos pessoais (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2019). Logo, além de apresentarem ao(à) profissional os fatores de risco aos quais estão expostas, as pessoas levam ao encontro clínico conhecimentos, culturas, experiências com o prazer e com o sofrimento, vontades, entre outros elementos constitutivos de quem se é (Oliveira, 2008). Ainda que diante de quadros clínicos com apresentações sintomatológicas semelhantes, certamente o(a) profissional de saúde identificará interações distintas no que

concerne, por exemplo, a predisposições genéticas, correlações de forças societárias (econômicas, culturais, étnicas etc.) e relacionamentos afetivos. Cada uma dessas influências será mais ou menos relevante em um dado momento e/ou em meio a um contexto, pois impactarão a saúde de uma pessoa ou de uma coletividade de maneiras únicas.

Dessa forma, a clínica ampliada se apresenta como uma ferramenta de articulação e inclusão de diferentes enfoques e disciplinas, reconhecendo que, em uma ocasião específica, pode existir predominância, escolha ou emergência de uma abordagem ou tema, sem que isto signifique a negação de outras perspectivas compreensivas e/ou possibilidades de ação (Brasil, 2009). Por isso, diz-se que a clínica ampliada é um sistema analítico aberto, que rejeita a lógica de predominância da determinação social, biológica ou subjetiva nos processos saúde-doença (Oliveira, 2008). Ela é um mote para a redefinição dos objetos, objetivos, conhecimentos e práticas clínico-sanitários, bem como para o aprimoramento das assistências individual, familiar ou comunitária, mobilizando intervenções terapêuticas inovadoras e mudanças nos parâmetros utilizados para avaliar os resultados em saúde. O adjetivo ampliada é válido também para lembrar que tal clínica depende de um esforço multiprofissional e interdisciplinar, transgredindo lógicas centradas na figura do(a) médico(a) (Campos, 2003).

O horizonte da clínica ampliada segue sendo a produção de saúde. Todavia, diferente de propostas tradicionais, defende-se que as ações de saúde se deem encarnadas nas pessoas que delas necessitam, sejam elas ações de promoção, prevenção, restauração, reabilitação ou cuidados paliativos. Ao mesmo tempo, é anseio dessa clínica a formação de pessoas (profissionais de saúde ou não) com maior capacidade de reflexão sobre as interferências familiares, organizacionais e culturais que incidem nos processos de saúde-adoecimento (Oliveira, 2008). À vista disso, de acordo com Merhy (2002), o fazer produtivo em saúde, em especial aquele que envolve intimamente o cuidado clínico, é um trabalho vivo e só acontece

em ato. A produção de saúde não pode ser capturada pela dinâmica nociva do trabalho morto, exprimida com frequência na burocratização de equipamentos e procedimentos. Já que a saúde não se define como um objeto plenamente estruturado, fazê-la é do âmbito da criação, da abertura.

Os embates “por uma clínica reformulada e ampliada” (Campos, 2003, p. 51) têm requisitado do campo clínico a participação de saberes, disciplinas e categorias profissionais que outrora não compunham a cena. Por essa via, a Psicologia vem potencializando seu trânsito na saúde pública e, como consequência, tem interrogado obstinadamente sua própria clínica: faz-se necessário que a clínica psicológica tradicional seja reformulada e ampliada? Convocando modos qualitativamente outros de responder às demandas de saúde-adoecimento-cuidado dos territórios, os(as) psicólogos(as) conquistam cada vez mais espaço (Leite et al., 2013), fazendo da saúde pública, pautada primordialmente na Saúde Coletiva, uma oportunidade de atuação abrangente, implicando uma práxis complexa e em formulação. Partindo do cotidiano de trabalho, ainda não é possível dizer que há consenso entre os(as) profissionais da área quanto ao modelo clínico tradicional se mostrar ultrapassado e ineficiente frente às circunstâncias de ação atuais. Entretanto, identifica-se uma parcela considerável de psicólogos(as) que concorda que são indispensáveis os debates envolvendo a proposta de ampliação da clínica psicológica.

Tradicional ou ampliada, a clínica permanece se apresentando como uma instituição importante e influente, que alcança desde mundos subjetivos até mundos compartilhados ou gigantescas organizações societárias. Ela é e, provavelmente, seguirá sendo um recinto em que as pessoas investem afetos e esperanças, um lugar em que são produzidos valores de uso e onde, inevitavelmente, disputa-se poder (Campos, 2003). O momento presente aponta na direção de um diálogo interdisciplinar e de um progressivo distanciamento das ortodoxias teóricas, em nome da qualificação de uma prática que está incessantemente exigindo novas

conexões, novos(as) interlocutores(as) e novas saídas (Ferreira, 2008). Por isso, no próximo capítulo, a fim de agregar às críticas e proposições apresentadas até aqui, buscando sempre as pertinências que justificam a emergência de uma Psicologia Clínica ampliada, serão problematizados alguns itinerários da Psicologia nas políticas de saúde.

Em Meio à Reinvenção de uma Práxis:

Incursões da Psicologia nas Políticas de Saúde

Historicamente, a Psicologia adentrou as políticas de saúde estreitando laços com a Saúde Coletiva e as mobilizações pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Como conjunto de ideias e valores em prol de transformações que se acreditava necessárias ao setor da saúde à época, a RSB surge no início da década de 1970 e culmina, entre outras conquistas, na universalização do direito à saúde, oficializada no texto da Constituição Federal (CF) (1988), e na criação do SUS. Regido fundamentalmente por duas leis sancionadas no ano de 1990, as Leis Orgânicas da Saúde (LOSs) (LOS, 1990; LOS, 1990a), “o SUS é uma das políticas públicas com maior investimento conceitual e político no país” (CFP, 2019, p. 23), reconhecido como um dos sistemas de saúde pública mais complexos do mundo. Logo, as políticas de saúde brasileiras se orientam pelos princípios e diretrizes do SUS (Böing, Crepaldi & Moré, 2009), que, por conseguinte, também devem servir de norteadores às práticas em saúde de quaisquer disciplinas e categorias profissionais que assumam o compromisso social de tirá-lo do papel.

Partidários da RSB e do fortalecimento do SUS, os movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e da Luta Antimanicomial, iniciados no final da década de 1970 e década de 1980, respectivamente, contaram com a participação intensiva dos(as) profissionais de Psicologia na construção dos dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico asilar e, por isto, frequentemente, são apontados como marcos da inclusão da categoria na saúde pública (Motta, 2015). As primeiras tentativas da Psicologia de ocupação formal dos serviços ligados às políticas de saúde se deram ainda entre as décadas de 1970 e 1980, auge da RPB e da Luta Antimanicomial, com a admissão marginal de um número pequeno de psicólogos(as) em hospitais psiquiátricos e ambulatórios públicos de SM

(Vasconcelos, 2004). Todavia, foi com a expansão da rede assistencial, na década de 1990, que o lugar cativo do(a) psicólogo(a) nas equipes de saúde pública começou a se afirmar.

Nos anos de 1990, estados, municípios e Distrito Federal foram convocados a implementar uma política de SM equânime, inclusiva, extra-hospitalar e de base comunitária, que sustentasse uma rede de atenção integral. Uma das regulamentações preliminares para a operacionalização dessa proposta foi expressa pela Portaria que estabelece diretrizes e normas para os atendimentos ambulatorial e hospitalar em SM (1992), a qual garantiu a presença de profissionais da Psicologia nas equipes mínimas, sugerindo que eles(as) ofertassem atendimentos individuais (como consultas e acompanhamento psicoterápico), atendimentos em grupo, visitas domiciliares e ações comunitárias. Militantes pela RPB seguiram disputando as agendas políticas incansavelmente, até que, cerca de uma década depois da publicação da referida Portaria, garantiram a promulgação de uma lei nacional para a Reforma Psiquiátrica: a Lei Paulo Delgado (2001).

A Lei Paulo Delgado (2001) dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com diagnóstico de transtorno mental e redireciona o modelo de assistência em SM no Brasil, impactando positivamente a crescente abertura dos programas e serviços de saúde pública aos(as) psicólogos(as). Na opinião de Dimenstein e Macedo (2007), a produção de conhecimento voltado à resolução de problemas de saúde pública por parte da ciência psicológica se pôs como um eixo importante de edificação dos projetos políticos tanto da RSB quanto da RPB. Em contrapartida, a aproximação da área com a Saúde Coletiva ativou questões essenciais a respeito do papel do(a) profissional de Psicologia no SUS (CFP, 2019), expondo a categoria a uma reflexão não só acerca de seus saberes e de suas práticas tradicionais como também de suas “verdades” e da própria identidade social do(a) psicólogo(a) (Dimenstein, 2011). Isso porque, como criticam Böing et al. (2009):

Desde as primeiras incursões de psicólogos no sistema público de saúde, discute-se a efetividade de seus padrões de atuação, que, atualmente, redundam em uma atenção curativa, individual, que não se adequam à saúde coletiva, em função da transposição do modelo clínico tradicional sem a necessária contextualização que a saúde pública requer (p. 830).

Na esteira da reinvenção da práxis em saúde, mostra-se indispensável à Psicologia, portanto, a revisão de compreensões e conceitos, a fim de que tenha condições de contribuir com a construção de projetos de cuidado, individuais ou coletivos, a partir de paradigmas contemporâneos, como o da promoção da saúde, o da vulnerabilidade e o da clínica ampliada (discutidos nos capítulos anteriores). Nesse sentido, o CFP (2019) consente que, frente a um cenário de formulação de novas respostas às demandas de cuidado da população, a legitimação do conjunto de princípios e diretrizes do SUS foi essencial para que os aspectos comumente caracterizados como psicológicos, intrínsecos às experiências humanas de saúde-adoecimento, fossem postos em evidência. Essa expansão de perspectiva, contudo, não transmutou instantaneamente as práticas clínicas naturalizadas, o que, desde então, tem desafiado os(as) psicólogos(as) a assumir uma postura profissional e organizacional diferente, exigindo, principalmente, a qualificação dos seus processos formativos.

Até meados da década de 1990, no Brasil, a tradição da formação em Psicologia voltada para o exercício autônomo e liberal em consultórios particulares era absoluta (Ferreira, 2010), repercutindo em costumes (como o da atuação clínica restrita à abordagem individual e individualizante da população) que, ainda hoje, são sentidos nos serviços públicos de saúde que contam com trabalhadores(as) da área. No entanto, após a abertura política do país, o incentivo a políticas públicas democráticas e universalizantes foi reconfigurando o mercado de trabalho e estabelecendo o SUS como o maior empregador de profissionais de saúde em geral. Entre os anos 2005 e 2011, por exemplo, a quantidade de

psicólogos(as) contratados(as) para atuar no SUS mais que dobrou (Macedo & Dimenstein, 2011). A análise desse crescimento tem sugerido que a ciência psicológica será melhor reconhecida à medida que os conhecimentos e as competências de seus(suas) agentes abraçarem os contextos de atuação emergentes, enfatizando a urgência de se produzir tecnologias de cuidado de acordo com as garantias previstas pelas políticas públicas de saúde.

Desse modo, a ininterrupta feitura do SUS tem designado à Psicologia tarefas imprescindíveis à implementação de uma série de políticas de saúde específicas, cobrando dos(as) psicólogos(as) o desenvolvimento de práticas contextualizadas e resolutivas (Ferreira, 2010). A esse respeito, Böing et al. (2009) avaliam que:

A consolidação da Psicologia como uma profissão da saúde pública representa uma convicção em sua potencialidade como instrumento de transformação e o reconhecimento de fatores subjetivos, emocionais, enfim, da história e das condições de vida dos usuários como determinantes dos quadros de saúde ou de doença da população. Contudo, esse discurso ainda não repercutiu significativamente na cultura profissional e leiga, já que as mudanças nos padrões de atuação ainda não são consistentes o suficiente para mudar as feições da prática psicológica no Brasil. A profissão ainda não reproduziu, de maneira significativa, em sua prática, os resultados das discussões sobre sua relevância e compromissos sociais e sobre uma atuação condizente com as diferentes realidades dos usuários dos serviços públicos de saúde (pp. 842-843).

Nesse sentido, Cintra e Bernardo (2017) acreditam que uma formação voltada para as políticas públicas desde a graduação é recurso importante para o rompimento por parte da Psicologia com moldes tradicionais de atuação, facilitando a realização de ações respaldadas nos preceitos do SUS. Entretanto, autores(as) como Dimenstein (2001) advertem que não se trata apenas de alterar o perfil profissional das categorias envolvidas com o trabalho em

saúde. É preciso que os(as) profissionais de saúde sejam transformados(as) em agentes de mudança, comprometendo-se com o ideário do SUS e com as pessoas que fazem uso dele. Para além da formação acadêmica, no âmbito das políticas públicas, o exercício ético-político é indispensável à criação de estratégias de cuidado inovadoras. Deve-se prezar por uma postura crítico-reflexiva e não naturalizante do fazer em saúde, erradicando “o desinteresse, a alienação, o agir mecânico e burocratizado” (Campos, 1994, p. 43) e buscando entender como as macro e micropolíticas do cotidiano afetam as experiências de saúde-adoecimento.

Nessa promessa de mudança de posicionamento, a participação na saúde pública tem oportunizado que os(as) psicólogos(as), quase sempre inseridos(as) em equipes multiprofissionais, deem vida a instituições que primam pela lógica territorial do trabalho, resultando, dentre outros desfechos, no estreitamento de laços por parte da categoria com grupos populacionais em situação de vulnerabilidade socioeconômica (Gonçalves & Portugal, 2012). Essas novidades empurram a Psicologia para conexões diferentes com as questões psicossociais, requerendo do(a) profissional, por exemplo, estar preparado(a) para lidar com pessoas de todas as fases do ciclo da vida e com proveniências socioculturais diversas (Böing & Crepaldi, 2014). Todavia, tal universo tem provocado, na maioria dos(as) psicólogos(as), em algum grau, tensões afetivas (como estranhamento, medo, frustração, impotência etc.), em decorrência, sobretudo, da percepção de não conseguirem atuar ancorados(as) em certezas e nem sustentados(as) por uma perspectiva estável, dada a dinâmica complexa e em permanente mutação do fazer em saúde pública (Dimenstein e Macedo, 2007).

Na opinião de Dimenstein e Macedo (2007), a falta de suporte teórico-técnico e gerencial para que os serviços psicológicos sejam qualificados no âmbito da saúde pública, bem como a recorrente precarização das condições de trabalho (estrutura física incipiente, ausência de capacitação, autonomia prejudicada, remuneração precária, entre outras deficiências) também contribuem para a geração de um certo mal-estar. Sem dúvida, a

atuação clínica em espaços públicos previamente não usuais lança à categoria problematizações imperiosas. Como escrevem Gonçalves e Portugal (2012):

A pergunta “qual é exatamente o papel do psicólogo quando inserido nesse novo contexto de atuação?” surge principalmente quando a prática do psicólogo se desvincula dos lugares consagrados de atuação – a clínica, a escola e as organizações – onde, supostamente, suas tarefas já estão muito bem codificadas e delimitadas (p. 146).

Nas últimas duas décadas, a própria categoria tem levantado debates acerca das atribuições dos(as) profissionais de Psicologia na Saúde Coletiva. Reclama-se que, no geral, o arranjo das políticas de saúde não apresenta uma definição clara do papel do(a) psicólogo(a) nos diversos pontos de atenção do SUS (Böing et al., 2009). Diante disso, o indicativo de fortalecimento das ações de SM no nível da AB tem potencializado as incursões desse(a) profissional nas políticas públicas, servindo como um dos principais motes para a ressignificação do fazer psicológico em saúde, o que inclui problematizações fundamentais em torno da clínica psicológica. As próximas seções seguirão explorando informações e críticas a esse respeito, enfatizando a trajetória da Psicologia na AB, a interface entre ela e a SM na AB, a história do NASF-AB como serviço estratégico para a atuação do(a) psicólogo(a) na AB e o atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, como chance de democratização do acesso à assistência psicológica e de reformulação da clínica.

Rotas da Psicologia na Atenção Básica

Segundo o texto da Portaria da PNAB (2017), a AB é um conjunto de ações individuais, familiares e coletivas de saúde, desenvolvidas por uma equipe de composição multiprofissional, em um território⁸ definido e guiadas pelas necessidades deste território,

⁸Como noção que sustenta uma das diretrizes da PNAB, entende-se por território a unidade geográfica em constante (trans)formação onde as tramas da vida humana acontecem e para a qual as ações descentralizadas do SUS devem se voltar. Adotá-lo como referência dinamiza a atuação em saúde pública, possibilitando o

envolvendo promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância. Como principal porta de entrada do SUS e com a tarefa de contribuir para uma gestão em saúde qualificada, a AB é o centro da comunicação na Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁹, coordenando o cuidado integrado e ordenando os serviços ofertados por esta rede. Em decorrência de sua nomenclatura, não é incomum que a AB seja entendida como elementar, mínima ou simplória. Entretanto, estima-se que nesse nível de atenção podem ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1978 como citado em Campos, Gutiérrez, Guerrero & Cunha, 2008; Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS], 2018).

Como integrante estratégica do projeto ético-político do SUS, a AB assume a responsabilidade sanitária pelos territórios onde suas equipes atuam e carrega o compromisso de reorientar modelos de atenção oriundos da racionalidade biomédica, considerados hegemônicos no Brasil (Paim, 2008). Em vez de só tratar doenças ou condições específicas, diz-se que os(as) profissionais da AB, sustentados(as) pela perspectiva biopsicossocial de ser humano e sem perder de vista os condicionantes sociais das experiências de saúde-adoecimento, devem cuidar de pessoas, legitimando compreensões ampliadas do processo saúde-doença e do cuidado. Pelo menos no âmbito do discurso, o alargamento dos fenômenos de interesse e objetos de estudo do setor da saúde se mostra bem colocado. Destarte, a AB “não emerge como uma área qualquer de atuação da(o) psicóloga(o), mas como uma área em que se estão construindo as principais expectativas do campo da saúde, que sejam voltadas a mudança de uma racionalidade em saúde” (CFP, 2019, p. 23).

desenvolvimento de estudos sociais, econômicos, epidemiológicos, assistenciais, culturais e identitários, no intuito de ampliar a compreensão das experiências individuais e coletivas de saúde-adoecimento-cuidado e responder efetivamente às necessidades de saúde específicas de cada comunidade (Portaria da PNAB, 2017).

⁹De acordo com o MS, de diferentes densidades tecnológicas, as RASs são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que, conectadas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, um dos princípios do SUS (Portaria da RAS, 2010).

Desde a entrada da Psicologia nesse nível de atenção que a produção do conhecimento psicológico vem respondendo a provocações e, por conseguinte, sofrendo reconfigurações. Inicialmente, diante do engajamento da categoria nos movimentos da RPB e na Luta Antimanicomial, quando alocados(as) na AB, os(as) psicólogos(as) eram convocados(as) especificamente à atenção clínica ambulatorial aos(às) egressos(as) de hospitais psiquiátricos (em sua maioria, pessoas com diagnósticos de transtornos mentais graves e persistentes) (CFP, 2019). Esse direcionamento para o atendimento clínico individual, associado à tradição dos cursos de Psicologia existentes no país à época, de formar profissionais liberais para os consultórios particulares, confrontava a proposta de cuidado territorializado da AB. Para Böing et al. (2009), existiam certas limitações na formação em Psicologia, que contribuíam e, provavelmente, continuam a contribuir com a manutenção de modelos tradicionais de atenção, avaliados, na conjuntura atual, como ineficazes, em virtude das necessidades de saúde-adoecimento da população e das próprias responsabilidades conferidas à AB.

Em um levantamento realizado no ano de 2008, pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), os(as) psicólogos(as) já identificavam vazios curriculares relativos à atuação junto às políticas públicas e, em especial, na Saúde Coletiva. Eles(as) apontaram que tal déficit se constitui como fonte permanente de desafios a serem enfrentados, por exemplo, no cotidiano de trabalho na AB (CFP, 2019). Prova disso é que, mesmo com um vasto repertório de intervenções possíveis de serem executadas na AB (como oficinas, grupos terapêuticos, visitas domiciliares, salas de espera, dentre outras), a maior parte dos(as) profissionais de Psicologia segue limitada aos atendimentos clínicos individuais, nos moldes da clínica psicológica tradicional (Campos & Guarido, 2007). É certo que, tendo a categoria chegado à AB há, relativamente, pouco tempo, as diretrizes operacionais para este nível de atenção ainda estão em fase de invenção (Böing et al., 2009).

Contudo, a reprodução indiscriminada de práticas descontextualizadas acaba por descredibilizar a ciência psicológica, exigindo que revisões básicas sejam priorizadas.

Dessarte, Dimenstein (2001) defende que “é preciso uma reconstrução da subjetividade dos trabalhadores do campo da saúde, bem como alterar a cultura organizacional hegemônica, sendo esse, então, o grande desafio que a Reforma Sanitária enfrenta no país” (p. 58). Por isso, caracterizar e contextualizar o fazer da Psicologia na AB é uma tarefa que urge, em função dessa incorporação recente da categoria à carreira em saúde pública e porque, entre todos os locais de atuação previstos até o momento pelas políticas de saúde, a AB tem se mostrado aos(às) psicólogos(as) e aos(às) gestores(as) como o mais desconhecido (Trindade & Teixeira, 2000). Ainda, o projeto político da AB assume como indissociável a relação entre saúde e desenvolvimento social, pressupondo melhorias sociais amplas, com ações intersetoriais para o combate às desigualdades sociais em saúde (Tesser, Norman & Vidal, 2018), o que reitera um dilema vivido pela ciência psicológica: a integração da dimensão social à clínica.

Por assim dizer, o encontro com os serviços de AB tem aproximado a Psicologia de uma realidade da qual, por longo período, manteve-se distante. A chance de fazer diferente, questionando os próprios aparatos teóricos e instrumentos de trabalho, tem pressionado os(as) profissionais da área a imprimirem outras atitudes. Para Dimenstein (2011):

O trabalho nesses contextos nos coloca em contato direto com pessoas expostas a um cotidiano de miséria, desproteção e violência e nos põe face a face com nossos limites. Assim, somos lançados em experiências abismais, encontramos realidades estranhas que marcam definitivamente nossa sensibilidade. Mas, apesar de todos os questionamentos já operados em relação às práticas dos psicólogos nesses contextos, seja em serviços técnico especializados, em estabelecimentos ou programas de cuidado à saúde e proteção de direitos, seja nas demais atividades gerenciais e de

regulação dessas políticas, ainda se mantém vigoroso o clássico *modus operandi* de atuação no campo social (p. 162).

Nesse sentido, é imprescindível a uma performance responsável na AB que o(a) psicólogo(a) esteja atento(a) e sensível aos sofrimentos ético-políticos das pessoas, frutos de opressões das mais variadas ordens (gênero, sexualidade, cor ou raça, classe social etc.), ressignificando posturas naturalizadas e, por que não dizer, ultrapassadas. Face aos investimentos na transformação dos modelos de atenção em saúde, garantindo, de uma vez por todas, a ampliação da compreensão de saúde-adoecimento que norteia a profissão, para além de abordagens individuais, o arsenal da ciência psicológica deve contemplar o cuidado do e no plano público da coletividade (CFP, 2019). Portanto, o exercício da Psicologia na AB requer que paradigmas como o da promoção da saúde seja adotado como âncora central, superando a famigerada ausência de preparo do(a) psicólogo(a) para atender demandas de sofrimento psíquico de base eminentemente social e, como consequência, conquistando novas representações do lugar da categoria na AB, em específico, e nas políticas de saúde, no geral.

Acerca da Interface entre Psicologia e Saúde Mental na Atenção Básica

Como princípio do SUS, a integralidade alinha todas as políticas de saúde que dão margem ao exercício da Psicologia na AB. Essa condição implica, entre outras orientações, que as intervenções psicológicas envolvam mais que os aspectos psíquicos e não se restrinjam ao cuidado de pessoas em situação de adoecimento mental. Espera-se por contribuições desse núcleo de saber nas mais variadas áreas temáticas, tais como: Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem; Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Saúde do Trabalhador; Saúde Bucal (SB) etc. No entanto, a dimensão da SM na AB, pelo viés da Atenção Psicossocial¹⁰, tem conformado um cenário privilegiado ao lançamento de práticas

¹⁰No Brasil, vem se revelando tendência nomear de Atenção Psicossocial o paradigma que, sob os ideais da RPB, redimensiona a compreensão da loucura e propõe estratégias inovadoras para um cuidado em SM em rede. Nesse sentido, falar com base na Atenção Psicossocial é dizer mais do que sobre a presença ou ausência de

transformadoras, refletindo, de maneira singular, na ampliação do repertório técnico do(a) psicólogo(a) para a atuação neste nível de atenção (Dimenstein & Macedo, 2012). Em outras palavras, mesmo que a Psicologia na saúde seja mais do que SM, é via SM que os(as) profissionais da área têm encontrado as melhores oportunidades de reinvenção da práxis psicológica para uma atuação contextualizada na AB.

A SM está entre os temas mais relevantes para a saúde pública brasileira, considerando principalmente a transição epidemiológica vivida pela população local nos últimos anos, a qual atribui peso significativo aos transtornos mentais na carga de agravos incapacitantes e de longa duração (OPAS, 2018). Os avanços científicos têm sugerido que, de modo análogo a quadros de outras ordens, esses transtornos derivam de uma complexa interação biopsicossocial e, apesar do conhecimento sobre eles ser inesgotável, já se tem informações e capacidade técnica suficientes para reduzir os impactos negativos que geram em todo o mundo (OMS, 2001). Na carga global de doenças, os transtornos mentais respondem por 12% do conjunto. Pesquisas realizadas tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento demonstraram que, ao longo da vida, acima de 25% das pessoas são acometidas por um ou mais transtornos mentais (Almeida-Filho et al., 1997 como citado em OMS, 2001; Regier et al., 1988 como citado em OMS, 2001; Wells et al., 1989 como citado em OMS, 2001).

Diante desse panorama, o Brasil vem sendo caracterizado como uma nação com elevado número de pessoas convivendo com adoecimento psíquico, dada a estimativa de que de 19 a 30% de sua população tenham algum transtorno mental. De acordo com a gravidade e a cronicidade, demandando cuidados contínuos, que exigem uma rede assistencial densa,

transtornos psíquicos (Miranda & Cabral, 2016). A Atenção Psicossocial, na verdade, como descreve Yasui (2009), “refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isto implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença” (p. 3).

diversificada e efetiva, é provável que 6% dos(as) brasileiros(as) tenham um transtorno mental grave e 3% tenham um transtorno mental persistente (Mello, Mello & Kohn, 2007). Além disso, segundo dados do MS, de 10 a 12% da população brasileira não sofrem transtornos mentais graves, entretanto, precisam de atenção em SM na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupo de orientação, dentre outras ofertas (Brasil, 2005). Na última década e meia, houve um alargamento expressivo do acesso à assistência em SM vias políticas públicas no país, multiplicando, inclusive, ações intersetoriais em prol da inclusão social pelo trabalho, da assistência social e da promoção de direitos (Brasil, 2015).

Particularmente, a realidade de uma equipe de Atenção Básica (eAB) demonstra que, no dia a dia, ela se depara com problemas de SM, o que requer que atue desde a prevenção de agravos até a garantia da integralidade e da longitudinalidade do cuidado a pessoas que atravessam experiências de adoecimento psíquico (em especial, aquelas que vivenciam quadros menos graves). Os primeiros estudos nacionais que discutiam a integração da SM com a AB foram publicados ainda na década de 1990 (CFP, 2019), evidenciando a função primordial deste nível na concretização de uma mudança paradigmática, já que possibilita que profissionais de saúde se embrenhem nos movimentos de vida das pessoas e comunidade, bem como apontando que o território é um lugar potente de cuidado em SM (Brasil, 1997). Dos anos 2000 em diante, identificam-se diversas investidas governamentais com o objetivo de estruturar um modelo de atenção à SM na AB, aumentando, sobretudo, o acesso das pessoas com transtornos leves e transitórios aos serviços (Gama, Onocko-Campos & Ferrer, 2014).

Dados de 2003 permitem afirmar que, no início deste século, pelo menos 56% das eABs já realizavam alguma ação voltada à SM, levando à compreensão de que grande parte

das pessoas com transtorno mental comum (TMC)¹¹ era assistida nesta esfera do SUS (Brasil, 2003). Pelo mundo afora, embora haja variações na prevalência entre os países, em torno de 24% das pessoas atendidas na APS têm algum tipo de transtorno mental, quer isoladamente ou concomitante a uma ou mais enfermidades de outras classes. Entre os diagnósticos mais comuns, tem-se: transtorno depressivo, distúrbio de ansiedade generalizada e transtorno decorrente do uso problemático de álcool e outras drogas (OMS, 2001). Com o crescente manejo de situações envolvendo transtornos mentais na AB, acredita-se que uma quantidade maior de pessoas venha a ser acolhida, evitando situações de negligência, prevenindo tratamentos impróprios ou não específicos e proporcionando atenção mais pormenorizada, que interfira verdadeiramente nos condicionantes de saúde do território (Brasil, 2010a).

Porém, para que esses bons resultados sejam alcançados, torna-se indispensável aos(as) profissionais da AB o desenvolvimento de habilidades essenciais à assistência em SM na perspectiva da Atenção Psicossocial. Entende-se que o atendimento a pessoas com problemas de SM é uma tarefa complexa e que, por isto, nem sempre as eABs estão preparadas para ofertá-lo, privando a população de ações integrais efetivas (Böing et al., 2009). Destarte, é com uma formação cuidadosa em saúde que se garantirá o melhor uso dos conhecimentos e técnicas disponíveis (OMS, 2001), despertando os(as) profissionais para a criação de respostas aos hiatos que participam deste cenário. É mister que a SM seja abarcada nos programas formativos desde a graduação, sem perder de vista a condução de processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) que enfoquem a qualificação da assistência a pessoas

¹¹O conceito de TMC foi proposto por Goldberg e Huxley (1992) e refere-se a quadros de adoecimento psíquico que apresentam sinais não psicóticos (insônia, fadiga, sintomas depressivos, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas), que limitam as pessoas em suas capacidades funcionais, mas não preenchem os requisitos para os diagnósticos previstos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Frequentemente encontrados na comunidade, os TMCs respondem por altos custos sociais e econômicos, pois constituem causa importante de dias perdidos de trabalho e elevam substancialmente a demanda dos serviços de saúde (Ludermir & Melo, 2002). No geral, as ações da AB voltadas à SM se comprometem principalmente com a identificação e o cuidado dos casos de TMC (Brasil, 2017).

com diagnóstico de transtorno mental em todos os serviços das RAS e, em particular, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Instituída no ano de 2011, a RAPS materializa esforços da RPB e da Luta Antimanicomial, recuperando elementos cruciais à transformação ainda em curso do modelo de atenção em SM e, paralelamente, refutando práticas que reduzem as experiências da loucura e do uso problemático de álcool e outras drogas à noção de doença. Ela integra o SUS, envolvendo estabelecimentos de todos os níveis de atenção (Portaria da RAPS, 2011, 2017¹²). Como uma rede estratégica de serviços que se conectam via referência e contrarreferência¹³, orientada pelos DH, assume o compromisso ético-político de garantir o acesso e a qualidade da assistência em SM a partir do paradigma da Atenção Psicossocial. No tecer dos fluxos dessa rede, os pontos de atenção de base territorial e comunitária devem ser priorizados. É o caso da AB, que, caracterizada como Componente I da RAPS, tem o compromisso de promover SM e prevenir sofrimentos e adoecimentos psíquicos, solucionando as necessidades possíveis (incluindo urgências) e direcionando as demais, de modo corresponsável, aos outros componentes (Brasil, 2017).

Atualmente, apesar da inegável expansão dos repertórios técnicos, essa aposta do cuidado em SM em rede, com ênfase na AB, ainda se mostra desafiadora (Böing et al., 2009). Em meio às muitas dificuldades que acompanham o cotidiano das políticas públicas de saúde, o exercício da Psicologia em interface com a SM na AB, por exemplo, não é tranquilo,

¹²Até 2017, valeu a prescrição de que o hospital psiquiátrico, dadas as razões históricas (práticas de exclusão, aprisionamento, silenciamento, negação de direitos etc.), não compunha a RAPS (Brasil, 2017). Contudo, com essa Portaria da RAPS (2017), entre outras medidas arbitrárias e de afinação manicomial, o governo reinsere o hospital psiquiátrico no rol das instituições que devem prestar serviços às pessoas com necessidades de SM. Ancorado na perspectiva antimanicomial do cuidado em liberdade, o presente trabalho não legitima as alterações que, sem amplo debate e a contragosto dos movimentos sociais, foram realizadas no arranjo da RAPS em 2017.

¹³Referência e contrarreferência são mecanismos que compõem o processo de trabalho em saúde no SUS, favorecendo a troca de informações sobre os casos e o compartilhamento de responsabilidades entre profissionais de diferentes pontos de atenção, a fim de qualificar o itinerário das pessoas que buscam ajuda no sistema e facilitar a continuidade do cuidado. Na opinião de Andrade e Francischetti (2019), referência e contrarreferência se configuram como ferramentas indispensáveis para a garantia da integralidade em saúde.

mesmo que o(a) psicólogo(a) seja comumente reconhecido(a) como especialista na temática (Cintra & Bernardo, 2017). “Para a atuação do psicólogo na atenção primária e saúde mental, falta, muitas vezes, orientação e direcionalidade ao trabalho que apontem em um sentido diverso daquele já conhecido e desgastado” (Dimenstein, 2011, p. 171). Nessas circunstâncias, o CFP (2019) defende que a tarefa primordial da Psicologia é movimentar a práxis, disparando perguntas que provoquem desnaturalizações na construção de projetos individuais e coletivos de cuidado, tornando o(a) profissional da área um(a) agente estratégico(a) na operacionalização de uma política antimanicomial também dentro da AB.

Não se deve esquecer que foi a RPB que convocou a Psicologia a essa empreitada. Logo, é arraigada em paradigmas como o da Atenção Psicossocial e nutrindo ferramentas como a RAPS que a categoria precisa bem exercer sua função e seguir lutando por melhorias. Nessa perspectiva, imersos(as) no cotidiano de trabalho do SUS, com destaque aos trânsitos agitados pela AB, na trilha pela reinvenção do modelo de atenção em SM, cabem aos(às) psicólogos(as), inevitavelmente, as disputas por espaços concretos e simbólicos de inserção das pautas reformistas e antimanicomiais, com o objetivo maior de fortalecer práticas sociais em saúde equânimes e, por assim dizer, impedir retrocessos que ameacem violar o direito à saúde da população. Nessa seara, propostas como a do NASF-AB oportunizam à ciência psicológica experiências teórico-práticas ímpares, desvelando arranjos clínico-políticos consonantes com a ampliação e a democratização do acesso à assistência psicológica.

O Lugar Cativo da Psicologia no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

No ano de 1994, o MS do Brasil, em resposta à crise dos modelos de atenção impulsionada pela RSB e seus desdobramentos, implantou, na AB, o famoso Programa Saúde da Família (PSF). Embora rotulado como programa, desde sua inauguração, o PSF fugia à concepção usual dos demais programas de autoria do governo federal, dado que não se

propunha a uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços. Em vez disso, despontava como uma iniciativa organizadora da AB, questionando a lógica hospitalocêntrica de ordenamento da rede de saúde e enfocando o fortalecimento do primeiro nível de atenção como principal porta de entrada do SUS. Entendido como uma proposta substitutiva, de dimensões técnica, política e administrativa inovadoras, o PSF se dirigiu à população a partir de critérios diferentes dos que vinham sendo adotados, exprimindo a importância de uma perspectiva humanizadora das ações de cuidado, que fosse capaz de traduzir a noção de saúde como direito de todos(as) e dever do Estado, tal como pautada na CF (Brasil, 1997).

A família, diretamente do ambiente em que vive, tornou-se o fenômeno precípua de interesse da AB orientada pelo PSF. Esse redirecionamento transmutou interpretações acerca do processo saúde-doença, questionando incisivamente práticas individualizantes, biocentradas e curativistas e requisitando exame atencioso dos aspectos que influenciam positivamente a saúde (Böing et al., 2009). Mais que delimitação geográfica, o território no qual são tecidas as relações intra e extrafamiliares foi afirmado pelo PSF como lócus de atuação das eABs, guiando-as, por meio das necessidades individuais, familiares e coletivas presentes, no planejamento e na execução dos planos de saúde locais, a fim de possibilitar prevenção de agravos, restauração da saúde e, sobretudo, melhores condições de vida. Nesse sentido, “o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” (Brasil, 1997, p. 7), devendo se comprometer integralmente com as pessoas que residem na área de abrangência das unidades de saúde que o adotam.

Como um projeto que requeria certa complexidade tecnológica para a produção do conhecimento em saúde, para o desenvolvimento de habilidades de cuidado e para a mudança de atitudes frente à transição de modelo de atenção esperada, a adesão ao PSF desafiava os(as) profissionais da AB a um olhar técnico e político mais ousado, que atravessasse os

muros das unidades e penetrasse genuinamente nos meios onde as pessoas viviam, trabalhavam e constituíam seus relacionamentos (Brasil, 1997). Com o passar do tempo, esse programa cresceu e consolidou-se como recurso fundamental para a reorganização da AB, de modo que, no ano de 2006, no texto da primeira Portaria da PNAB, o governo se posicionou, estabelecendo que ele seria a estratégia prioritária do MS para a condução dos trabalhos no nível primário de atenção do SUS, passando a chamá-lo de ESF. Em dezembro de 2020, existiam 43.286 equipes qualificadas como equipe de Saúde da Família (eSF) espalhadas por todo o país (Brasil, 2021), atendendo de 2.000 a 3.500 pessoas cada (Portaria da PNAB, 2017), cobrindo aproximadamente 64% da população brasileira (Brasil, 2021).

Conectada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) (como frequentemente são apelidadas as UBSs estruturadas pela ESF), uma eSF mínima dispõe de médico(a) (preferencialmente da especialidade Medicina de Família e Comunidade), enfermeiro(a) (preferencialmente especialista em Saúde da Família), auxiliar e/ou técnico(a) de Enfermagem e agente comunitário(a) de saúde (ACS). Para complementar esse quadro, são facultadas as participações de agente de combate às endemias (ACE) e profissional de SB, como dentista (preferencialmente especialista em Saúde da Família) e auxiliar ou técnico(a) em SB (Portaria da PNAB, 2017). Diante desse arranjo organizacional, no ano de 2008, 14 anos após a introdução da ESF na AB, almejando a ampliação de sua abrangência, sua resolutividade e seu cardápio de ofertas, o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2010a; Melo, Miranda, Silva & Limeira, 2018; Portaria de criação do NASF, 2008).

Como um serviço volante ou sem sede fixa, um NASF deveria promover saúde e produzir cuidado de forma inovadora, prezando pelos princípios e diretrizes relativos à AB, a saber: interdisciplinaridade; intersetorialidade; EPS; territorialização; integralidade; controle social e participação popular; educação popular; promoção da saúde e humanização (Brasil,

2010a). Na época, sob forte influência de experiências municipais, o matriciamento ou apoio matricial¹⁴ foi apresentado como eixo definidor da lógica de trabalho em equipe multiprofissional do NASF, estando no rol das áreas de conhecimento que poderiam compor tal equipe a Educação Física, a Farmácia, a Fisioterapia, a Fonoaudiologia, a Nutrição, a Psicologia, o Serviço Social, entre outras. Com isso, esperava-se do NASF uma atuação colaborativa junto às equipes de referência (termo técnico que designa as eSFs vinculadas ao NASF, de acordo com o apoio matricial) e que fosse capaz de oferecer tanto retaguarda clínico-assistencial à população adscrita¹⁵ a estas equipes de referência quanto suporte técnico-pedagógico aos(às) profissionais que faziam parte delas (Brocardo, Andrade, Fausto & Lima, 2018).

Para o andamento do processo de trabalho no NASF, bem como para o preenchimento de seu cardápio de ações, diversas tecnologias poderiam ser aproveitadas, entre elas: reunião de equipe; análise de conjuntura (com foco na identificação das necessidades de saúde das populações adscritas); planejamento estratégico; clínica ampliada; projeto terapêutico singular (PTS); projeto de saúde no território (PST); Programa Saúde na Escola (PSE); discussão de caso; atendimento individual; atendimento compartilhado; visita domiciliar; grupo terapêutico e sala de espera. Nesse quesito, segundo suas primeiras diretrizes, a inserção do NASF nos territórios, além de considerar os resultados das análises de conjuntura, deveria se orientar a partir de nove áreas estratégicas: 1) Saúde da Criança, do

¹⁴Formulado por Campos (1999), a fim de contribuir, inicialmente, com o processo de integração da SM à AB, o apoio matricial “é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Chiaverini, 2011, p. 13). Dentre outros objetivos, o apoio matricial propõe mudar a lógica tradicional dos sistemas de saúde (de encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e regulações), dinamizando a comunicação entre os profissionais, entre as equipes e entre os diferentes pontos de atenção do SUS. Ainda, como tecnologia de apoio à gestão do trabalho em saúde, o apoio matricial facilita a ampliação da clínica (Campos & Domitti, 2007).

¹⁵População adscrita é uma diretriz da PNAB que, por definição, refere-se à “população que está presente no território da Unidade Básica de Saúde, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado” (Portaria da PNAB, 2017, para. 116).

Adolescente e do Jovem; 2) Reabilitação/Saúde Integral da Pessoa Idosa; 3) Alimentação e Nutrição; 4) Serviço Social; 5) Saúde da Mulher; 6) Assistência Farmacêutica; 7) Atividade Física/Práticas Corporais; 8) Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e 9) SM (Brasil, 2010a).

Em consonância com os objetivos desta dissertação, sem qualquer menosprezo pelas demais áreas, cabe aqui destacar o quanto fortificar a capacidade da AB, ordenada pela ESF, para exercer protagonismo na SM se mostrava desafiador nos níveis técnico e institucional no momento da eleição das áreas estratégicas do NASF. Profissionais desse serviço, junto às equipes de referência, desde o início desta história de parceria, assumiram o compromisso de manejar situações relacionadas ao sofrimento e ao adoecimento psíquico, incluindo necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas. Logo, em virtude da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais (Böing et al., 2009), explicando que a composição de um NASF deveria ser definida pela gestão municipal, em diálogo com as eSFs e observando as características do território, as primeiras diretrizes também recomendavam que fosse garantida a presença de pelo menos um(a) profissional especialista em SM (da Psicologia, da Psiquiatria ou de núcleo análogo) em cada equipe (Brasil, 2010a).

A importância de incluir questões de SM no cotidiano da ESF é visível nas práticas da AB, uma vez que pessoas em situação de sofrimento e/ou adoecimento psíquico procuram as UBSFs corriqueiramente. As queixas ligadas à SM são as mais variadas, sinalizando o quanto as eSFs precisam estar preparadas para oferecer um cuidado efetivo neste âmbito (Coimbra, Oliveira, Vila & Almeida, 2005). Em um município pequeno, que não conta com o suporte especializado de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo, e que, conseqüentemente, tem as demandas de SM atendidas majoritariamente pela AB, reforça-se o caráter estratégico da inserção de um(a) profissional especialista em SM no NASF, a fim de que sejam emitidas respostas mais resolutivas à população (Brasil, 2017). Para Böing et al.

(2009), a ESF, balizada pelos princípios da integralidade, da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da territorialidade, acaba por configurar um campo estratégico de produção de novos modos de cuidar em SM, disponibilizando à população arranjos potentes como o NASF.

Em 2017, com a segunda revisão da PNAB¹⁶ (Portaria da PNAB, 2017), o nome NASF mudou para NASF-AB. Essa atualização deu brecha para que as eABs não orientadas pela ESF também pudessem ser equipes de referência e reforçou a definição teórico-técnica de que o NASF-AB não era porta de entrada e nem poderia executar seu trabalho de modo independente das equipes mínimas da AB. Em vez de atuar como equipe de apoio matricial estrangeira aos territórios, ficou mais do que claro que o NASF-AB deveria ampliar os recursos humanos e tecnológicos das eSFs e eABs, criando intimidade com as populações adscritas e cuidando de modo compartilhado com os(as) profissionais lotados(as) nas UBSs e UBSFs. Em 2019, contudo, novas alterações são impostas. A transição entre governos federais vivida pelo Brasil fez com que o país empossasse um grupo político com interesses assumidamente privatistas e na contramão do fortalecimento de modelos de atenção como a ESF. Tal fato estimulou modificações expressivas no esquema de financiamento da AB, atingindo negativamente o NASF-AB, sem amplo debate e a contragosto da maioria dos(as) sanitaristas (Stevanim, 2019).

Em novembro de 2019, com a publicação da Portaria do novo modelo de financiamento da APS/Programa Previne Brasil, ficaram decretados o fim da verba de custeio direto do NASF-AB e a revogação de todos os seus documentos regulamentadores, ameaçando a continuidade do apoio matricial dispensado na AB, bem como o lugar que a Psicologia havia conquistado neste campo. O Brasil fechou 2019 com 5.759 equipes do NASF-AB (Brasil, 2021), articulando, em todas as regiões, ações de promoção da saúde e

¹⁶A primeira revisão da PNAB se deu no ano de 2011 (Portaria da PNAB, 2011).

prevenção de agravos, melhorando a capacidade resolutiva do SUS e a qualidade de vida da população. No mesmo ano, o CFP declarou que a referência de atuação dos(as) profissionais de Psicologia na AB estava atrelada à entrada da categoria no NASF-AB. Isso porque, uma década depois da criação desse serviço, constatou-se que o número de psicólogos(as) ofertando apoio à ESF tinha aumentado substancialmente, consolidando o nível primário como uma das principais portas de entrada da profissão no SUS. Segundo levantamento do MS, 329 psicólogos(as) atuavam no NASF-AB em seu ano de inauguração (2008) e, em 2018, o quantitativo passou a 5.523, expressando um crescimento exponencial (CFP, 2019).

No tocante à SM, a participação de psicólogos(as) no NASF-AB vinha contribuindo ativamente para a superação do hiperespecialismo, da medicalização e do isolamento histórico da assistência, vencendo práticas que estigmatizam e excluem as pessoas que atravessam uma experiência de adoecimento psíquico (OPAS, 2018). Todavia, nenhum feito exitoso impediu que, no ano de 2020, em Nota Técnica sobre o NASF-AB e o Programa Previne Brasil, o MS declarasse oficialmente que novos NASF-ABs não poderiam ser credenciados. Com isso, os municípios com equipes vigentes foram desobrigados a manterem-nas ao passo que foi facultado o cadastro de uma proposta substitutiva, a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP) (Portaria de redefinição do registro das Equipes de Atenção Primária e SM, 2020), sem disponibilizar, no entanto, qualquer referência normativa que iluminasse a organização deste outro processo de trabalho ou mesmo verba de custeio específica para financiá-lo.

Ainda, caso preferissem, ficou factível às gestões municipais a introdução na AB de profissionais das categorias que anteriormente compunham o NASF-AB, sem que estes(as) fizessem parte de uma eNASF-AP, o que quer dizer que áreas de conhecimento não previstas pela estrutura mínima das eABs ganharam a chance de atuar de forma isolada, vinculadas a uma eAB ou a um conjunto delas, a uma eSF ou a um conjunto delas ou mesmo a toda a AB,

o que desmobilizou o modelo do apoio matricial. Até o momento da escrita deste documento, o cenário em questão não se reconfigurou. Fatidicamente, muitos municípios optaram pela dissolução de suas equipes do NASF-AB, redirecionando e até abandonando os esforços dispensados ao fortalecimento da AB na perspectiva da ESF. Quanto às eNASF-APs, sabe-se, informalmente (porque não há dados do MS sobre elas), que, na ausência de diretrizes, resistem aos duros golpes que a ESF vem sofrendo, ora resgatando experiências exitosas do NASF-AB, ora reproduzindo antigos mecanismos dos serviços ambulatoriais.

Como visto, a criação do NASF-AB é que tornou possível, no plano legal, a permanência do(a) psicólogo(a) na AB (CFP, 2019). Leite et al. (2013) defendem, inclusive, que o lugar cativo da Psicologia nesse nível de atenção se firmou devido ao alto índice de demanda em SM nas comunidades em situação de vulnerabilidade social, as quais tiveram o acesso à assistência psicológica expandido com a ESF e o NASF-AB. Portanto, a relação da Psicologia com a AB é profundamente marcada pelo projeto político que foi o NASF-AB, “por assentar um modo efetivamente diferente de entender o lugar da(o) psicóloga(o) e sua relação com o trabalho” (CFP, 2019, p. 4). Tal iniciativa não só proporcionou à categoria outras vagas no grande mercado de trabalho que é o SUS como a aproximou de pessoas e grupos outrora negligenciados, democratizando o uso de seus conhecimentos e tecnologias e, como consequência, invocando uma reflexão imprescindível a respeito de sua práxis.

A proposta da Psicologia se localizar na AB, no âmbito do NASF-AB, compondo o conjunto de políticas que mantinham o SUS funcionando, fugia ao que tradicionalmente se aprende em seu curso de graduação. Olhar para o território e suas formas plurais de produção de vida por meio do filtro do apoio matricial vinha ajudando a ciência psicológica a vislumbrar novas maneiras de enfrentamento dos imperativos contemporâneos que circunscrevem as necessidades de saúde das pessoas (CFP, 2019). Nesse viés, a intervenção clínica na modalidade individual, parte do cardápio de ações do NASF-AB, teve grandes

chances de se reinventar enquanto o serviço durou. Por isso, ainda que sejam imprecisos, na conjuntura atual, os limites e possibilidades de oferta do atendimento individual de Psicologia na AB, a presente pesquisa, iniciada quando os NASF-ABs eram vigentes e crescentes, resistiu aos desmandos do governo federal e seguiu estudando produções do NASF-AB e da Psicologia no NASF-AB, com foco nos atendimentos individuais.

O Atendimento Individual de Psicologia via Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica como Dispositivo Para uma Clínica Psicológica Ampliada

A própria história da Psicologia na clínica narra o quanto a representação do(a) psicólogo(a) no imaginário social foi se enlaçando fortemente a significantes como consultório, psicoterapia e elite. Muitas vezes se cometeu o equívoco de traduzir a clínica psicológica como prática restrita a serviços particulares de caráter ambulatorial, esquecendo-se de que a Psicologia Clínica “é uma disciplina que não se resume a um dos seus locais de aplicação” (Schneider, 2002, p. 61). Não é à toa que, desde o início do itinerário da categoria nas políticas públicas de saúde, seus(suas) agentes vêm sendo instados(as) a outras performances (Ferreira, 2017), mobilizados(as) a reformular a clínica a partir de compreensões ampliadas de saúde-doença e de cuidado. Foi assim com a participação da profissão no NASF-AB: à medida que experimentava um novo campo de trabalho, era conduzida a perceber que suas práticas tradicionais não respondiam a contento aos modelos interdisciplinares que privilegiam a atuação em equipe multiprofissional (Motta, 2015).

Desenvolvida com base essencialmente na abordagem individual (e individualizante) do consultório privado, a clínica psicológica chega aos serviços públicos vestida de uma certa psicoterapia como modalidade de assistência que não alcançava as expectativas que envolviam o SUS. Dimenstein e Macedo (2012) ratificam esse fato quando sinalizam que as críticas às práticas psicológicas no âmbito dos serviços públicos de saúde evidenciam baixa variedade de estratégias de cuidado, restritas a uma clínica individual voltada à ideia de cura,

que possui raízes declaradamente privatistas e baseia-se na remissão de sintomas, na oposição entre normal e patológico e na adesão prescritiva. Em contrapartida, essa insuficiência despertou os(as) profissionais da área para a construção de outros arranjos, deixando-se influenciar pelo paradigma da promoção da saúde e pela perspectiva da clínica ampliada (tais como discutidos nos capítulos anteriores), o que contribuiu, de alguma maneira, com a democratização do acesso ao atendimento clínico individual de Psicologia.

Longe de pôr à disposição das pessoas assistidas o *setting* terapêutico ideal, porque, muitas vezes, a começar pela estrutura física para o atendimento, tudo era precário, o(a) psicólogo(a) do NASF-AB vinha cumprindo a honrada e destemida tarefa de questionar os valores da clínica psicológica, valendo-se, dentre outras oportunidades, das vivências permitidas pela oferta de uma tecnologia denominada, neste contexto, de atendimento individual. O atendimento individual de Psicologia no NASF-AB, embora nas primeiras diretrizes sobre o serviço tivesse a indicação de acontecer excepcionalmente (Brasil, 2010a), estabeleceu-se como ferramenta essencial para ampliação e garantia da terapêutica adequada na AB, especialmente nos casos de pessoas com necessidades relacionadas à SM (Reis, Flisch, Vieira & Santos, 2012). Logo, não faz sentido criticar a oferta do atendimento individual em si, acusando a categoria de desrespeitar massivamente o caráter excepcional previsto (como frequentemente faziam os[as] próprios[as] profissionais de NASF-AB), já que esta agenda cumpriu uma função indispensável ao atender uma demanda que seguiu, até ali, reprimida.

Ante esse conflito teórico-prático, parece mais proveitoso que se pense a respeito do modo simplório como o modelo tradicional de clínica psicológica foi transposto para o trabalho na AB, contexto que requer uma aproximação expressivamente mais íntima com dimensões sociopolíticas do que a Psicologia estava acostumada. Contestar a entrada tímida do debate acerca dos problemas sociais na formação básica em Psicologia (Gonçalves &

Portugal, 2016), provavelmente, mais contribuirá com o refinamento da abordagem clínica individual do(a) psicólogo(a) na AB que julgar indiscriminadamente a prática do atendimento individual via NASF-AB como estritamente ambulatorial e, por isto, inadequada ou em descumprimento das diretrizes do serviço. Sem contar que, anos depois da criação do NASF-AB, o próprio Campos (2016), formulador do apoio matricial e um dos maiores defensores da proposta, indicou que a crítica absoluta à clínica de base biomédica, em muitos momentos, deu a entender que ações coletivas fossem suficientes para todas as situações, quando não são, fato que aponta para o papel insubstituível das abordagens clínicas individuais.

Em vez de aquecer as discussões em torno de uma clínica ampliada, houve uma tendência a escantear abordagens clínicas como o atendimento individual (Campos, 2016). Isso alcançou boa parte dos(as) profissionais da Psicologia, que acabou por fechar os olhos para as reais necessidades do território, em cumprimento de uma diretriz que carecia de revisão. Sem abafar as demais responsabilidades que eram inerentes aos(às) psicólogos(as) de NASF-AB, os(as) quais também não deviam viver trancados(as) em seus atendimentos individuais, esta pesquisa se afina com a ideia de que o atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, além de democratizar o acesso à clínica psicológica, ofertando-a via política pública de base territorial e comunitária, contribuiu para que esta clínica fosse transformada, desnaturalizando posturas ultrapassadas.

Nesse enquadre, o atendimento individual de Psicologia operava como um dispositivo (Deleuze, 1990; Foucault, 1999; Revel, 2005), desvelando as influências que atravessam as histórias de vida das pessoas atendidas, por meio das narrativas em primeira pessoa que elas mesmas compartilhavam. Ao passo que oferecia lugar seguro para o acolhimento de dores e sofrimentos, como dispositivo, o atendimento individual descortinava as linhas que teciam os territórios geográficos e existenciais (pano de fundo às experiências de saúde-adoecimento-cuidado) de quem buscava assistência, tornando-se um lugar de produção de sentido e

também de criação de estratégias de enfrentamento das vulnerabilidades que oprimem e impedem melhores condições de vida. Dessa maneira, a intervenção clínica no formato do atendimento individual de Psicologia facultava que os(as) psicólogos(as) identificassem os elementos psicossociais, políticos e culturais que protegiam ou expunham cada pessoa atendida do/ao risco de adoecimento.

Para Foucault (1999), fundamentalmente heterogêneo, um dispositivo exprime as forças diversas que modelam a vida no plano coletivo, englobando “discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” (p. 244), isto é, os ditos e os não-ditos que sustentam a existência. Por sua vez, Deleuze (1990) interpreta Foucault e define dispositivo como um feixe de linhas, um emaranhado do qual participam questões de gênero, raça ou cor, sexualidade, classe social, crença ou credo, orientação política e muitas outras, que dão materialidade aos processos de subjetivação ou de tornar-se quem se é em um movimento constante e infindável de reinvenção da subjetividade. “Essas múltiplas linhas/discursos/forças tecem tanto o território geográfico quanto o território existencial que constitui a categorização dos sujeitos, suas práticas e seus prazeres” (Peres, 2010, p. 213).

Sempre singulares, os infinitos modos como os elementos psicossociais se combinam é que movimentam os processos de subjetivação, devendo uma clínica que se proponha contextualizada se interessar por conhecer os elementos em si, os modos combinatórios, bem como os processos. Com isso, lançando mão do conceito de dispositivo para pensar a prática do atendimento individual de Psicologia no NASF-AB, pode-se propor que a função do(a) profissional clínico(a) é “desemaranhar as linhas de um dispositivo” (Deleuze, 1999, p. 155), percorrendo terras desconhecidas, onde a pessoa atendida habita, no intuito de, de forma compartilhada com ela, traçar um mapa que a guie à saúde e à vida. Nesse lance interpretativo e criativo, instalado em meio ao próprio dispositivo, o(a) psicólogo(a)

perceberá que se deixar afetar pelos atravessamentos sociais, culturais, econômicos e comunitários que modelam as experiências de saúde-adoecimento-cuidado das pessoas que o(a) procuram é um caminho sensível para que novos saberes sejam articulados, em prol da constituição de uma clínica psicológica ampliada, na esteira da proposição da clínica ampliada (Campos, 2003, 2006).

A partir do encontro com a complexidade que, inevitavelmente, enovela as pessoas marcadas por uma experiência de adoecimento psíquico, o(a) psicólogo(a) pode concluir que muitos condicionantes das queixas e demandas não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas (Brasil, 2009), sendo impelido(a), assim, a atualizar suas tecnologias interventivas, ultrapassando as paredes do consultório, das unidades de saúde e adentrando o território, onde a vida acontece, em busca de possibilidades terapêuticas. “Eis o desafio: produzir uma clínica como espaço de experimentações, provocações, aberturas, movimentos instituintes, uma clínica de afirmação da vida” (Sundfeld, 2010, p. 1084), que se comprometa com o enfrentamento das vulnerabilidades, quer no plano individual, social ou programático (como visto em capítulo anterior). A presença da Psicologia na AB, pois, é uma oportunidade ímpar para expandir a esfera da ética do cuidado na vida das pessoas, mobilizando a invenção de práticas de resistência à medicalização, à impessoalidade e à burocratização da terapêutica (CFP, 2019).

Implicado(a) nesse contexto (e também na transformação dele), um(a) profissional da Psicologia, junto aos(às) demais agentes da AB, tem grandes chances de contribuir para uma compreensão cuidadosa, contextualizada e integral das vivências das pessoas, das famílias e da comunidade em geral. Partindo da premissa de que a ética se faz no território, “ao constituir-se sempre como prática inacabada, no exercício da crítica sobre o que produz, a Psicologia se atualiza, se contradiz e se transforma, não apenas como decorrência de um desenvolvimento epistemológico, mas sobretudo ético-político” (Gomes, Silva, Cavalcante &

Hüning, 2019, p. 25). Portanto, em estratégias como o NASF-AB, a clínica psicológica na modalidade individual não está fadada a uma lógica reducionista, centrada unicamente na doença (Reis et al., 2012). Os serviços da AB, como espaços de experimentação coletiva, conectados à comunidade, podem viabilizar a desconstrução de artifícios técnicos consolidados, tomando a própria clínica (viva, pulsante) como um dispositivo a ser mudado para melhor promover a mudança, um dispositivo à disposição da criação de novos modos de habitar o mundo (Sundfeld, 2010).

Método da Pesquisa

Delineamento do Tipo de Pesquisa

Como as vulnerabilidades afetam as demandas de saúde-adoecimento-cuidado registradas em prontuários de pessoas que buscam atendimento psicológico individual na AB? Tendo adotado essa questão como bússola (Cabral & Morato, 2013), a presente dissertação é produto de uma pesquisa retrospectiva que, segundo seus objetivos, caracterizou-se como descritiva e compreensiva. A condição descritiva se alinhou ao propósito de reunir informações biossociodemográficas acerca das pessoas assistidas pela psicóloga do NASF-AB de Xique-Xique e o caráter compreensivo decorreu da finalidade de identificar os agravos à saúde apresentados pelas pessoas referidas como motivo da procura pela assistência psicológica, além da intenção de circunscrever as vulnerabilidades que atravessam as experiências de saúde-adoecimento-cuidado destas pessoas, o que incluiu a problematização de outras dimensões ligadas a estas experiências, visto que se mostraram relevantes ao alargamento do conhecimento em torno do fenômeno saúde-adoecimento-cuidado.

De caráter documental, a pesquisa lançou mão de um método misto, combinando abordagens quantitativas e qualitativas, que devem ser vistas a partir de uma oposição complementar e da relação fértil que as conecta (Minayo, 2010). As abordagens quantitativas foram facilitadas pela estatística descritiva, arranjo que permite afirmações precisas e exprime resultados em forma de números (Cozby, 2003), e as qualitativas tomaram como base o compreensivismo, quando o intuito não é explicar um fenômeno por meio de relações causais, mas, sim, de compreendê-lo como algo perpassado pelos processos diversos de subjetivação humana, fundamentado na vida social (Minayo, 2010). Dentre várias articulações teórico-metodológicas possíveis, optou-se pelo delineamento de Ayres et al.

(2006, 2009) sobre vulnerabilidade aplicada à saúde como teoria-âncora, a qual guiou a discussão dos resultados encontrados.

Cenário da Pesquisa

O estudo foi realizado em Xique-Xique, um município do Nordeste brasileiro classificado como o 49º maior do estado Bahia. Xique-Xique se localiza à margem direita do Rio São Francisco, a 586 km da capital baiana (Salvador, Bahia, Brasil). De acordo com o Censo Demográfico (CD) 2010 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2021), a população xiquexiquense, naquele ano, tinha 45.536 pessoas e poderia alcançar 46.523 em 2020. Com extensão territorial de aproximadamente 5.080 km², Xique-Xique possui densidade demográfica baixa, totalizando mais ou menos 8 hab/km². Desses(as) habitantes, 71% estão distribuídos(as) na zona urbana e 29% na zona rural. Quanto ao sexo, 49% são homens e 51% são mulheres. No tocante aos intervalos etários, tem-se uma pirâmide jovem: 22% de crianças (0 a 10 anos), 21% de adolescentes (11 a 19 anos), 47% de adultos(as) (20 a 59 anos) e 10% de idosos(as) (60 anos ou mais). Já no quesito cor ou raça: 18% das pessoas se autodeclaram brancas; 14% pretas; 67% pardas; 0,7% amarelas e 0,3% indígenas.

Segundo registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Brasil, 2020), na ocasião da coleta dos dados da pesquisa aqui retratada, havia 19 estabelecimentos do SUS e 1 hospital geral filantrópico prestando serviços ao SUS (o Hospital Julieta Viana [HJV]) em Xique-Xique, além de outros 21 estabelecimentos de saúde privados. A maioria dos serviços da rede pública era do nível primário, o que contribuiu para que, no período estudado (novembro de 2017 a fevereiro de 2020), o município alcançasse, em média, 79% de cobertura de AB e 70% de cobertura da ESF (Brasil, 2021). A dinâmica dessa rede de serviços contava com uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com sede própria e sob gestão de comando único, que vinha fortalecendo os programas com infraestrutura e recursos humanos. Estavam em funcionamento: UBSFs; NASF-AB; centro

de especialidades (denominado Centro de Saúde João Vicente da Silva [CSJVS]); CAPS; laboratórios; Central de Regulação de Serviços de Saúde (CRSS); vigilâncias; Centro de Abastecimento Farmacêutico (CAF); Tratamento Fora do Domicílio (TFD); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), entre outros.

Observando, em particular, a estrutura organizativa da RAPS (Brasil, 2017; Portaria da RAPS, 2011, 2017) xiquexiquense, tem-se que, pelo menos até fevereiro de 2019, ela acontecia por meio das UBSFs e do NASF-AB (serviços do Componente I – Atenção Básica), de um CAPS do tipo I (serviço do Componente II – Atenção Psicossocial Especializada), do SAMU 192 (serviço do Componente III – Atenção de Urgência e Emergência) e do hospital geral, o HJV (serviço do Componente V – Atenção Hospitalar). O município não contava com serviços dos Componentes IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório, VI – Estratégias de Desinstitucionalização e VII – Reabilitação Psicossocial. Por outro lado, o CSJVS (unidade de caráter misto – AB e média complexidade) comportava um Ambulatório de SM bastante atuante, com serviços de Psiquiatria e Psicologia que apoiavam diretamente o fortalecimento da RAPS. Era comum também que ações por parte de serviços intersetoriais complementassem as ofertas dessa rede.

Em levantamento do ano de 2017, realizado pelo NASF-AB junto a todas as UBSFs implantadas e em funcionamento à época, sendo 5 urbanas e 4 rurais, foi constatado que as necessidades percebidas como de SM eram as mais prevalentes entre as demandas apresentadas às eSFs, tornando a efetividade do cuidado a pessoas que atravessam uma experiência de sofrimento e/ou adoecimento psíquico um dos nós críticos da assistência neste nível (Miranda, 2018). A fim de contribuir com a resolutividade desses casos, a assistência psicológica na modalidade individual vinha sendo solicitada com alta frequência ao NASF-AB e ao Ambulatório de SM do CSJVS. No rol das intervenções ofertadas pelo SUS municipal, conforme pactuações conduzidas pelo secretário de saúde, o atendimento clínico

individual de Psicologia podia ser prescrito por profissionais de nível superior das redes pública e privada de saúde (quer alocados[as] na AB, na média complexidade ou no nível hospitalar) ou por psicólogos(as) das redes intersetoriais¹⁷.

A solicitação formal da assistência psicológica na modalidade individual era feita por escrito, em um formulário padrão de requerimento de procedimentos, o qual era encaminhado, via UBSF de referência da pessoa que necessitava do cuidado, para a CRSS, setor da SMS responsável por realizar o agendamento¹⁸. Ressalva-se que, de 2017 a 2019, todas as guias de solicitação oriundas das redes intersetoriais, do nível hospitalar e da AB eram referenciadas à psicóloga do NASF-AB e as demais, originárias da média complexidade, eram direcionadas às psicólogas do Ambulatório de SM. De modo especial, a profissional do NASF-AB organizava sua agenda de atendimentos individuais junto à equipe da CRSS pessoalmente, monitorando os territórios de referência das requisições e analisando, periodicamente, a fila de espera, no intuito de apresentar à gestão informações estratégicas, que contribuíssem com o reconhecimento do perfil epidemiológico do município.

No quadriênio da gestão municipal envolvido no estudo (2017-2020), os atendimentos clínicos individuais de Psicologia começaram a ser ofertados em julho de 2017, tanto via NASF-AB quanto via Ambulatório de SM. Sabe-se que esses atendimentos também faziam parte do cardápio de ofertas do SUS no quadriênio anterior (2013-2016), por meio das agendas dos mesmos pontos de atenção (NASF-AB e Ambulatório de SM). Todavia, no momento da coleta dos dados da pesquisa, o município não dispunha de registros que

¹⁷Entendendo que, lotados(as) nas redes intersetoriais, os(as) profissionais de Psicologia assumem responsabilidades específicas, que diferem dos compromissos preconizados pelas políticas de saúde, fica estabelecido que as intervenções clínicas com foco nas experiências de adoecimento são tarefa dos(as) profissionais que compõem o setor saúde. Dessa maneira, quando identificam a necessidade do cuidado em saúde nos moldes do atendimento individual de Psicologia proposto na AB, os(as) psicólogos(as) vinculados(as) a outros pontos de atenção compartilham os casos com a equipe do NASF-AB.

¹⁸Essa dinâmica de marcação dos atendimentos individuais de Psicologia ofertados pela psicóloga do NASF-AB de Xique-Xique violava princípios do apoio matricial, que orienta que os(as) profissionais de equipes matriciadoras, como os(as) do antigo NASF-AB, programem suas agendas de atendimentos individuais junto às próprias eABs e eSFs. O esquema de regulação desse tipo de procedimento via CRSS exprime uma tradição ambulatorial que arranjos pautados no apoio matricial buscam superar (ver Nota 14).

permitted to explore the progressive dynamics, not even had knowledge of when the services were suspended in the 2013-2016 management to return in the 2017-2020 management only in mid-2017. Unfortunately, since the resumption of services, in July 2017, the municipality faced difficulties with the reach, as well as with the time of waiting for the initial service, since the number of vacancies that the services had the capacity to provide was quite inferior to the requests received by the CRSS.

Fonte de Coleta dos Dados

Compuseram a amostra desta pesquisa todos os prontuários de Psicologia relativos às pessoas assistidas em atendimento individual pela psicóloga do NASF-AB de Xique-Xique, entre novembro de 2017 e fevereiro de 2019. O início desse intervalo foi demarcado pela disponibilidade dos registros dos atendimentos iniciais em um modelo impresso de ficha de triagem (ver Apêndice A), implantado pela profissional referida em novembro de 2017, e o final levou em consideração a transição organizativa vivida pelo NASF-AB, em março de 2019, quando passou a ter sede fixa e a funcionar sob uma lógica de trabalho diferente do apoio matricial. Com isso, o fato de serem produzidos entre novembro de 2017 e fevereiro de 2019 se configurou como critério de inclusão dos prontuários na amostra e as condições de legibilidade ou de não apresentação de informações fundamentais (como motivo da procura pelo atendimento, impressões da psicóloga sobre a demanda percebida e evolução do acompanhamento) se estabeleceram como critérios de exclusão.

Nenhum dos prontuários que corresponderam ao critério de inclusão precisou ser descartado, perfazendo um tamanho amostral (n) de 58. Esse n, apesar de impor limites à generalização dos resultados, não se constituiu como um problema para a análise proposta, já que a estatística utilizada nas abordagens quantitativas dos dados foi somente descritiva. Cabe pontuar que se optou pelo prontuário como fonte de coleta porque, mais que um instrumento que propicia respaldo ético e legal à atuação do(a) profissional de saúde, ele

documenta, de modo durável, informações relevantes sobre cuidados prestados por serviços deste setor, revelando situações particulares (Rodrigues et al., 2017). A partir da leitura de um prontuário, é possível acessar aspectos que circunscrevem histórias de vida (Souza, 2005) e mesmo identificar condições vulneráveis que forjam experiências de saúde-adoecimento, o que o torna, além de essencial ao planejamento da intervenção adequada, um acervo requisitado por cientistas da saúde (Barletta et al., 2012). Na visão de Mesquita e Deslandes (2010):

O prontuário é um instrumento do paciente, integrando um sistema de registro que deve conter dados de identificação e relativos à história do indivíduo na interface entre processo de adoecimento e situação social de forma compreensível. Para a equipe de saúde, o registro é material sigiloso, cujo acesso é facultado apenas aos profissionais envolvidos no atendimento e aos usuários a que se referem (p. 666).

A comunicação escrita que um prontuário formaliza fornece subsídios para qualificar a atenção, o que impacta de maneira especial o processo de trabalho em equipe na saúde (Iyer, Taptich & Bernocchi-Losey, 1993). Nessa perspectiva, no âmbito da AB, os prontuários costumam contemplar diversas notas a respeito das pessoas atendidas e suas famílias, incluindo o registro de procedimentos realizados ou solicitados (como consultas, exames, encaminhamentos etc.) e observações acerca das condutas prescritas (medicamentosa e outras), constituindo um guia sobre a história clínica da pessoa acompanhada (Rodrigues et al., 2017). O prontuário da AB deve contribuir com a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, formatos empregados no nível primário de atenção que, geralmente, diferem dos modelos característicos da assistência em outros níveis de complexidade do SUS (Demarzo, Oliveira & Gonçalves, 2012).

No tocante à Psicologia, a Resolução do CFP nº 1 (2009), alterada pela Resolução do CFP nº 5 (2010), legitima a obrigatoriedade do registro documental das práticas psicológicas

em todos os campos de atuação, afirmando que este deve ser mantido prioritariamente em formato de prontuário. No geral, o prontuário psicológico (termo que designa o prontuário redigido e manuseado de modo exclusivo por profissionais da Psicologia) aborda os aspectos biopsicossociais que costuram as narrativas das pessoas atendidas sobre suas próprias histórias de vida, enfatizando, quando no campo da saúde, eventos relacionados às condições de saúde-adoecimento-cuidado percebidas e/ou declaradas. “O prontuário é um instrumento fundamental na prática do psicólogo, tanto para pesquisa como para intervenção” (Barletta et al., 2012, p. 140), guardando relatos que favorecem a discussão de casos com outros(as) profissionais da área ou mesmo com outros(as) profissionais do campo da saúde.

Nesse sentido, o acervo de prontuários psicológicos redigidos pela psicóloga do NASF-AB de Xique-Xique se caracteriza como fonte rica de informações relativas ao público atendido e à dinâmica clínico-organizacional local dos atendimentos individuais de Psicologia ofertados na AB, de modo que a possibilidade de estudá-lo se afinou com os objetivos da pesquisa que fundamenta esta dissertação. No geral, dados produzidos cotidianamente por órgãos ligados à SMS xiquexiquense são subaproveitados e instrumentos de registro e notificação, a exemplo do prontuário, são qualificados como burocráticos e exaustivos por uma parcela expressiva dos(as) profissionais da rede. Avalia-se que há certo desconhecimento quanto ao potencial que um prontuário resguarda, mas que não é exclusivo do cenário em questão. Essa atitude se repete em muitas localidades, as quais, na maioria das vezes, cumprem a desafiadora missão de planejar na ausência de informações estratégicas para tal. Portanto, dentre outros anseios, almeja-se que os resultados do estudo desenvolvido colaborem para que a fonte de coleta dos dados elegida seja mais bem valorizada por iniciativas futuras.

Procedimentos e Instrumentos Utilizados

A pesquisa adotou as coordenadas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão que instituiu critérios éticos para a condução de estudos com seres humanos, respeitando rigorosamente as condições da Resolução do CNS nº 510 (2016). Em agosto de 2019, seu projeto foi apreciado pela SMS de Xique-Xique, que, na pessoa do secretário de saúde, autorizou sua realização. Em novembro do mesmo ano, encaminhou-se tal projeto para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), obtendo aprovação em junho de 2020¹⁹. A coleta dos dados ocorreu imediatamente após anuência do CEP. Todos os prontuários que cumpriram os requisitos para compor a amostra foram escaneados na íntegra e anonimizados com tarjas pretas sobre nomes próprios e abreviaturas deles. No geral, esses prontuários apresentavam a seguinte estrutura: ficha de triagem; formulário de solicitação do atendimento; folha(s) de evolução dos atendimentos e anexo(s) (documentos apresentados pela pessoa acompanhada, documentos redigidos pela psicóloga e desenhos ou outras produções dos atendimentos).

Com as cópias digitais prontas, cada prontuário recebeu um número de identificação (de 1 a 58). Seguidamente, com o suporte do programa *Excel*[®], da *Microsoft Office*, começou-se a extração manual de informações das fichas de triagem (seções I, II, III, IV, V e VIII) e dos formulários de solicitação do atendimento, as quais serviriam a análises quantitativas. Depois, com o auxílio dos programas *Excel*[®] e *Word*[®], da *Microsoft Office*, passou-se à seleção de dados que suportariam tanto análises quantitativas como qualitativas, tendo os objetivos da pesquisa guiado uma leitura atenta e exaustiva das fichas de triagem (seções VI e VII), das folhas de evolução dos atendimentos e dos anexos. Esses dois processos originaram sete bancos de dados de acesso fácil e dinâmico (ver Apêndice B), que proporcionaram a criação de figuras e tabelas para exposição dos resultados encontrados.

¹⁹Número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 28315019.7.0000.5196.

Outros aspectos relacionados à lapidação e interpretação dos dados coletados, bem como acerca da discussão dos achados serão descritos na próxima seção.

Processamento e Interpretação dos Dados Coletados

Organizados os bancos de dados conforme exposto na seção anterior, primeiramente, realizaram-se análises quantitativas, aplicando técnicas de estatística descritiva ao banco contendo as informações biossociodemográficas. Nessa etapa, também foram apreciados registros acerca da dinâmica clínico-organizacional da assistência prestada, enfatizando: número de atendimentos agendados por pessoa; número de atendimentos realizados por pessoa; número de falta aos atendimentos por pessoa e situação de cada acompanhamento em fevereiro de 2019 (se alta clínica, alta administrativa, alta por solicitação ou em curso). Logo, no capítulo imediatamente posterior, os resultados produzidos expressos quantitativamente serão apresentados em frequências absolutas e relativas e discutidos mediante literatura científica dos campos da Epidemiologia, da Saúde Coletiva, da SM e da Psicologia, a qual inclui a teoria-âncora anteriormente citada, contando, ainda, com referências técnicas publicadas por órgãos oficiais, como a OMS e o MS.

Quanto às análises essencialmente qualitativas, vale destringir que a leitura das fichas de triagem (seções VI e VII), das folhas de evolução dos atendimentos e dos anexos permitiu a reunião de excertos relacionados a vulnerabilidades e experiências de saúde-adoecimento-cuidado. Esses excertos, de acordo com o conteúdo que exprimiam, alimentaram os demais bancos de dados. Entre os conteúdos, destacaram-se: 1) agravos à saúde apresentados pelas pessoas assistidas como motivo da procura pelo atendimento; 2) agravos à saúde percebidos pela psicóloga na avaliação clínica conduzida no atendimento inicial; 3) agravos à saúde mencionados ao longo das evoluções dos atendimentos e 4) marcadores de vulnerabilidade individual, social e programática. Especialmente, a seleção de elementos textuais que demarcavam condições vulnerabilizantes se fundamentou na análise

de vulnerabilidade proposta pela teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde (Ayres et al., 2006, 2009), circunscrevendo relatos sobre situação psicoemocional, vivência de violência, percalços no itinerário de cuidado, dentre outros.

Em posse dos excertos recortados com essa leitura de parte dos registros dos prontuários, sucedeu-se uma tradução aos termos da Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição (CIAP2) (ver Apêndice C) de trechos que indicavam agravos à saúde. A CIAP2 é uma ferramenta adequada à AB, que pode ser utilizada por toda a eAB e permite qualificar questões relacionadas a pessoas e não a doenças, contribuindo operacionalmente com a missão da APS de romper com paradigmas reducionistas e centrados em sinais e sintomas. Com a CIAP2, são categorizados não só os problemas de saúde diagnosticados como também os motivos que levaram à procura pela assistência e as condutas adotadas (Organização Mundial de Faculdades, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família [WONCA], 2009). Particularmente no Brasil, a notificação de informações por meio do e-SUS AB, componente do Sistema de Informação em Saúde para a AB (SISAB), requer o uso da CIAP2 (Brasil, 2017). A Tabela 1 exemplifica a tradução realizada, apresentando fragmentos dos prontuários e seus respectivos códigos via CIAP2.

TABELA 1

Exemplos de tradução de trechos dos prontuários aos códigos da CIAP2

Trecho do prontuário	Código da CIAP2
Ideação suicida com tentativa por enforcamento.	P77 Suicídio/tentativa de suicídio
Luto em decorrência da morte do pai.	Z23 Perda/falecimento de familiar
Atraso no desenvolvimento escolar.	P24 Dificuldades específicas de aprendizagem
Queixa de claustrofobia.	P79 Fobia/perturbação compulsiva
Dificuldade para dormir.	P06 Perturbação do sono
Negligência por parte do serviço de saúde.	Z10 Problema relacionado com sistema de saúde

Em mais um momento de processamento e interpretação dos dados, valendo-se de uma abordagem quantitativa dos achados das análises qualitativas, com o *Excel*[®] e o *Word*[®],

foram construídas tabelas de frequência acerca dos motivos da procura pelo atendimento individual de Psicologia, dos agravos percebidos na avaliação clínica conduzida no atendimento inicial, de outros agravos mencionados na ficha de triagem, dos agravos mencionados nas evoluções dos atendimentos, do compilado destes agravos e dos marcadores de vulnerabilidade (ver Apêndice D). Essas tabelas facultaram saber em quantos prontuários se repetiram uma mesma queixa ou demanda, identificando, por exemplo, o número de pessoas neste universo acometidas por sintomas depressivos ou que referiram ligação entre experiência pessoal de adoecimento e pelo menos um ato ou acontecimento violento. Ainda, estruturou-se uma última tabela de frequência sobre os pontos de atenção do SUS e das redes intersetoriais que, a partir dos atendimentos individuais ofertados e a fim de compartilhar e potencializar o cuidado, foram acionados (ver Apêndice D). Essa informação gerou um quadro sinóptico que, junto aos demais resultados, será discutido no próximo capítulo.

Observa-se que, ao longo das análises qualitativas executadas, inspirada pela vontade de compreender, coube à pesquisadora se colocar mais como uma recolhadora de elementos constitutivos das diversas experiências de saúde-adoecimento-cuidado em questão nos prontuários estudados do que como uma avaliadora à procura de explicações (Dutra, 2002). Portanto, direcionando-se à experiência, dimensão existencial do viver, tal como comunicada por escrito em uma linguagem técnica de prontuário, e tomando como âncoras a teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde (Ayres et al., 2006, 2009) e proposições da Saúde Coletiva, da SM e da Psicologia, o que esteve factível foi uma interpretação, entre tantas outras possibilidades compreensivas das informações acessadas, com a qual se espera, em médio prazo, contribuir para a qualificação do planejamento das ações no SUS de Xique-Xique e, em longo prazo, impactar a qualidade de vida dos(as) xiquexiquenses.

Análise de Vulnerabilidade do Território Xiquexiquense:

Resultados do Estudo de Prontuários Psicológicos da Atenção Básica

Neste capítulo, serão apresentados os achados da pesquisa de que trata esta dissertação. Pela configuração do que foi produzido em termos de resultados, considerou-se conveniente escrevê-los articulados às respectivas discussões que suscitam. Quanto à estrutura, tomando os objetivos do estudo desenvolvido como bússola, no primeiro momento, serão esmiuçadas informações referentes ao perfil biossociodemográfico e às necessidades de saúde-adoecimento-cuidado das pessoas assistidas em atendimento psicológico individual na AB em Xique-Xique, enfocando dados sociodemográficos, histórias e condições clínicas, motivos da procura pela assistência psicológica, aspectos ligados a avaliações feitas pela profissional de Psicologia e vulnerabilidades em saúde. Já na segunda parte, o debate destacará a dinâmica clínico-organizacional da RAS municipal e dos atendimentos individuais de Psicologia ofertados via NASF-AB, apresentando elementos a respeito do acesso à saúde e também compreensões em torno de fatores vulnerabilizantes.

Importa lembrar que, retomando a questão que sustentou a construção desta dissertação, a análise de vulnerabilidade que atravessa os resultados se deu com base na teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde (Ayres et al., 2006, 2009) e a partir das demandas de saúde-adoecimento-cuidado registradas nos prontuários psicológicos pertencentes às pessoas atendidas pelo NASF-AB retratado, abrangendo vulnerabilidades individuais, vulnerabilidades sociais e vulnerabilidades programáticas. Problematizar o produto dessa análise, entre outros efeitos, possibilitará a identificação de meios para a qualificação da assistência psicológica na AB e permitirá que o planejamento das práticas de SM no contexto em foco seja orientado por informações estratégicas. Com isso, no tocante à estética do capítulo, lançou-se mão de figuras e tabelas a fim de tornar a exposição dos dados mais dinâmica e didática.

Ainda, cabe destacar que a chance de generalização dos resultados obtidos com a pesquisa aqui relatada é, evidentemente, parcial, uma vez que a experiência de atuação na AB de Xique-Xique, mesmo que possua elementos em comum com o vivido por outras cidades brasileiras, comporta um enredo próprio e específico, conectado intimamente com a realidade socio sanitária local. Logo, os resultados demonstrados e as discussões propostas devem ser avaliados com cautela, sem perder de vista as possíveis limitações do desenho metodológico adotado. Acredita-se, contudo, que essas ressalvas não restrinjam a relevância e o alcance do estudo, considerando que ele contribui para a diminuição de hiatos existentes, sobretudo, na produção de conhecimentos sobre SM na AB, Epidemiologia dos transtornos mentais na AB, atendimento psicológico na AB e vulnerabilidades aplicadas à saúde.

Perfil Biossociodemográfico e Necessidades de Saúde-Adoecimento-Cuidado das Pessoas Assistidas em Atendimento Individual de Psicologia

Os transtornos mentais não são um domínio exclusivo deste ou daquele grupo especial; eles são verdadeiramente universais. Observam-se transtornos mentais e comportamentais em pessoas de todas as regiões, todos os países e todas as sociedades. Eles estão presentes em mulheres e homens em todos os estágios da vida. Estão presentes entre ricos e pobres e entre pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais. É simplesmente errônea a idéia de que os distúrbios mentais são problemas das áreas industrializadas e relativamente mais ricas. Igualmente incorreta é a crença de que as comunidades rurais, relativamente não afetadas pelo ritmo rápido da vida moderna, não sofrem distúrbios mentais (OMS, 2001, p. 19).

Apesar desses esclarecimentos, de acordo com Barata (2009), há diferenças nos estados de saúde quando são comparados grupos definidos e elas facilmente se expressam se características biossociodemográficas (sexo; cor ou raça; escolaridade; condições de moradia; ocupação; renda; histórico de saúde, entre outras) são examinadas. Destarte, conduzir estudos

que busquem identificar o perfil das pessoas para as quais são implantados os serviços de saúde, bem como as necessidades de saúde-adoecimento-cuidado que as motivam a buscar assistência pode contribuir significativamente com a orientação das ações que serão implementadas. Essa observação atinge diretamente as ofertas sob responsabilidade das eABs e eSFs (que seguem a lógica do trabalho territorializado e voltado a uma população adscrita), reforçando o valor da produção de informações particulares a respeito de determinado grupo populacional para a qualificação do planejamento em saúde e para a disponibilização de cuidados compatíveis com as reais urgências da população.

No âmbito da SM, os dados sobre a situação de saúde-adoecimento em grupos populacionais específicos são escassos, desencadeando uma carência de informações acerca de indicadores de morbidade psíquica (Mello et al., 2007; Santos, Silva, Takara & Mari, 2010). Diante dessa constatação, este trabalho se caracteriza como pioneiro ao eleger o município de Xique-Xique como cenário e uma amostra de sua população como grupo de interesse. É bastante limitada a quantidade de estudos que discutem a prevalência de transtornos mentais e outras questões ligadas à SM abordando populações referenciadas à ESF (Gonçalves et al., 2014) da maneira como se fez com a pesquisa aqui descrita, sem contar que é difícil encontrar na literatura científica publicações que tratem de levantamentos com cenário e população em condições geográficas e socioculturais semelhantes às de Xique-Xique.

Para Rocha, Almeida, Araújo e Virtuoso (2010), a ausência ou insuficiência de informações a respeito da situação de SM das populações é fator contribuinte para uma atenção precária ou mesmo inexistente, tanto no que se refere à oferta de serviços quanto em se tratando da elaboração de políticas de proteção e promoção da saúde. Destarte, ansiando colaborar com o preenchimento de lacunas desse tipo no plano do conhecimento em SM na AB, a partir da próxima seção, serão destrinchadas as interpretações suportadas pelas análises

quantitativas e qualitativas realizadas em torno de variáveis sociodemográficas, variáveis que evidenciam condições de saúde e de acesso à saúde, variáveis que exprimem a dinâmica dos atendimentos individuais de Psicologia via AB na realidade de Xique-Xique e variáveis que remetem ao movimento da RAS local.

Faixa etária: fatores protetores e adoecedores associáveis aos ciclos da vida.

A idade é uma informação importante a ser examinada no tocante ao planejamento das ações de SM, porque a incidência e a prevalência de transtornos mentais apresentam conformações específicas quando intervalos etários são comparados. Em outras palavras, a infância, a adolescência, a vida adulta e a velhice podem desencadear sofrimentos e adoecimentos psíquicos em decorrência de circunstâncias típicas da faixa etária. De acordo com Chaves (2016), uma possível explicação para a maior prevalência de alguns quadros clínicos em uma fase específica é a própria maturidade dos recursos cognitivos e funções psicoemocionais. Outra suposição refere que sutilezas que atravessam as rotinas das pessoas em cada um dos ciclos da vida são capazes de aumentar a exposição ao risco de adoecimento psíquico. Dependendo de qual momento se esteja vivendo, as exigências, obrigações e preocupações enfrentadas podem ser fatores condicionantes da qualidade de vida e do bem-estar biopsicossocial.

Em termos epidemiológicos, os transtornos mentais que ocorrem com mais frequência na infância são os do neurodesenvolvimento e os de comportamento disruptivo e dissocial (Lopes et al., 2016). Entre eles, destacam-se os diagnósticos de transtorno do espectro do autismo (TEA), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno de desenvolvimento intelectual, transtorno de aprendizagem de desenvolvimento e transtorno de comportamento e de conduta (Chaves, 2016). A adolescência, por sua vez, é marcada intensamente por transformações corporais, sociais e de interesses. Estudos de abrangência internacional apontam que adolescentes são mais acometidos(as) por transtornos de

comportamento disruptivo e dissocial e transtornos de humor (Lopes et al., 2016). Contudo, observações que enfocam a dinâmica brasileira acrescentam a esse rol os transtornos do comportamento alimentar, os devidos ao uso de substâncias ou comportamentos viciantes, a ansiedade ou transtornos relacionados ao medo e a esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos primários (Koch & Rosa, 2021).

Segundo a OMS (2001, p. 43), “de modo geral, a prevalência de certos distúrbios tende a crescer com a idade”. Há quadros, por exemplo, em que os primeiros sintomas costumam aparecer no início da vida adulta. Além disso, o aumento significativo da vivência de eventos estressores na fase adulta (trabalho excessivo, busca por dinheiro e estabilidade, exigências sociais e familiares, relacionamentos conjugais etc.) é indicado como marcador de adoecimento psíquico. Os transtornos de humor e a ansiedade ou transtornos relacionados ao medo são listados como os que mais afetam as pessoas adultas. Na velhice ou terceira idade, infelizmente, também não se está livre dos riscos de adoecer psiquicamente. “Dados de prevalência para transtornos mentais em idosos variam bastante, mas uma estimativa conservadora é de que 25% deles tenham sintomas psiquiátricos significativos” (Matsuzaka, 2010, p. 331). Nessa etapa da vida, em que há o distanciamento de filhos(as), a morte de amigos(as) e a crescente perda de habilidades e potencialidades, é comum o surgimento de transtornos de humor (Chaves, 2016) e distúrbios neurocognitivos (Mello et al., 2007).

Na Figura 1, tem-se a distribuição por faixa etária²⁰ das pessoas envolvidas na pesquisa narrada nesta dissertação.

²⁰A definição dos intervalos etários em relação aos ciclos da vida não é universal, nem mesmo há consensos bem estabelecidos. Contudo, no Brasil, inspiradas em parâmetros adotados pela OMS, as políticas públicas de saúde costumam dividir a população em pelo menos quatro faixas: crianças (0 a 10 anos de idade), adolescentes (11 a 19 anos de idade), adultos(as) (20 a 59 anos de idade) e idosos(as) (60 anos de idade ou mais). É assim, por exemplo, com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que abarca pessoas de 0 a 10 anos, e com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que engloba pessoas a partir de 60 anos. Algumas análises consideram, ainda, a categoria juventude como uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da fase adulta. Dessa maneira, frequentemente, pessoas entre 15 e 24 anos também são denominadas de jovens.

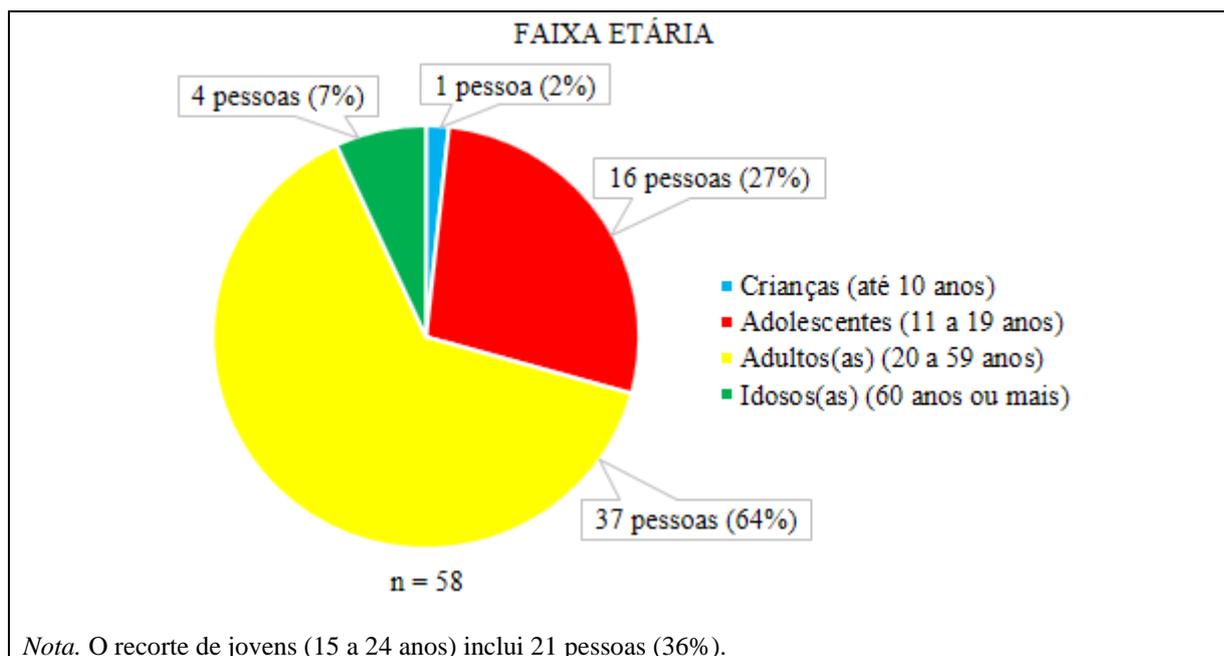
**FIGURA 1**

Gráfico da distribuição por faixa etária das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Em comparação com a pirâmide etária de Xique-Xique (IBGE, 2021), avalia-se que: o percentual de crianças atendidas (2%) na AB pela psicóloga do NASF-AB é ínfimo em relação ao percentual de crianças do município (22%); o percentual de adolescentes atendidos(as) (27%) é um pouco maior que o percentual de adolescentes do município (21%); o percentual de adultos(as) atendidos(as) (64%) é significativamente maior que o percentual de adultos(as) do município (47%) e o percentual de idosos(as) atendidos(as) (7%) é um pouco menor que o percentual de idosos(as) do município (10%). Os segmentos de adolescentes e adultos(as) somam 91% das pessoas atendidas, indicando que estes são os grupos etários que mais demandam o tipo de assistência em questão. Ainda, chama a atenção o fato de o percentual de jovens atendidos(as) (36%) ser consideravelmente maior que o percentual de jovens do município (20%). Na ocasião do atendimento inicial, a pessoa mais nova entre todas as atendidas tinha 8 anos e a mais velha, 85. Em média (\bar{x}), essas pessoas tinham 33 anos, com desvio padrão (σ) igual a 17 anos.

É importante destacar que, provavelmente, a quantidade de crianças e adolescentes atendidos(as) está aquém da proporção de formulários de requisição de atendimento psicológico emitidos para estes intervalos etários, visto que os atendimentos a menores de 15 anos foram restringidos pela gestão municipal no último trimestre de 2017, em decorrência da falta de recursos materiais voltados especificamente ao trabalho clínico com pessoas destas faixas etárias. Atendimentos a esse público (menores de 15 anos) aconteciam em caráter excepcional durante o período pesquisado, tendo abrangido apenas 5 pessoas, o que, conseqüentemente, contribuiu para que a demanda de assistência psicológica para crianças e adolescentes no município fosse reprimida, alongando a fila e o tempo de espera. “Problemas de saúde mental são frequentes em crianças e adolescentes brasileiros” (Bordin & Paula, 2007, p. 112). As taxas de prevalência variam entre 7 e 13%. Para Bordin & Paula (2007), sem os cuidados adequados, grande parte deles(as) se tornará adultos(as) problemáticos(as), por isto, deve-se intervir precocemente, garantido o acesso desses grupos aos serviços de saúde antes que os transtornos se instalem e tornem-se mais refratários.

Como expõe a Figura 1, é expressiva a quantidade de adultos(as) gozando da assistência psicológica, o que encontra ressonância em um estudo multicêntrico brasileiro (Gonçalves et al., 2014), cujos resultados demonstraram que mais da metade de todos(as) os(as) adultos(as) atendidos(as) na AB são classificados(as) como prováveis portadores(as) de TMC. Em levantamento realizado no interior do Rio Grande do Sul (Miranda, Tarasconi & Scortegagna, 2008), a partir de 3.522 prontuários de pessoas entre 0 e 89 anos de idade assistidas em serviços de SM (ambulatórios e hospital), chegou-se à conclusão de que, em comparação com o número de crianças e adolescentes, os grupos de adultos(as) e idosos(as) buscavam por assistência em SM 5 vezes mais naquela localidade, com destaque às pessoas com idade entre 19 e 49 anos, que compunham 68% da amostra. Diante disso, a frequência de adultos(as) em acompanhamento psicológico na AB de Xique-Xique parece explicitar uma

demanda que não é só local e que merece atenção, principalmente na construção de prioridades para a ação em saúde.

Sexo, gênero e Saúde Mental: o acúmulo nocivo de papéis sociais por mulheres.

As diferenças entre os sexos nas análises que abordam prevalência, causalidade e evolução dos transtornos mentais e comportamentais constituem outro ponto usualmente levado em conta nas construções de perfis biossociodemográficos. A porcentagem de mulheres que residem no município de Xique-Xique (51%) é apenas 2% maior que a de homens (49%) (IBGE, 2021). Apesar de a OMS (2001) afirmar, com base em estudos diversos, que “a prevalência geral de transtornos mentais é aproximadamente a mesma no sexo masculino e no feminino” (p. 20) e que as distinções porventura existentes remetem somente à distribuição dos tipos de quadro clínico (por exemplo: a depressão é mais comum no sexo feminino e os transtornos devidos ao uso problemático de álcool e outras drogas ocorrem mais frequentemente no sexo masculino), o número de mulheres assistidas em atendimento individual de Psicologia via NASF-AB em Xique-Xique é marcadamente superior (mais que o dobro) ao número de homens, como mostra a Figura 2 que segue.

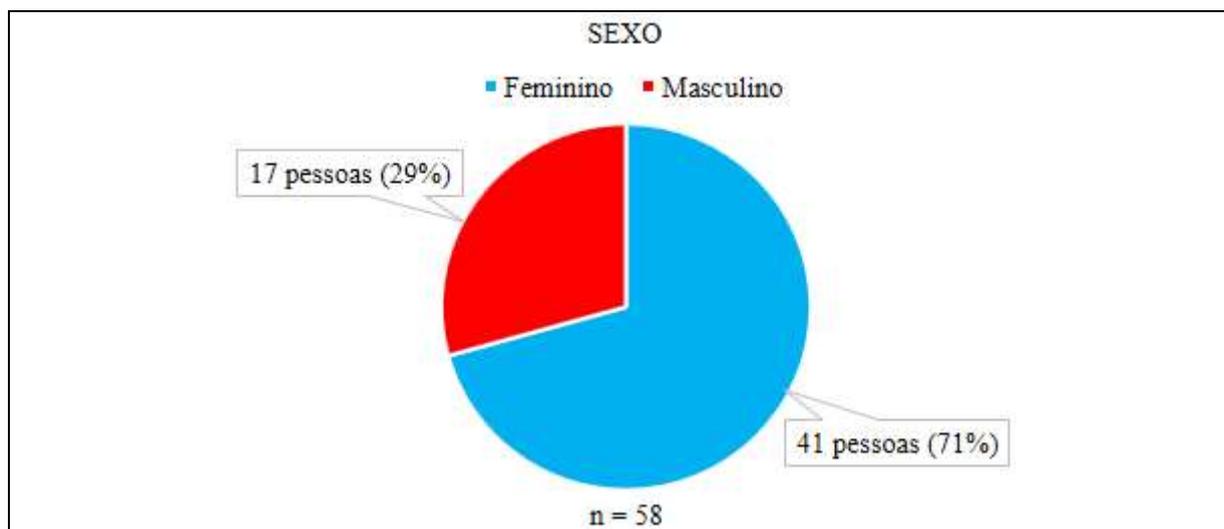


FIGURA 2

Gráfico da distribuição por sexo das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Em revisão integrativa sobre a incidência de transtornos mentais em geral na população adulta brasileira, Hiany, Vieira, Gusmão e Barbosa (2018) constatam que as mulheres são as mais acometidas. Em se tratando de quadros de TMC, Rocha et al. (2010) apontam que na cidade de Feira de Santana, segunda maior do estado da Bahia, a prevalência também é maior na população feminina. As mulheres estão duas vezes mais em risco de sofrer TMC que os homens (Alves & Rodrigues, 2010). Esses achados são compatíveis com outras inúmeras investigações (Anselmi et al., 2008; Araya et al., 2001 como citado em Rocha et al., 2010; Lima, Soares & Mari, 1999 como citado em Rocha et al., 2010; Puerta, Ríos & Del Valle, 2006 como citado em Rocha et al., 2010). Tomando especificamente a AB como cenário de averiguação, a pesquisa multicêntrica de Gonçalves et al. (2014), executada em quatro capitais do Brasil, demonstra que a morbidade psiquiátrica é maior para mulheres e o levantamento de Moreira, Bandeira, Cardoso e Scalón (2011), em um município de médio porte de Minas Geras, registrou que, na ESF, a ocorrência de TMC é realmente mais elevada para o sexo feminino.

É possível que existam mais estressores entre as mulheres, visto que os papéis sociais tradicionalmente desempenhados por elas as expõem a uma exaustão mais elevada, tornando-as menos capazes de abandonar ou mudar os ambientes extenuantes por onde circulam (OMS, 2001). Apesar das inegáveis conquistas, a transformação do lugar da mulher na sociedade, ao mesmo tempo que a livra de algumas condições vulnerabilizantes importantes, pode estar contribuindo com o aumento de certos problemas de SM. “Estudos conduzidos nos Estados Unidos, Suécia e Holanda constataram que as mulheres, além de exercerem as funções oriundas da sua inserção no mercado de trabalho formal, são responsáveis pela maior parte das tarefas domésticas e pela educação dos filhos” (Rocha et al., 2010, p. 635), gerando uma sobrecarga que as assujeita à vivência de conflitos e sofrimentos. Isso sem contar que as altas taxas de violências doméstica e sexual em todas as regiões do mundo também alcançam mais o público feminino (OMS, 2001), ocasionando, corriqueiramente, perturbações da ansiedade e quadros de depressão (Alves & Rodrigues, 2010).

De acordo com Peres (2010), em paralelo aos vários elementos constitutivos dos modos de ser e viver das pessoas, além dos dados sobre o sexo biológico, as questões de gênero são referências indispensáveis para a discussão a respeito dos fatores presentes na expressão dos sofrimentos humanos. Identificados durante a análise de vulnerabilidade que foi aplicada aos registros dos prontuários estudados, trechos das evoluções dos atendimentos psicológicos remetem a um acúmulo nocivo de papéis sociais vivido por mulheres xiquexiquenses, o qual se configura como vulnerabilidade social atrelada a relações intergrupais de gênero. Pelo menos 19 mulheres (46% do segmento da amostra composto por mulheres e 33% do universo amostral) apresentaram relatos de sobreposição de tarefas e esgotamento. São mulheres que, além de todas as outras funções que assumem, ainda cuidam sozinhas dos(as) próprios(as) filhos(as), sem rede de apoio para tal; cuidam dos(as) irmãos(ãs) quando suas mães falecem ou o cuidam dos(as) sobrinhos(as) quando seus(suas)

irmãos(ãs) falecem; cuidam dos(as) familiares idosos(as) ou com deficiência e maternam seus companheiros em suas relações conjugais. Nas palavras de Meira et al. (2017):

A prática das mulheres no exercício do cuidar de membros da família tem raízes históricas. O sentido original do desempenho de papel de cuidadora nas práticas das mulheres, no âmbito familiar, se traduziu em diferentes modos de identificação à medida que os tempos evoluíam. Essas práticas começam com a fecundidade e são modeladas pela herança cultural do cuidado a cargo da mulher para prover proteção, nutrição e abrigo para garantir a manutenção e a continuidade da vida do grupo e da espécie (p. 2).

Por assim dizer, quando alguém da família demanda cuidado, há uma pressão familiar e social para que sejam as mulheres a prestá-lo (Bicalho, Lacerda & Catafesta, 2008; Camargo, 2010; Ferreira, Isaac & Ximenes, 2018; Karsch, 2003). Mesmo quando têm pouca idade ou são menores de 18 anos, também é comum que elas sejam impelidas a chefiar suas famílias, padecendo com o ônus desta custosa responsabilidade. Isso porque, se comparadas a mulheres que desempenham outros papéis dentro do núcleo familiar, as mulheres que se tornam a referência deste grupo estão expostas a mais riscos de desenvolver, por exemplo, sintomas de depressão (Santos & Kassouf, 2007). Relatos como “meu problema sempre foi pensar nos outros e esquecer de mim” (Prontuário 49) ou “acho que venho me anulando” (Prontuário 50) exemplificam o quanto, no geral, essas mulheres acabam fazendo do cuidado do outro uma prioridade em detrimento do cuidado de si, acarretando práticas de autocuidado incipientes ou inexistentes, o que dá brecha à instalação do adoecimento psíquico.

Dessa maneira, frente às mulheres que demandam suporte psicológico, as circunstâncias em debate apontam para a necessidade de uma escuta clínica ética, que imprescindivelmente, leve em consideração as problemáticas relacionadas ao gênero e à desigualdade entre os gêneros, no intuito de ampliar as possibilidades de reflexão acerca dos

modos existenciais e promover um olhar mais atento às histórias de vida das pessoas ou, melhor dizendo, às histórias de vida das tantas mulheres que, quase sempre sobrecarregadas e cansadas, não têm forças para recusar o acúmulo de papéis sociais que lhes é imposto e “dar a cada um os seus problemas” (Prontuário 25). É preciso que o(a) profissional de saúde e, em especial, o(a) psicólogo(a) se desloque de uma práxis centrada no fenômeno psicológico para compor suas condutas junto a outros saberes e próximo(a) a modelos que se apoiem na visão biopsicossocial de ser humano e do cuidado em saúde (Peres, 2010).

Por último, vale ressaltar que alguns(mas) autores(as) explicam casos como o de Xique-Xique, onde as mulheres buscam mais a assistência psicológica do que os homens, sugerindo que o público feminino identifica e admite a ocorrência do sofrimento psíquico mais facilmente (Hiany et al., 2018). Nessa perspectiva, Miranda et al. (2008) acreditam que a procura maior de apoio profissional por mulheres evidencia que elas se sensibilizam mais com o adoecimento ao passo que os homens sentem mais dificuldades para se submeter a um atendimento em SM. No cotidiano das redes de saúde, não é difícil perceber que as mulheres ocupam os serviços em número maior. Por conseguinte, hoje, identificam-se algumas tentativas que objetivam diretamente atrair a população masculina à AB. Anualmente, a campanha Novembro Azul (voltada ao rastreamento do câncer de próstata) tem servido como mote para aproximar os homens das ações de saúde em geral, incluindo as de SM, conscientizando-os da importância do autocuidado. Iniciativas como essa carregam potencial para expandir o debate sobre os vieses de sexo e gênero nas experiências de saúde-adoecimento-cuidado.

Cor ou raça: o peso da desigualdade racial sobre as experiências de saúde-adoecimento-cuidado.

No Brasil, o uso da variável cor ou raça para caracterizar as pessoas que usufruem de ações e serviços de SM é restrito (Damasceno & Zanello, 2018; Silva et al., 2017), mesmo

que cor ou raça constitua um importante marcador de desigualdade social, o que, conseqüentemente, impacta os estados de saúde geral e mental da população. Na compreensão de Giovanetti et al. (2007), para evitar a discussão desse dado nas estatísticas oriundas do SUS, as autoridades sanitárias brasileiras adotaram por muito tempo a justificativa equivocada de que a inclusão do quesito cor ou raça poderia ser interpretada como uma ação discriminatória e racista. Não é incomum que um(a) profissional de saúde sinta receio de perguntar a cor ou raça de uma pessoa, exprimindo o quanto este marcador carrega o peso de construções histórico-culturais. O que parece existir no campo da saúde, na verdade, é um desconhecimento acerca da importância dos aspectos étnico-raciais e das iniquidades relacionadas a eles para o entendimento das experiências de saúde-adoecimento-cuidado (Silva et al., 2017).

A análise de informações a respeito de cor ou raça é capaz de gerar, entre outros conhecimentos, evidências científicas de que o racismo produz sofrimento psíquico. Questões raciais tiveram e têm forte influência na configuração da sociedade brasileira e é inegável que elas podem interferir nas oportunidades educacionais, financeiras e sociais da população (Smolen & Araújo, 2017). Sabe-se, por exemplo, que o Brasil é um país majoritariamente negro e, apesar disto, os(as) pretos(as) e pardos(as), comparados(as) aos(às) brancos(as), alcançam menores níveis de escolaridade e menores rendas (Silva et al., 2017). No quesito saúde, não há um nexo biológico com a cor ou a raça (Smolen & Araújo, 2017), como, em um passado não tão distante, a Psiquiatria propagava²¹. A utilidade de observar essa associação tem a ver com a necessidade de identificar valores sociais que expõem determinados grupos raciais ao sofrimento e ao adoecimento.

²¹As denominadas teorias raciais marcaram intimamente a Psiquiatria, que defendeu por muito tempo que as desigualdades raciais em saúde eram explicadas pela biologia e pela genética (Smolen & Araújo, 2017). Médicos(as) psiquiatras partiam do princípio de que a loucura não escolhia cor, entretanto, nutria relações estreitas com raças consideradas inferiores. Lançaram mão, por exemplo, da ideia de que negros(as) e mestiços(as) se predispunham ao adoecimento mental por serem degenerados(as) por definição (Barros, Batista, Dellosi & Escuder, 2014).

Cor ou raça era um questionamento presente na ficha de triagem que compunha os prontuários das pessoas em atendimento psicológico na AB em Xique-Xique. As respostas ao quesito eram registradas com base na classificação do IBGE (que adota as categorias branca, preta, parda, amarela e indígena) e na heteroidentificação pela profissional de Psicologia (com foco, quase sempre, nas características fenotípicas e, quando compartilhados ao longo do atendimento inicial, incluíam-se na análise os relatos acerca de vivências socioculturais específicas). Vale mencionar que, em meio aos embates teórico-conceituais que tratam de questões étnico-raciais, é chamada de população negra o somatório das pessoas consideradas pretas e pardas (Damasceno & Zanello, 2018). A Figura 3, exibida a seguir, reúne os resultados referentes à categorização racial do público-alvo desta pesquisa.

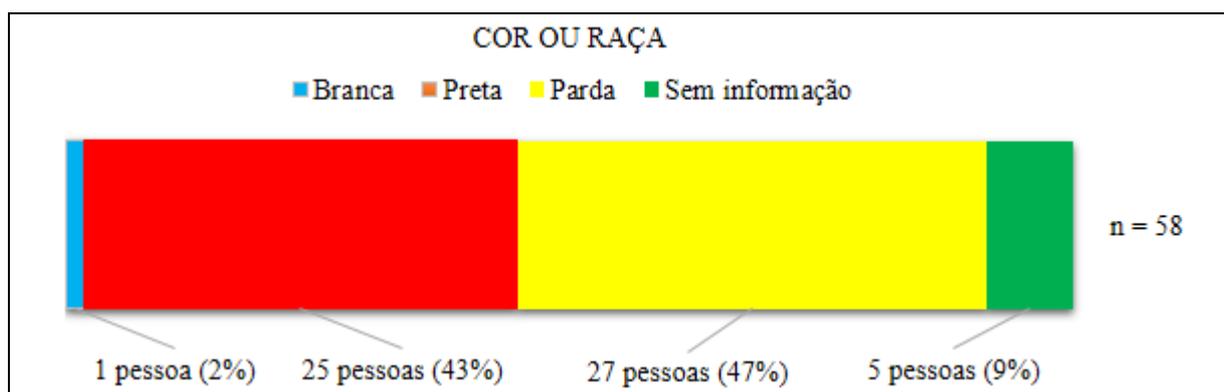


FIGURA 3

Gráfico da distribuição por cor ou raça das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Contrastando com os dados do último CD, do ano 2010 (IBGE, 2021), levantados por meio da autodeclaração, o percentual de pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia que fazem parte da população negra (90%) é um pouco superior à população negra xiquexiquense (81%). A distribuição das pessoas atendidas entre pretas e pardas é o que chama a atenção. A frequência de pessoas pretas assistidas é 3 vezes maior (43%) que a quantidade de pessoas que se declaram pretas no município (14%). Ainda, observa-se que

apenas 1 pessoa (2%) foi classificada como branca e não houve registro de amarelas ou indígenas, o que indica que o grupo populacional de pessoas brancas (18%) quase não tem recorrido ao serviço, que, por sua vez, tem abarcado sobremaneira a população negra e, em especial, as pessoas pretas. Tal apresentação, à luz da teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde, sugere que, no território em exame, elementos ligados à desigualdade racial têm conformado uma vulnerabilidade social, marcando as experiências de saúde-adoecimento-cuidado da população negra.

De um modo geral, por razões históricas, as pessoas brancas possuem maiores níveis de escolaridade e melhores condições financeiras, circunstâncias que facilitariam o acesso delas à assistência psicológica via serviços de saúde privados e, conseqüentemente, refletiria na baixa procura pelo atendimento no SUS. Além disso, estudos apontam que os transtornos mentais são mais prevalentes nas pessoas não brancas do que nas pessoas brancas (Smolen & Araújo, 2017), dinâmica que se repete quando são investigados especificamente os TMCs (Anselmi et al., 2008) ou a depressão (Santos & Kassouf, 2007). Em uma pesquisa realizada por Guimarães, Lopes, Baima e Sichieri (2009), foram identificados mais sintomas depressivos em mulheres negras quando comparadas às mulheres brancas. Nos(as) idosos(as), esses mesmos sintomas são significativamente mais presentes em não brancos(as) que em brancos(as) (Blay, Andreoli, Fillenbaum & Gastal, 2007; Bretanha et al., 2015).

Os registros de óbito do estado de São Paulo para os anos de 1999, 2000 e 2001 indicaram que, como motivo do óbito, os transtornos mentais foram a quarta causa em importância entre os(as) pretos(as), a terceira entre os(as) pardos(as) e não foram listados entre os(as) brancos(as) (Batista, Escuder & Pereira, 2004). Silva (2005) enfatiza que a maioria da população negra vive em incessante sofrimento mental devido, principalmente, às condições de vida precárias atuais e à impossibilidade de anteciper melhor futuro. Essa população tende a ser mais afetada por estressores particulares, como os relacionados à

discriminação, ao preconceito e à segregação social, o que culmina em uma desigualdade na distribuição social do estresse e, por assim dizer, na exposição aos riscos de adoecimento psíquico (Faro & Pereira, 2011). Em outras palavras, o local desprivilegiado de subjetivação do(a) negro(a) afeta tanto a saúde física quanto a mental (Zamora, 2012).

Nessa perspectiva, Lopes (2005) defende que, ainda que brancos(as) e negros(as) tenham as mesmas doenças, a intensidade com que estas experiências de adoecimento se dão e a forma como são cuidadas divergem. A população negra exprime condições de nascer, viver, adoecer e morrer desiguais quando é confrontada com a população branca. As pessoas negras continuam sofrendo com estigmas oriundos da escravização de seus(suas) antepassados(as) e com as inúmeras negligências que acompanharam o advento da abolição da escravatura no Brasil: são as mais pobres, recebem remunerações menores, têm acesso restrito e precário aos serviços de infraestrutura e de saúde (Araújo et al., 2009). Por esses e outros motivos que a promoção da atenção a grupos populacionais com necessidades específicas e em situação de desigualdade por condicionantes étnico-raciais deve ser debatida no contexto do SUS (Barros, Campos & Fernandes, 2014).

Instituída no ano de 2009 pelo MS, A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é um instrumento de reconhecimento das iniquidades em saúde que circundam este grupo populacional no contexto brasileiro, legitimando que o racismo condiciona as experiências de saúde-adoecimento-cuidado de pessoas negras (Brasil, 2016). Essa política específica se configura como uma estratégia de discriminação positiva voltada à promoção da equidade na saúde, garantindo juridicamente espaço para tratar de demandas antigas reivindicadas pelos movimentos negros. A SM da população negra é contemplada no terceiro capítulo da PNSIPN, enfocando a prevenção de agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e da exclusão social e o fortalecimento da atenção à SM de mulheres

negras e homens negros, em especial aqueles(as) diagnosticados(as) com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Damasceno & Zanello, 2018).

No entendimento de Alves e Rodrigues (2010), uma pessoa que é alvo de discriminação e racismo se encontra em uma situação maior de vulnerabilidade para o adoecimento psíquico, porque precisa “lidar com ameaças à autoestima, desigualdades de oportunidades e, com frequência, com a violência que atinge principalmente a juventude negra no Brasil. Todos esses são fatores que podem levar a população negra ao sofrimento psíquico, em formas e intensidades diversas” (Brasil, 2016, p. 24). Mesmo com as diretrizes da PNSIPN, a relação prejudicial entre racismo e SM é frequentemente ignorada na RAPS. Há fortes indícios de que o racismo estruturante da sociedade brasileira multiplica o conjunto de condições vulneráveis que afeta a população negra no país. Portanto, considerando o alto número de pessoas pretas e pardas acompanhadas em atendimento psicológico na AB de Xique-Xique, o planejamento das ações municipais de saúde não pode se furtrar às orientações da PNSIPN.

Estado civil e relações afetivo-sexuais: os danos à saúde provocados por conflitos conjugais.

A nupcialidade também é um marcador rotineiramente presente nas fichas de dados cadastrais e nas pesquisas de levantamento envolvendo pessoas. O estado civil, o estado conjugal e a situação amorosa na qual a pessoa se encontra são elementos importantes a serem observados nos serviços de atenção à SM, visto que as relações conjugais e familiares (incluindo os conflitos que elas acarretam) exercem impacto relevante nas experiências subjetivas de saúde-adoecimento-cuidado. Na literatura, as associações entre estado conjugal ou situação amorosa e transtornos mentais são controversas: alguns estudos descobrem correlações e outros não (Hiany et al., 2018). Rocha et al. (2010), por exemplo, investigando pessoas que residiam em áreas urbanas de Feira de Santana, encontraram que quem vivia sem

companheiro(a) apresentava maior prevalência de TMC. Já Almeida-Filho et al. (2004), pesquisando em Salvador, concluíram que não estar casado(a), quer solteiro(a), divorciado(a) ou viúvo(a), está associado à menor prevalência de depressão, tanto para homens quanto para mulheres.

Especificamente, estado civil é uma expressão jurídica alusiva à situação de uma pessoa em relação ao matrimônio. Alterá-lo exige registro em cartório, o que implica em algumas pessoas manterem uniões consensuais, isto é, viverem em companhia de cônjuge, e permanecerem solteiras no registro civil. O IBGE adota cinco estados civis: solteiro(a); casado(a); viúvo(a); desquitado(a) ou separado(a) judicialmente²² e divorciado(a). De acordo com o Código Civil (2002) brasileiro e com a Lei que suprime as exceções legais permissivas do casamento infantil (2019), não é permitido, em qualquer caso, o casamento de pessoas menores de 16 anos, sendo que, às pessoas entre 16 e 18 (ainda em situação de menoridade) é facultado o casamento somente com autorização de ambos os pais ou de representante(s) legal(is). No CD, contudo, mesmo diante da ilegalidade relativa aos(às) menores de 16 anos, os dados a respeito do estado civil incluem pessoas a partir de 10 anos de idade, agrupando-as por intervalos etários, o que torna impossível desagregar informações referentes à faixa de 16 a 17 anos.

Por esses detalhes, a Figura 4 compila os estados civis declarados pelas pessoas acompanhadas em atendimento psicológico na AB de Xique-Xique, optando por tomar a condição de maioridade civil (que permite o casamento por deliberação da própria pessoa) como referência e, com isto, abrangendo apenas as pessoas de 18 anos de idade ou mais do

²²O desquite teve aplicação até o advento da Lei do divórcio (1977), que, à época, substituiu-o por separação judicial, admitindo as modalidades consensual (amigável) e contenciosa (litigiosa). Com a Emenda Constitucional que suprime o requisito de prévia separação para a dissolubilidade do casamento pelo divórcio (2010), a condição de separação judicial também deixou de existir (Cintra, 2014). Destarte, perante a legislação atual, não são efetuados novos registros de desquite ou separação judicial. Na verdade, nos dias de hoje, as pessoas que se declaram desquitadas ou separadas judicialmente é porque viveram seus processos judiciais de desfazimento do matrimônio anterior a 1977 e a 2010, respectivamente.

universo amostral da pesquisa em questão. De todo modo, ressalva-se que nenhuma das pessoas do grupo de 16 a 17 anos de idade era casada ou viúva ou divorciada.

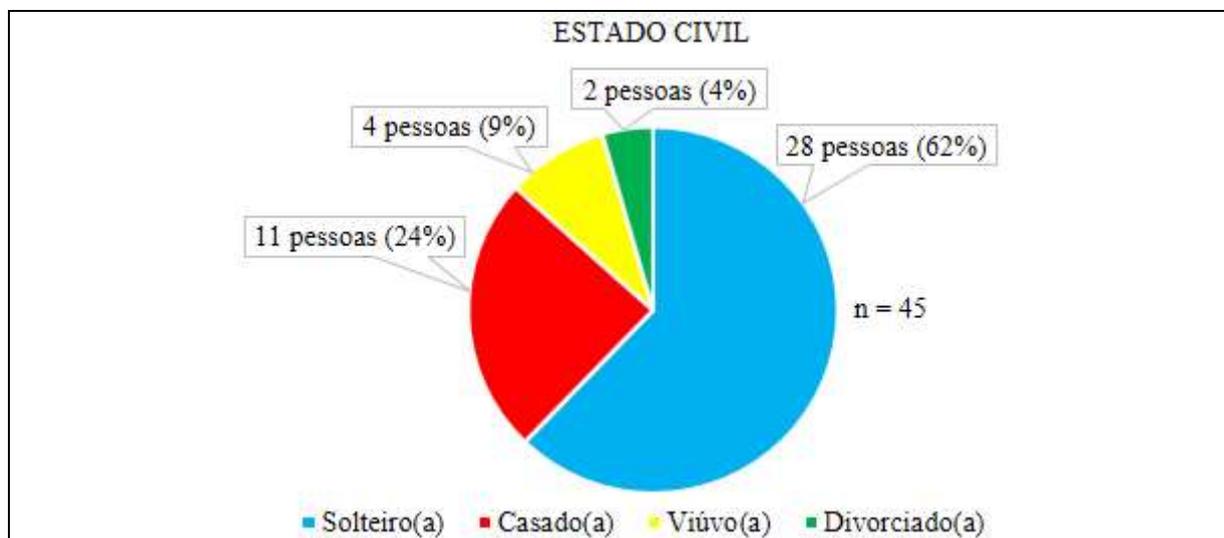


FIGURA 4

Gráfico da distribuição por estado civil das pessoas de 18 anos de idade ou mais assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Em comparação com os dados do CD 2010 (IBGE, 2021), que apontou que 56% da população xiquexiquense de 18 anos ou mais de idade era solteira, 35% era casada, 7% era viúva, 1% era desquitada ou separada judicialmente e 1% era divorciada, percebe-se que: o número de pessoas solteiras em acompanhamento (62%) é um pouco maior que o quantitativo populacional para o mesmo estado civil (56%); o número de pessoas casadas (24%) é menor que o quantitativo populacional para o mesmo estado civil (35%); o número de pessoas viúvas (9%) é discretamente maior que o quantitativo populacional para o mesmo estado civil (7%) e o número de pessoas divorciadas (4%) é discretamente maior que a soma (2%) dos quantitativos populacionais referentes às pessoas desquitadas ou separadas judicialmente (1%) e divorciadas (1%).

No cotidiano, as relações conjugais vividas pelas pessoas nem sempre são mediadas por estados civis. Na tentativa de incluir o que escapa ao registro civil, mas também diz

respeito à nupcialidade, o IBGE fala em estado conjugal, dividindo as pessoas em dois grupos: as que vivem em união/companhia de cônjuge e as que não vivem em união/companhia de cônjuge. No CD 2010 (IBGE, 2021), 58% das pessoas no recorte de 18 anos ou mais de idade que moram em Xique-Xique indicaram viver em união e 42% sinalizaram o contrário, que não viviam em união. Baseado nas informações dos prontuários estudados, foi possível também categorizar as pessoas de 18 anos ou mais de idade da amostra de acordo com a situação amorosa (se solteira, casada ou namorando). Como resultado, tem-se: 33% das pessoas estavam solteiras de fato; 54% viviam em união e 13% estavam namorando. Em suma: apesar de 62% das pessoas atendidas se declararem solteiras nos termos da lei, somente 33% não mantinham um relacionamento amoroso.

Rotineiramente, as pessoas falam sobre as relações interpessoais amorosas ou conjugais como fontes de realização e felicidade. Entretanto, esses relacionamentos despontam como possibilidades de interação que congregam tanto elementos positivos quanto negativos, ora potencializando o bem-estar e a qualidade de vida, ora provocando sofrimento, configurando-se, desta maneira, como um fator de proteção ou um fator de risco à saúde, a depender das circunstâncias (Schlösser, 2014). No contexto da SM, diz-se que identificar as situações de estresse e os modos de enfrentá-las nos relacionamentos amorosos pode ampliar as vivências positivas e a capacidade dos(as) parceiros(as) de resolução de problemas. Principalmente na fase adulta e na velhice, esse tipo de relacionamento se conecta fortemente com a saúde e a qualidade de vida (Norgren et al., 2004). Logo, é indispensável que as relações conjugais sejam consideradas em meio à construção dos projetos terapêuticos das pessoas, importando-se em abordar as expectativas que elas nutrem acerca dos relacionamentos amorosos mesmo se estiverem solteiras.

Sublinhados ao longo da análise de vulnerabilidade aplicada aos registros dos prontuários examinados, fragmentos das evoluções dos atendimentos psicológicos

descortinam que, frequentemente, os conflitos conjugais enredam as experiências de sofrimento e adoecimento das pessoas acompanhadas pelo NASF-AB de Xique-Xique ou mesmo são apontados como a causa central destas experiências. Pelo menos 36% da amostra mencionam problemas de relacionamento com parceiro(a), em menor ou maior gravidade, qualificando este fenômeno atrelado aos relacionamentos interpessoais afetivo-sexuais como uma vulnerabilidade individual (Ayres et al. 2006, 2009) vastamente presente no território em estudo. Declarações como “às vezes, no meu casamento, deixo de viver por amor e passo a viver por pena” (Prontuário 26), “não me sinto feliz no meu casamento e tenho medo de me acabar junto com meu marido” (Prontuário 42) ou “sinto-me viúva com marido vivo” (Prontuário 41) ocultam acontecimentos conjugais traumáticos, quase sempre atravessados por insegurança, dependência, submissão, desamparo, solidão, ausência de prazer e violência, que remetem a prejuízos à SM importantes, interferindo diretamente na percepção de autorrealização dos(as) envolvidos(as).

No caso de Xique-Xique, onde o percentual de solteiros(as) de fato (33%) é significativo (mesmo que evidentemente menor que o percentual de pessoas em um relacionamento amoroso [67%]), os(as) profissionais clínicos(as) devem estar preparados(as) para abordar questões típicas a uma dinâmica de vida solo, buscando meios de promover saúde a partir deste arranjo. Todavia, os dados sugerem que a atenção com aqueles(as) que dividem o dia a dia com parceiros(as) deve ser redobrada, voltando-se à investigação cautelosa dos modos como eles(as) manejam os conflitos conjugais quando ocorrem (Mosmann & Falcke, 2011). Apesar da abertura a experiências desagradáveis e adoecedoras (como o ciúme patológico e a própria separação), não se deve esquecer que “uma relação conjugal com adequada comunicação provê o casal de relações sociais significativas e nível apropriado de apoio material, emocional, econômico, instrumental e de informação, o que medeia positivamente a sua relação com o meio” (Scorsolini-Comin & Santos, 2012, p. 13).

Portanto, é imperioso que as práticas de cuidado acolham demandas oriundas dos relacionamentos amorosos, sobretudo na AB orientada pela ESF, que tem a família como uma entidade fundamental.

(D)efeitos da escolarização: a baixa escolaridade como fator de risco ao adoecimento.

Os efeitos da educação formal ou escolarização sobre os processos de saúde-adoecimento também costumam ser questionados durante a construção de perfis biossociodemográficos. Há inúmeras evidências dos retornos positivos da escolarização para a saúde, especialmente porque tal vivência proporciona melhores condições de trabalho e renda e maior valorização social, influenciando as experiências de saúde física e mental das pessoas (Santos e Kassouf, 2007). O acesso à escola, que se sugere que aconteça desde a primeira infância, estimula a adoção de comportamentos considerados mais saudáveis e a criação de possibilidades para o futuro, contribuindo, de algum modo, com a promoção do bem-estar psicológico (Rocha et al., 2010). Nas ocasiões em que os serviços de saúde são procurados, o grau de instrução de uma pessoa pode até mesmo facilitar a comunicação dela com a equipe que a assistirá.

Sem negar que as inter-relações entre aprendizado e saúde são complexas e mutáveis ao longo da vida, Alves e Rodrigues (2010) ressaltam que a educação está no rol dos principais condicionantes socioeconômicos da SM. Alguns estudos apontam, por exemplo, correlações da escolarização com a percepção de felicidade e com menores taxas de depressão (Hammond, 2002 como citado em Santos & Kassouf, 2007). Embora seja provável que o nível de instrução, quando comparado a outros fatores, tenha efeito apenas marginal em quadros clínicos como o depressivo (Chevalier e Feinstein, 2004 como citado em Santos & Kassouf, 2007), a literatura internacional sugere que a educação se configura tanto como um fator de proteção ao adoecimento psíquico quanto como um elemento que potencializa o

cuidado e a restauração da saúde, além de ser uma variável passível de intervenção direta por parte de políticas públicas que visem melhorar a SM da população (Santos & Kassouf, 2007).

O sistema educacional brasileiro é dividido em educação básica e ensino superior. De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (1996), a educação básica se estende dos 4 aos 17 anos de idade e engloba a educação infantil (voltada a crianças de 4 a 5 anos de idade), o ensino fundamental (para crianças a partir de 6 anos de idade, com duração de 9 anos) e, depois, o ensino médio (com duração de 3 anos). Espera-se que as pessoas sejam alfabetizadas na infância, ao longo dos 3 primeiros anos do ensino fundamental, entre 6 e 8 anos de idade, conforme descreve o texto da Lei que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) (2014) vigente. Todavia, Marsiglia, Silveira e Carneiro (2007) apontam que, embora com tendência de declínio, o analfabetismo é elevado no país. No ano de 2009, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) indicou que, aproximadamente, 8% da população brasileira era analfabeta e, em comparação com as demais regiões, o Nordeste respondia pela maior taxa: em torno de 16% (IBGE, 2021).

Na Figura 5, as pessoas de 9 anos de idade ou mais atendidas pela psicóloga do NASF-AB de Xique-Xique são caracterizadas quanto à condição de alfabetização.

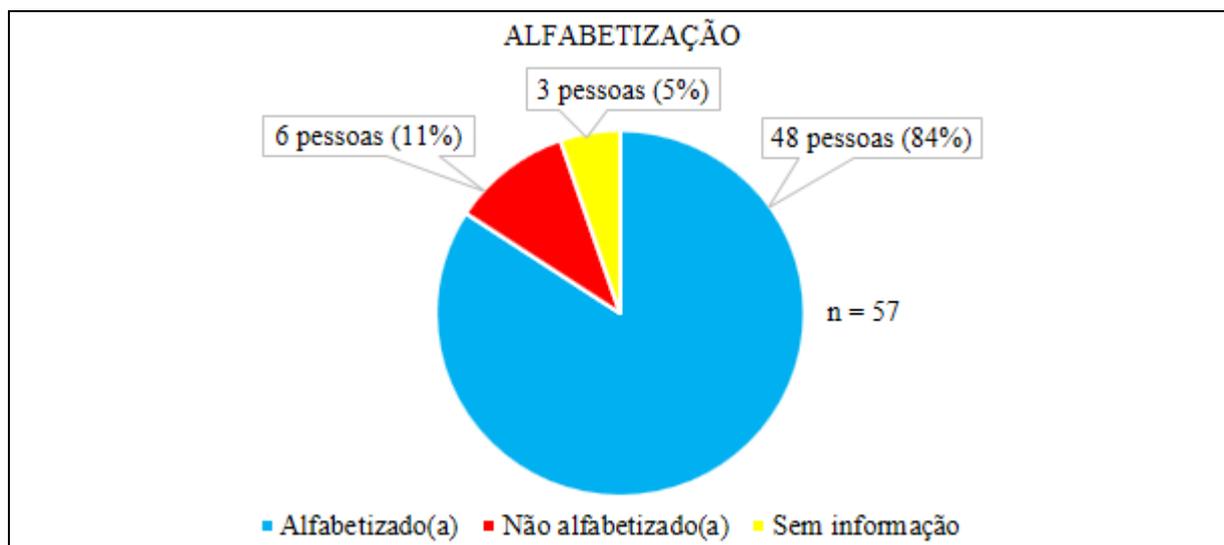
**FIGURA 5**

Gráfico da distribuição por condição de alfabetização das pessoas de 9 anos de idade ou mais assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Vê-se que 57 pessoas dessa amostra tinham 9 anos de idade ou mais e, entre elas, no mínimo, 6 (11%) não eram alfabetizadas, sendo que pelo menos 1 mulher adulta e 3 mulheres idosas (7%) sequer tiveram acesso à escola. No CD 2010, o percentual de pessoas com 9 anos de idade ou mais da população xiquexiquense que não eram alfabetizadas alcançou 21%, quantitativo ainda mais significativo que o do universo amostral (11%) e que as taxas de analfabetismo dos(as) nordestinos(as) (16%) e brasileiros(as) (8%) na PNAD de 2009. Já o percentual de moradores(as) de Xique-Xique que nunca frequentaram a escola atingiu 9% no CD 2010, revelando-se semelhante à amostra (7%) (IBGE, 2021). Destarte, entendendo que a alfabetização é um caminho para reduzir a desigualdade social e democratizar melhores oportunidades, em 2012, foi lançado o Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa (PNAIC), um compromisso formal e solidário assumido entre governo federal, estados, Distrito Federal e municípios (Portaria do PNAIC, 2017), que compromete as políticas

públicas locais com a ampliação do acesso à escolarização e, por conseguinte, com o combate ao analfabetismo.

Como marcador, geralmente, a escolarização é mensurada por anos de estudo ou por níveis de escolaridade. Segundo a própria LDB (1996), aos 17 anos de idade, os(as) adolescentes devem estar em fase de conclusão do ensino médio, momento que coincide com o fechamento da educação básica em si. No entanto, “grande parte da população brasileira tem educação formal limitada” (Marsiglia et al., 2007). Dentre as pessoas envolvidas no estudo, 45 tinham 18 anos de idade ou mais e apenas 20 deste grupo (44%) possuíam diploma de conclusão do ensino médio, número que, apesar de baixo, é superior aos 21% da população de Xique-Xique com 18 anos de idade ou mais que concluíram o ensino médio (IBGE, 2021). A Figura 6 permite explorar essa configuração da amostra.

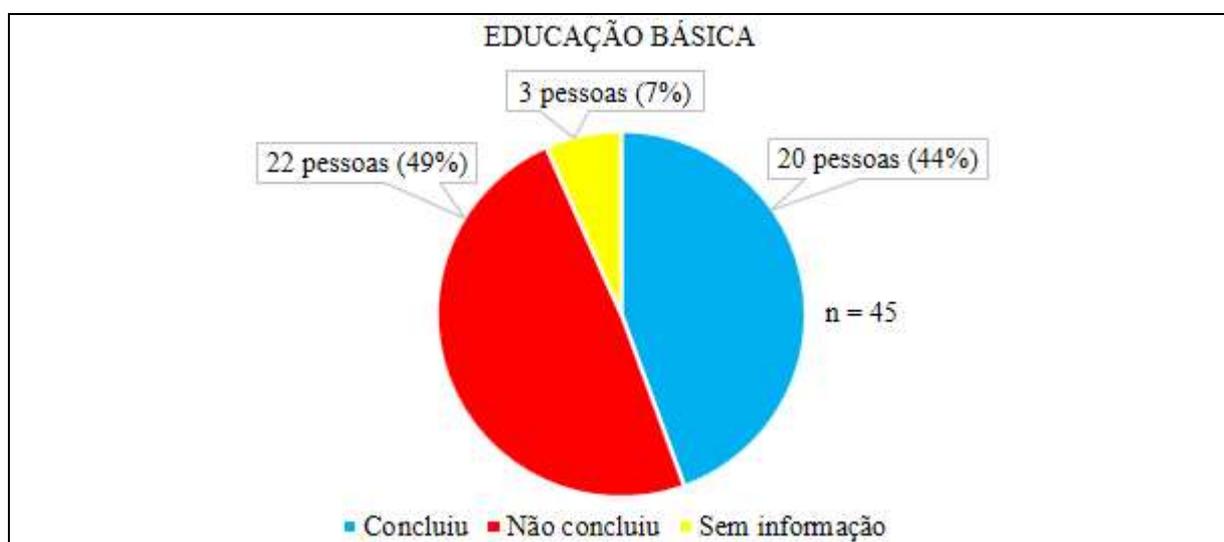


FIGURA 6

Gráfico da distribuição por situação em relação à educação básica das pessoas de 18 anos de idade ou mais assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Em meio às 22 pessoas de 18 anos de idade ou mais que não concluíram a educação básica (49%) retratadas no gráfico (Figura 6), 9% nunca frequentaram a escola, 24%

abandonaram os estudos (20% abandonaram no ensino fundamental e 4% abandonaram no ensino médio) e 16% estavam matriculadas (11% cursando o ensino fundamental e 5% cursando o ensino médio) na data de preenchimento da ficha de triagem. Esses dados refletem a importância de projetos como a Educação de Jovens e Adultos (EJA), uma modalidade de ensino, criada pelo governo federal, destinada a jovens, adultos(as) e idosos(as) que não tiveram acesso à educação formal na idade apropriada, incentivando pessoas que nunca frequentaram a escola ou abandonaram os estudos a concluírem o ensino fundamental e/ou médio em um tempo mais curto que o do ensino regular (LDB, 1996). Prova disso é que, em 2010, 7% do total de munícipes xiquexiquenses frequentando creche ou escola estavam vinculados ao EJA (IBGE, 2021).

Dando seguimento, a Figura 7 enfoca uma análise de todo o conjunto de prontuários incluídos na pesquisa, classificando as pessoas atendidas a partir dos seus respectivos níveis de instrução mais elevados ou níveis de escolaridade.

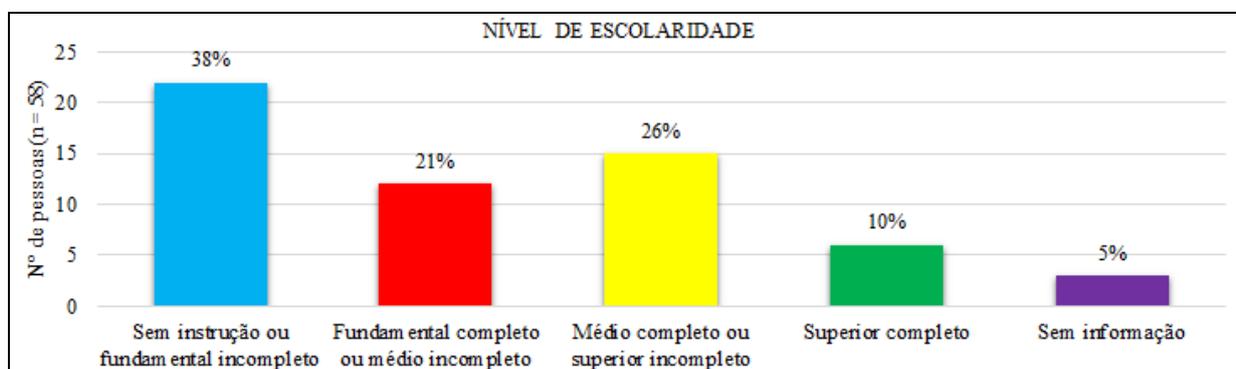


FIGURA 7

Gráfico da distribuição por nível de escolaridade das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Observou-se que recortes do IBGE levantam informações sobre o nível de escolaridade apenas das pessoas de 10 anos de idade ou mais, desprezando a condição dos(as) menores de 10 anos. Contudo, visto que a amostra incluiu somente 1 pessoa com menos de

10 anos de idade, os dados da Figura 7, mesmo abrangendo todos os prontuários, são passíveis de serem contrastados com os resultados do CD 2010 (IBGE, 2021). Logo: enquanto 68% da população de Xique-Xique não têm instrução ou têm ensino fundamental incompleto, só 38% das pessoas em acompanhamento psicológico na AB não tinham instrução ou tinham ensino fundamental incompleto; enquanto 15% dessa população têm ensino fundamental completo ou médio incompleto, 21% da amostra tinham ensino fundamental completo ou médio incompleto; enquanto 14% dessa população têm médio completo ou superior incompleto, 26% do universo amostral tinham médio completo ou superior incompleto e enquanto 2% dessa população têm superior completo, 10% das pessoas atendidas pela psicóloga do NASF-AB tinham superior completo.

Esses resultados sinalizam que, em Xique-Xique, proporcionalmente, em relação às características populacionais, quanto mais alto o nível de escolaridade de uma pessoa, mais facilmente ela usufruirá do serviço em questão, confirmando a expectativa da OMS (2001) de que um baixo nível educacional pode impor uma barreira de acesso aos cuidados em saúde difícil de transpor, lesando aqueles(as) que, em virtude deste mesmo fator, já se encontram em maior risco de adoecimento psíquico. Entretanto, é expressiva a fração da população xiquexiquense sem instrução ou com educação básica incompleta (83%) e são as pessoas que compõem estes segmentos que ocupam a maioria das vagas para atendimento individual de Psicologia no NASF-AB (59%), o que, em uma análise de vulnerabilidade facultada pela teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde (Ayres et al., 2006, 2009), configura a baixa escolaridade que marca o território como uma vulnerabilidade social.

Diante desse panorama, faz-se pertinente mencionar que Gonçalves et al. (2014) acreditam que a ocorrência de problemas de SM é maior entre os(as) brasileiros(as) com escolarização precária e, especificamente na ESF, a morbidade psiquiátrica acomete mais este grupo. O risco de desenvolvimento de TMC também é aumentado para pessoas com menos

anos de estudo (Moreira et al., 2011). Vários levantamentos têm demonstrado essa forte associação inversa entre o nível educacional e a ocorrência de TMC (Alves & Rodrigues, 2010; Rocha et al., 2010). Outrossim, as principais definições a respeito do desenvolvimento de transtornos mentais de início tardio sugerem que a baixa escolaridade é fator de risco (Biasoli, Moretto & Guariento, 2016).

Recentemente foi descoberto que o baixo índice de escolaridade entre os idosos é um fator de risco extremamente importante para o desenvolvimento de doenças mentais. A baixa escolaridade está associada a pior autoavaliação da memória, maior incidência de demências, piora dos sintomas depressivos, maior comparecimento aos serviços médicos, aumento do consumo de medicamentos e elevada prevalência de queixas inespecíficas (Coelho, 2019, para. 5).

No tocante às pessoas envolvidas na pesquisa que possuíam, no mínimo, ensino médio completo (36%), 16% delas encerraram os estudos no ensino médio, 2% cursaram magistério, 3% faziam um curso técnico, 3% completaram um curso técnico, 2% cursavam nível superior e 10% terminaram um curso superior. Dentre os cursos técnicos procurados, foram mencionados Análises Clínicas, Eletromecânica, Enfermagem e Meio Ambiente. Na graduação, o curso de Pedagogia foi escolhido por mais da metade (7%) das pessoas que alcançaram o nível superior (12%) e as demais (5%) preferiram ou Enfermagem ou Serviço Social ou Sistemas de Informação. Na opinião de Araya, Lewis, Rojas e Fritsch (2003), quanto mais elevado o nível educacional, menor a ocorrência de TMC. Níveis de escolaridade mais altos podem, por exemplo, reduzir as chances de desenvolvimento de quadros depressivos (Santos e Kassouf, 2007).

Alguns debates internacionais acerca dos reflexos da escolarização na saúde enfatizam que um nível de instrução mais elevado possibilita conquistar empregos melhor remunerados, condições de habitação mais confortáveis e maior inclusão social (Fried et al., 2010 como

citado em Alves & Rodrigues, 2010; Patel & Kleinman, 2003 como citado em Alves & Rodrigues, 2010). Por outro lado, como enfatizam pesquisadores(as) nacionais, um nível educacional mais baixo se liga, frequentemente, ao desemprego, à pobreza e à exclusão social, variáveis que devem ser levadas em consideração na promoção da acessibilidade aos serviços de saúde (Ludermir & Melo, 2002; Marsiglia et al., 2007). É fato que a urbanização e a ampliação da abrangência das políticas públicas brasileiras têm oportunizado diversos meios de formação e profissionalização. Todavia, como demonstram os dados supracitados, grande parte da população ainda tem educação formal limitada (Biasoli et al., 2016). Então, é necessário seguir fomentando as políticas públicas de educação, o que, além de combater a pobreza, a desigualdade, o trabalho infantil, a criminalidade, entre outros problemas sociais, provavelmente, mobilizará positivamente a saúde das pessoas e seus grupos (Santos & Kassouf, 2007).

Ademais, vale constar que experiências estrangeiras apontam que, em si mesma, a vivência de processos educativos abriga certo potencial terapêutico, alargando as possibilidades de cuidado às pessoas acometidas por adoecimento psíquico (Schuller et al., 2002 como citado em Santos e Kassouf, 2007). Para pessoas que abandonaram a vida estudantil e porventura lidem com algum tipo de enfermidade física e/ou mental, no cenário internacional, há evidências de que o retorno à escola atua como tratamento coadjuvante no reestabelecimento da saúde (James, 2003 como citado em Santos & Kassouf, 2007). Portanto, na tentativa de prevenir altas incidências e prevalências de transtornos mentais, de garantir a oferta de atividades terapêuticas para além dos serviços de saúde e de se responsabilizar pela transformação do perfil de escolaridade da população xiquexiquense, é mister pensar um projeto à longo prazo que articule as políticas locais de saúde e educação, no intuito de que cada vez mais pessoas tenham condições de estudar.

Espiritualidade e religião: vivências constitutivas dos modos de subjetivação.

Espiritualidade e religião²³ conformam uma dimensão também levada em conta na análise do perfil biossociodemográfico e das necessidades de saúde-adoecimento-cuidado de uma população. Por definição, religiosidade remete a sistemas complexos, multifacetados e dinâmicos de credos, símbolos e ritos, organizados para mediar as experiências com o sagrado ou o transcendente (Monteiro, Reichow, Sais & Fernandes, 2020). No Brasil, dadas as razões históricas, as vivências religiosas são inerentes às práticas culturais. Mesmo os(as) não adeptos(as) ou não praticantes de uma religião recebem influências de preceitos morais religiosos. Aos(Às) adeptos(as), além de outras funcionalidades, em muitos momentos, a vivência religiosa atua como recurso de enfrentamento de dificuldades diversas, incluindo o cuidado a demandas existenciais que se ligam à SM. Todavia, é válido destacar que a religião institucionalizada tanto pode ser protetora e promotora da saúde como adoecedora (Rabelo, 1993), tendo em vista a variabilidade dos rituais, bem como dos princípios que os sustentam.

De modo geral, relatos de pesquisa publicados em revistas médicas e psicológicas nas últimas duas décadas mostram uma associação positiva entre envolvimento religioso e SM (Lima, 2019; Monteiro et al., 2020), exprimindo a importância de discussões em torno da dimensão espiritual para as práticas em saúde. No CD 2010 (IBGE, 2021), a maioria dos(as) brasileiros(as) (89%) declarou ter uma religião. A seguir, a Figura 8 expõe uma categorização por dimensão espiritual das pessoas abordadas no estudo que fundamenta esta dissertação.

²³Espiritualidade e religião são constructos multidimensionais altamente imbricados, que só podem ser distinguidos na relação com o campo empírico que os convoca (Hill et al., 2000). Neste trabalho, dada a função discursiva que cumprem, suas diferenças não serão enfatizadas.

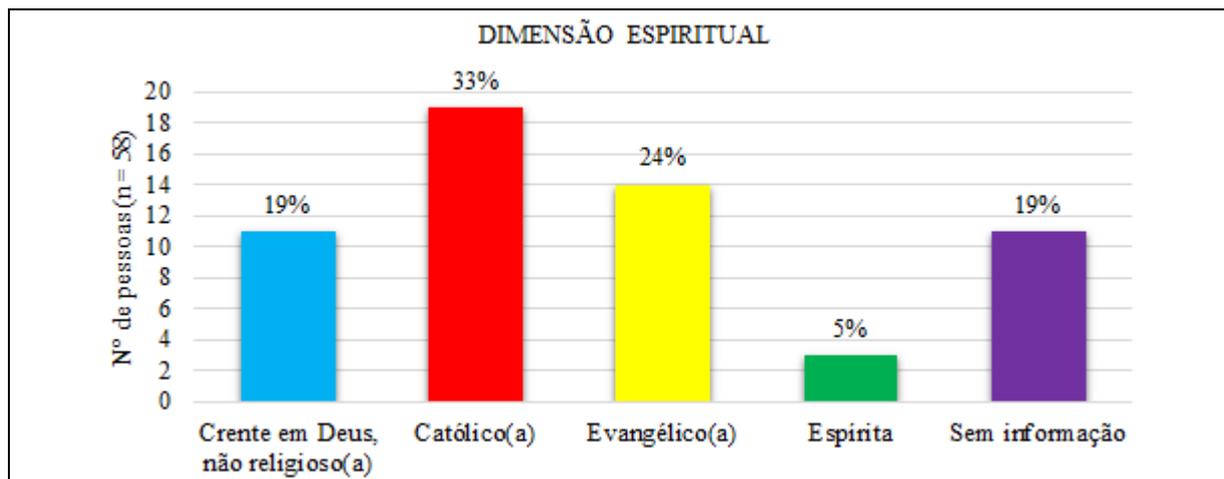


FIGURA 8

Gráfico da distribuição por dimensão espiritual das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Em Xique-Xique, 9% dos(as) habitantes afirmam não praticar uma religião, parcela que abarca os(as) munícipes crentes em Deus, porém não religiosos(as) e um ínfimo número de ateístas. Quanto àqueles(as) que se assumem religiosos(as) (91%), 80% são católicos(as), 9% são evangélicos(as) e 2% são vinculados(as) a outros sistemas (ou Espiritismo ou Umbanda ou Candomblé ou religiões orientais) (IBGE, 2021). Essas proporções divergem consideravelmente do panorama construído a partir dos prontuários das pessoas que buscaram assistência psicológica na AB (Figura 8). Entre as pessoas atendidas, 19% eram crentes em Deus, não religiosas, 33% eram católicas, 24% eram evangélicas e 5% eram espíritas. Nessa distribuição, o que chama a atenção é a quantidade de prontuários que não continham registros a respeito da dimensão espiritual (19%), sugerindo que a investigação deste quesito tem se dado de modo marginal nos atendimentos realizados, por vezes provocando um silenciamento da dimensão religiosa na prática clínica (Lima, 2019).

Por certo, existe uma porção de dilemas abrangendo a intervenção clínica psicológica e a temática da religião. Isso porque, com o objetivo de respeitar questões éticas, quando não são trazidos pelas próprias pessoas atendidas, determinados aspectos ligados à religiosidade

são manejados discretamente pelos(as) profissionais de Psicologia. Contudo, “a presença do religioso no modo de construir e vivenciar o sofrimento mental tem sido observada por muitos dos pesquisadores” (Dalgalarrodo, 2007, p. 32), o que reitera a importância de investigar esta condição, a fim de compreender se os costumes religiosos, constitutivos dos modos de subjetivação, figuram, para aqueles(as) que os têm, como fator de promoção da saúde ou como elemento reforçador de sofrimentos e adoecimentos. No cenário xiquexiquense, sem perder de vista a diversidade de dimensões espirituais que conta a história do território, é indispensável que os(as) psicólogos(as) lidem com os atravessamentos religiosos nas experiências de saúde-adoecimento-cuidado acolhidas, buscando legitimar os sentidos, os alívios, as redes sociais de apoio e os movimentos de vida produzidos a partir da aproximação com determinados credos.

Dito isso, cabe ressaltar que, apesar dos benefícios cientificamente apontados de uma vivência religiosa positiva para a manutenção ou restauração da saúde, na assistência às pessoas que se apresentam como não religiosas por escolha, sejam elas crentes em Deus ou ateístas, não deve partir do(a) profissional de Psicologia o estímulo à experimentação ou adoção de hábitos religiosos. A religiosidade marca os modos de subjetivação de maneira individual, o que requer que a experiência espiritual seja examinada caso a caso, respeitando o direito daqueles(as) que, mesmo em meio a uma cultura massivamente religiosa, decidem não seguir uma doutrina. Em outras palavras, apoiar que vivências religiosas positivas sejam tomadas como recurso de cuidado deve se restringir aos projetos terapêuticos das pessoas que levantam esta possibilidade, cabendo aos serviços contribuírem com a construção dos projetos das pessoas sem religião ou ateístas apresentando outros tipos de estratégias, nunca propondo a via religiosa, muito menos uma vertente religiosa específica.

Zona de domicílio: particularidades dos bairros urbanos e das comunidades rurais.

Especialmente na AB, que se propõe territorializada e comunitária, identificar a zona (se urbana ou rural) e o bairro de domicílio das pessoas assistidas é imprescindível. Essas informações ajudam a traçar geograficamente o perfil socio-sanitário da população, conhecimento estratégico ao planejamento da atenção. Muitos estudos têm discutido os impactos da urbanização na saúde (Vlahov, Galea, Gibble & Freudenberg, 2005), no entanto, os achados não são uníssomos. Chaves (2016) sugere que morar em cidade grande favorece o aparecimento de sintomas ansiosos e Santos e Kassouf (2007) indicam que residentes da zona urbana têm maior probabilidade de serem acometidos(as) por um quadro depressivo. Contudo, não se pode afirmar que os(as) moradores(as) de áreas rurais estão protegidos(as) de agravos com potencial para desencadear ansiedade patológica e depressão, visto que também neste contexto, como descrevem Alves & Rodrigues (2010), existem incontáveis estressores, dentre eles: isolamento; dificuldades de deslocamento e comunicação; restrição de oportunidades de estudo e trabalho e barreiras no acesso aos serviços.

Na verdade, a vida na cidade grande é frequentemente associada aos maiores riscos de desenvolvimento de transtornos mentais porque as pessoas reconhecem mais facilmente o caráter nocivo de circunstâncias características deste cenário, tais como: enfraquecimento de laços familiares e comunitários; sobrepopulação; dificuldades de acesso a bens essenciais (como alimentação adequada e moradia de qualidade); estilos de vida menos saudáveis (atrelados à poluição e à prática incipiente de exercício físico); maior frequência de situações estressantes que não podem ser controladas no plano individual (como meios de transporte lotados e níveis mais elevados de violência) e menor apoio social (Alves & Rodrigues, 2010; OMS, 2001). Porém, independentemente da zona, se urbana ou rural, em cada território, não de ser examinados arranjos particulares, a fim de compreender como os hábitos e as

experiências de saúde-adoecimento-cuidado da população de interesse são circunscritos, partindo sempre do pressuposto de que em todo lugar existem tanto elementos protetores quanto adoecedores.

Na Figura 9, visualiza-se a distribuição por zona e bairro de domicílio das pessoas acompanhadas em atendimento individual de Psicologia na AB de Xique-Xique.

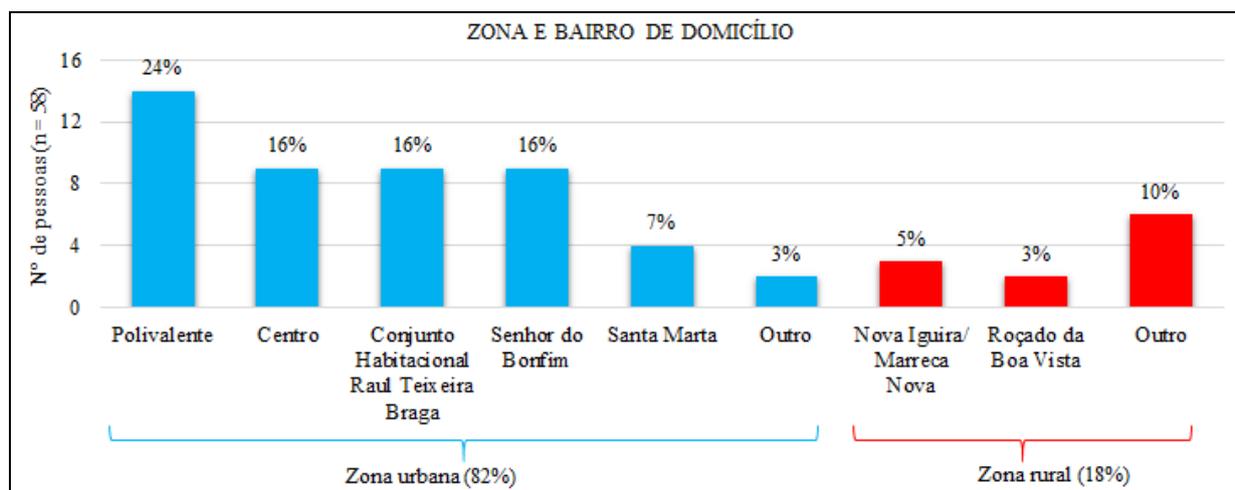


FIGURA 9

Gráfico da distribuição por zona e bairro de domicílio das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Com uma população 71% urbana e 29% rural (IBGE, 2021), Xique-Xique é um conglomerado de 3 distritos, sendo 1 urbano (Distrito de Xique-Xique) e 2 rurais (Distrito de Copixaba e Distrito de Iguiara). De acordo com a Lei que delimita os bairros da zona urbana do município de Xique-Xique (2021), o Distrito de Xique-Xique se divide em 13 bairros: Centro; Conjunto Habitacional Raul Teixeira Braga; Da Paz; Henrique Sampaio/Guaxinim; Paramelos; Pedrinhas; Polivalente; Ponta da Ilha; Santa Marta; São Francisco; Senhor do Bonfim; Zona Comercial e Zona Hospital Julieta Viana. Por sua vez, a faixa rural é composta, em sua maioria, por comunidades ribeirinhas, incluindo as inúmeras que vivem em ilhas. Apesar de, em comparação com a distribuição territorial da população, a diferença não

ser expressiva, os dados acerca das pessoas alcançadas com esta pesquisa sugestionam que os(as) residentes da zona rural têm acessado menos a assistência psicológica via AB (18%). Isso faz sentido quando considerado que, no intervalo analisado, os atendimentos individuais de Psicologia, mesmo que vinculados ao NASF-AB, serviço volante, não aconteciam no espaço físico das UBSFs e nem em qualquer estabelecimento localizado na zona rural.

Os atendimentos individuais disponibilizados pela psicóloga do NASF-AB se davam nas dependências do CSJVS, localizado no bairro Senhor do Bonfim. A garantia de oferta desse tipo de atendimento a partir da lógica territorial e comunitária (preconizada pela perspectiva teórica do apoio matricial e pelo projeto político do NASF-AB), deslocando o(a) profissional até a UBS ou UBSF de referência para a pessoa que demanda assistência, aproximando-o(a) in locu de realidades levadas à escuta clínica, pode contribuir com a diminuição das barreiras do acesso a serviços de saúde que assolam as populações rurais e isoladas geograficamente, além de permitir que agravos e recursos terapêuticos particulares sejam (re)conhecidos. Pelos compromissos ético-políticos de assegurar um SUS universal e equânime e de contextualizar e ampliar a prática clínica, é sensato que a gestão em saúde de Xique-Xique invista cada vez mais em tornar a rede acessível às comunidades rurais, superando, de uma vez por todas, a cultura das intervenções itinerantes, campanhistas e, por vezes, alheias a condicionantes de saúde-adoecimento típicos desta zona.

Em estudo realizado pelo NASF-AB, já mencionado neste documento, com cinco UBSFs da zona urbana e quatro da zona rural, as questões relacionadas à SM, incluindo o uso problemático de álcool e outras drogas, foram classificadas como prioritárias tanto pelas eSFs urbanas como pelas rurais (Miranda, 2018), alertando para a urgência de se identificar as peculiaridades de cada zona e bairro, a fim de articular ações que respondam a contento às necessidades dos territórios. No intervalo considerado pela pesquisa que embasa esta dissertação, Xique-Xique dispunha de sete UBSFs urbanas (localizadas nos bairros Conjunto

Habitacional Raul Teixeira Braga, Paramelos, Pedrinhas, Polivalente, Ponta da Ilha, Santa Marta e Senhor do Bonfim) e cinco rurais (alocadas nos povoados de Boa Vista, Copixaba, Marreca Velha, Nova Iguira/Marreca Nova e Utinga), sendo que a dos Paramelos, a do Santa Marta e a da Marreca Velha eram recém-inauguradas. Ainda, o CSJVS contava com duas eABs, que atendiam pessoas domiciliadas em localidades que não possuíam UBS ou UBSF, as denominadas áreas descobertas.

Pela Figura 9, percebe-se que a maioria das pessoas em acompanhamento psicológico residiam no Polivalente (24%) e em outros 3 bairros urbanos (Centro, Conjunto Habitacional Raul Teixeira Braga e Senhor do Bonfim). Desses, apenas o Centro não dispõe de UBS ou UBSF própria, de modo que seus(suas) moradores(as) contam com a UBSF do bairro Paramelos e com o CSJVS. No tocante à zona rural, somente uma localidade que possui UBSF (Nova Iguira/Marreca Nova) se destaca, a qual, inclusive, entre os quatro povoados com UBSFs instaladas, é a mais próxima da zona urbana, facilitando o deslocamento. Nesse quesito, cabe questionar: o que tem restringido o acesso ao atendimento de Psicologia, via NASF-AB, das pessoas referenciadas às outras UBSFs rurais? Em busca de respostas a essa pergunta, é importante examinar, novamente, as condições do acesso e a acessibilidade à assistência em questão (Cunha & Vieira-da-Silva, 2010; Donabedian, 1988), bem como averiguar a sensibilidade das equipes rurais para o manejo de situações de SM na AB, principalmente dos(as) profissionais de nível superior, que ficam responsáveis pela prescrição do atendimento individual de Psicologia.

Em relação aos bairros que aparecem com maiores frequências na Figura 9, sugere-se que seja ampliada a capacidade de oferta da assistência psicológica individual, investindo-se também em ações coletivas, que cumpram o papel de desvelar as necessidades comunitárias e envolver ativamente os(as) moradores(as) na construção dos projetos de cuidado. Uma imersão mais atenta nessas regiões permitirá que sejam listados recursos terapêuticos pré-

existentes, a fim de que as eAB e eSF os potencialize, na esteira pela melhoria da qualidade de vida da população. Já para os povoados rurais que contam com UBSF de referência, mas não sobressaem na Figura 9, indica-se que as equipes matriciadoras busquem estreitar laços com estes territórios, lançando mão de outros mecanismos de comunicação com as eSFs, a fim de integrar a RAS e preencher os vazios assistenciais que resistem. Diante da realidade geográfica de Xique-Xique, é fundamental que as comunidades rurais não sejam negligenciadas sob o famigerado pretexto de que as comunidades urbanas sobrecarregam o sistema, requerendo mais zelo. Tem-se com as comunidades rurais uma dívida histórica.

Habitação e saúde: repercussões das condições de moradia.

Moradia compõe o conjunto de bens e serviços considerados essenciais à preservação da dignidade humana (Marsiglia et al., 2007). Do ponto de vista epidemiológico, as condições de habitação se caracterizam como determinantes socioeconômicos de SM (Alves & Rodrigues, 2010) e, por assim dizer, quando precárias, constituem fator de risco ao adoecimento psíquico. Dados da literatura científica apontam, por exemplo, que circunstâncias habitacionais inadequadas, insegurança habitacional e mudanças frequentes de moradia são fatores ambientais desfavoráveis à saúde, contribuindo para o aumento da taxa de prevalência de TMC (Lopes, Faerstein & Chor, 2003; Moreira et al., 2011). Desse modo, muitos quadros de transtorno mental exigem soluções psicossociais para o reestabelecimento da saúde, as quais incluem investimentos em prol de habitação apropriada (OMS, 2001). Para Saraceno (2016a), moradia, educação e trabalho conformam o tripé da reabilitação psicossocial, eixo de sustentação da Reforma Psiquiátrica.

Nessa perspectiva, pessoas em situação de desabrigo estão mais expostas ao risco de adoecimento em geral e, em particular, de adoecimento mental, além de envolvidas por maior risco de mortalidade (Alves & Rodrigues, 2010; OMS, 2003). Na opinião de Alves e Rodrigues (2010), “uma habitação condigna proporciona abrigo, não só físico mas também

psíquico” (p. 129). Dentre diversas informações passíveis de serem analisadas frente ao objetivo de lançar compreensões a respeito das condições de habitação de uma pessoa ou comunidade, na Figura 10, apresenta-se a distribuição por situação do imóvel de residência das pessoas assistidas pela psicóloga do NASF-AB de Xique-Xique.

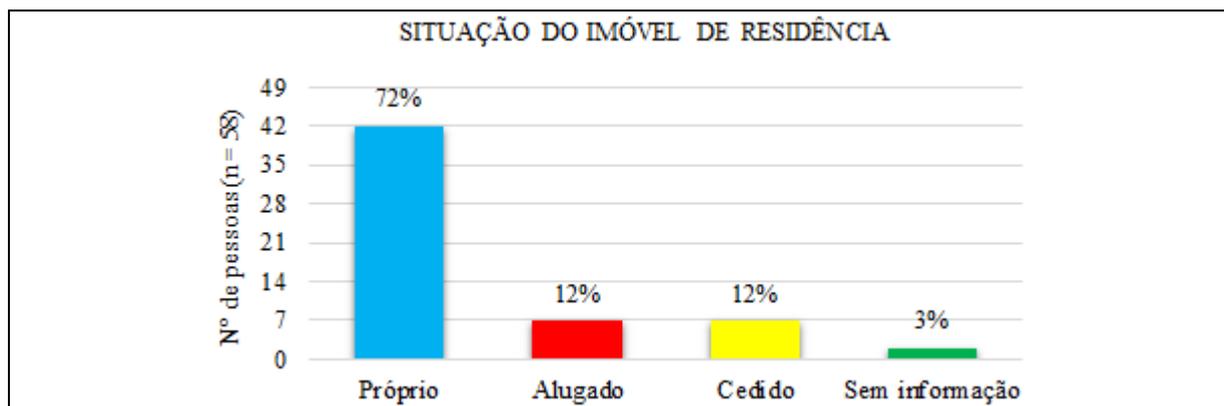


FIGURA 10

Gráfico da distribuição por situação do imóvel de residência das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

A maioria das pessoas em atendimento psicológico na AB do município em questão residem em um imóvel familiar próprio (72%), sendo que 12% moram de aluguel e 12% vivem em uma casa cedida por parente ou conhecido(a). Esse resultado se assemelha à configuração populacional expressa no CD 2010, que aponta que 80% dos(as) munícipes xiquexiquenses possuem residência própria, 12% pagam aluguel, 7% contam com um domicílio cedido e 1% mora em imóvel em outra situação. No tocante à saúde, o fato da maioria dos(as) moradores(as) de Xique-Xique ter casa própria representa um fator de proteção. Contudo, é imperioso que se questione se essas moradias apresentam condições adequadas. Na metade da década de 1990, pelo menos 5 milhões de residências brasileiras não contavam com infraestrutura apropriada, sendo que a maior parte delas pertenciam a pessoas de baixa renda (Marsiglia et al., 2007). Por isso, mesmo na realidade xiquexiquense,

é preciso fortalecer a implementação de políticas habitacionais, estimulando melhores condições de moradia e combatendo ameaças à segurança habitacional.

Outro aspecto comumente observado nos estudos a respeito da habitação é o número de moradores(as) de um domicílio. Em geral, concorda-se que a superlotação associada à infraestrutura precária configura cenário sanitário desfavorável à saúde. Segundo Santos e Kassouf (2007), a estrutura familiar, perpassada pela situação da moradia e pelo número de membros(as) da família reunidos(as) no domicílio, pode implicar perda de SM e, mais especificamente, surgimento de sintomas depressivos. No Brasil, em meados de 1990, cerca de 4 milhões de residências abrigavam uma quantidade excessiva de pessoas e a maior parte delas pertenciam a famílias de baixa renda (Marsiglia et al., 2007). A seguir, a Figura 11 apresenta, em paralelo, o número de moradores(as) no domicílio da população de Xique-Xique e o número de moradores(as) no domicílio das pessoas abordadas com a pesquisa em foco na presente dissertação.

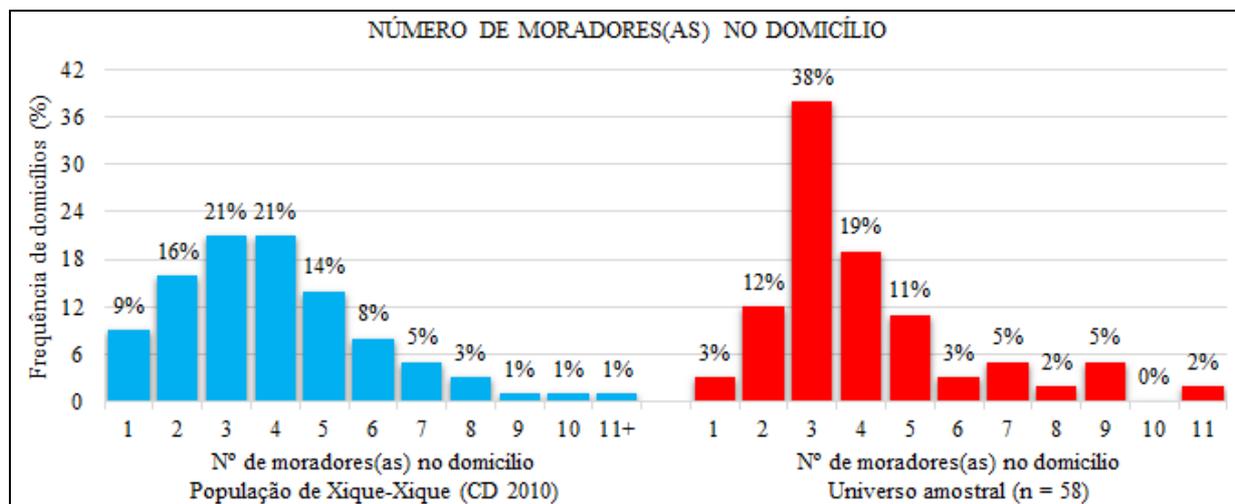


FIGURA 11

Gráfico comparativo da distribuição por número de moradores(as) no domicílio da população de Xique-Xique, Bahia, Brasil e das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, neste mesmo município.

Em média, o núcleo familiar no Brasil tem aproximadamente quatro pessoas (IBGE, 2021). Apenas em 17% das moradias do país habitam 6 ou mais pessoas. Todavia, as diferenças regionais são notáveis: as maiores aglomerações são presenciadas no Norte, no Nordeste e no Sudeste, onde de 26 a 34% dos domicílios abrigam mais de 6 pessoas (Marsiglia et al., 2007). Nesse contexto, a cidade de Xique-Xique possui 11.618 residências, sendo 8.447 (73%) urbanas e 3.171 (27%) rurais, acompanhando a média nacional de 4 moradores(as) por domicílio (IBGE, 2021). Como exprime a Figura 11, 27% das casas das pessoas da amostra apresentam lotação acima das médias local e nacional, índice pouco inferior aos 33% de domicílios xiquexiquenses que possuem lotação acima destas médias. Portanto, em relação ao número de moradores(as), é uma minoria da população desse município que vive em condições de superlotação.

Como contraponto, é interessante ressaltar que alguns levantamentos indicam que quanto maior o tamanho da família residente em um imóvel, menor será a probabilidade de um(a) membro(a) deste grupo sofrer com sintomas depressivos, visto que o percentual de homens e mulheres que moram sozinhos(as) é significativamente maior entre pessoas com depressão, levando a supor que a solidão é um fator de risco para este transtorno (Santos & Kassouf, 2007). Entretanto, mais que uma família grande dividindo o mesmo teto, é indispensável que as condições de moradia sejam acolhedoras a todos(as) que nela habitam, garantindo o respeito às individualidades e prevenindo o aparecimento de conflitos interpessoais que, segundo a teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde de Ayres et al. (2006, 2009), circunscrevem vulnerabilidades individuais. Por isso, elementos que vão além da estrutura física de um lar, como o relacionamento familiar, precisam ser avaliados. Uma seção mais adiante trará minúcias acerca do impacto dos desentendimentos familiares na SM.

Trabalho e renda: marcas da inclusão/exclusão das pessoas na/da vida coletiva.

Principalmente nos sistemas capitalistas de produção, o trabalho se apresenta como tarefa exaustivamente cobrada pela sociedade, configurando-se como fator de inclusão/exclusão das pessoas na/da vida pública e coletiva (Saraceno, 2016a). No campo da SM, ele remete a um dos maiores desafios dos processos de Reforma Psiquiátrica: a reinserção social pelo trabalho de pessoas que, sob o diagnóstico de transtorno mental, são taxadas de inaptas ou improdutivas (Miranda & Cabral, 2016; Rodrigues, Marinho & Amorim, 2010). Em meio a essas circunstâncias, trabalho e renda constituem uma dimensão de análise quase sempre presente nas pesquisas em saúde, englobando informações acerca das atividades ou profissões com as quais as pessoas se ocupam, da situação delas junto ao mercado de trabalho (se ativas, se aposentadas, se desempregadas etc.), da renda e das fontes de renda que elas possuem, dentre outras. De modo geral, a estabilidade e a satisfação no trabalho se ligam a melhores níveis de saúde e bem-estar (Alves & Rodrigues, 2010).

De acordo com a OMS (2001), a maioria das questões de SM requerem respostas psicossociais que apoiem a geração de emprego e renda e garantam benefícios previdenciários ou assistenciais àqueles(as) que, temporária ou permanentemente, não dispõem de condições de saúde favoráveis ao exercício de atividades laborais. Estudos indicam que fatores socioambientais, como dificuldades financeiras e desemprego, impulsionam o crescimento da taxa de prevalência de transtornos mentais, em especial dos TMCs (Lopes et al., 2003; Moreira et al., 2011; Rocha et al., 2010). Para Rocha et al. (2010), uma renda insuficiente pode levar a situações de estresse e insegurança capazes de desencadear quadros clínicos de TMC. Destarte, frequentemente, a baixa renda está relacionada a eventos de vida estressantes e ao desempenho insatisfatório de papéis sociais, gerando problemas psicológicos (como autoestima prejudicada) e tornando as pessoas mais suscetíveis ao adoecimento psíquico (Lopes et al., 2003; Moreira et al., 2011).

No Brasil, de acordo com a CF (1988) e com uma Emenda Constitucional que modifica o sistema de previdência social (1998), qualquer trabalho é proibido a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos de idade. Ancorado nessa prescrição legal, População em Idade Ativa (PIA) é um indicador etário, utilizado no contexto trabalhista, que corresponde ao número de pessoas teoricamente aptas ao desenvolvimento de uma atividade econômica, isto é, todas as pessoas de 16 anos de idade ou mais de uma população. Particularmente em Xique-Xique, a PIA perfaz 66% do contingente populacional e outros 5% conformam o grupo de adolescentes entre 14 e 15 anos de idade, que não estão autorizados(as) a vínculos de trabalho, contudo podem se inserir no mercado via iniciativas de aprendizagem. Com relação à população brasileira, a PIA totaliza 74% e a faixa entre 14 e 15 anos de idade, 4% (IBGE, 2021). Já no universo amostral estudado, 88% das pessoas em atendimento fazem parte da PIA e não há menção de atividades de aprendizagem ou trabalho infantil²⁴ por parte dos 7% com 14 ou 15 anos de idade, bem como não há registro de trabalho infantil pelos 5% menores de 14 anos.

Por sua vez, o marcador População Economicamente Ativa (PEA) compreende o potencial de mão-de-obra da PIA com que a economia pode realmente contar. Via de regra, para dimensioná-la, são contabilizadas a maioria das pessoas que atingiram a idade mínima para trabalhar, excetuando as aposentadas, as acometidas por deficiências incapacitantes permanentes (conjunto que, na linguagem da Previdência Social, também engloba determinados diagnósticos de transtorno mental grave e persistente) e as denominadas desalentadas (que não querem trabalhar ou desistiram de procurar emprego). A PEA se subdivide em ocupada (grupo de pessoas que têm um trabalho, mesmo que estejam

²⁴Trabalho infantil é o exercício laboral que infringe a dignidade de crianças e adolescentes, prejudicando o desenvolvimento físico e mental e a escolarização deles(as). Todo trabalho realizado por criança ou adolescente abaixo da idade mínima de admissão no mercado é qualificado como trabalho infantil. Nas formas mais extremas, essa prática violenta envolve escravização, separação da família, exposição a sérios riscos e agravos à saúde, abandono, entre outras violações de direito. (Organização Internacional do Trabalho [OIT], 2021).

temporariamente afastadas de suas funções) e desocupada (grupo de pessoas que não têm um trabalho, mas estão em busca). Segundo o CD 2010, no período pesquisado, 38% da população xiquexiquense faziam parte da PEA, estando 34% ocupados e 4% desocupados, ao passo que, a nível nacional, 48% dos(as) brasileiros(as) compunham a PEA, estando 44% deles(as) ocupados(as) e 4%, desocupados(as)²⁵ (IBGE, 2021).

Em contrapartida, População Não Economicamente Ativa (PNEA) ou População Economicamente Inativa (PEI) é o conceito adotado para classificar o grupo de pessoas que não integram o mercado de trabalho, porque, via de regra, ainda não alcançaram a idade mínima ou já se aposentaram ou são acometidas por deficiências incapacitantes permanentes. Em Xique-Xique, município que, como visto, tem uma pirâmide etária jovem, cerca de 62% da população representa a PEI. No Brasil, esse percentual é de 52% (IBGE, 2021). Tomando essas classificações como base, a Figura 12 categoriza as pessoas assistidas pela psicóloga do NASF-AB nessa localidade quanto à situação trabalhista em que se encontravam no momento do atendimento inicial.

²⁵No Brasil, nos últimos anos, a taxa de desocupação (porcentagem de pessoas na força de trabalho que estão desempregadas) está em crescimento. Dados da PNAD para o primeiro trimestre de 2021 estimam que quase 15 milhões de brasileiros(as) em idade ativa não têm um emprego, o que equivale a cerca de 7% da população total e a uma taxa de desocupação de, aproximadamente, 15%. Entre as regiões do país, o Nordeste e o Sul respondem, respectivamente, pelo maior e pelo menor número de pessoas em idade ativa que se encontram desempregadas. Em média, do último trimestre de 2017 ao primeiro de 2019 (intervalo que engloba os meses retratados na pesquisa a que esta dissertação se refere), a taxa de desocupação brasileira bateu 12% (IBGE, 2021).

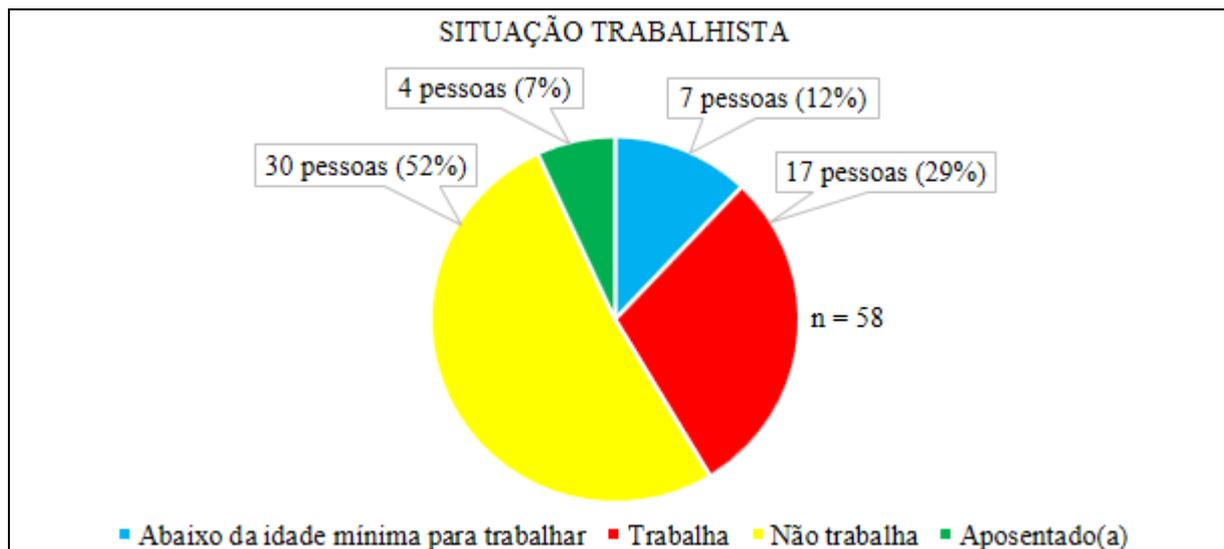


FIGURA 12

Gráfico da distribuição por situação trabalhista das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Na amostra, 81% das pessoas integram a PEA, sendo que 29% delas se encontram ocupadas e 52% estão desocupadas ou desempregadas, percentual este claramente discrepante, segundo o CD 2010, dos quantitativos de desocupados(as) em nível municipal (4%) e em nível nacional (4%) e da média das taxas de desocupação brasileira para o intervalo abordado com a pesquisa (12%), de acordo com a PNAD (IBGE, 2021). O desemprego é um fenômeno discutido mundialmente, em virtude das repercussões negativas individuais e coletivas que gera (Barros & Oliveira, 2009). Dentre essas repercussões, destacam-se o aumento de doenças e da mortalidade precoce, além de prejuízos à SM (Alves & Rodrigues, 2010). Pessoas em situação ocupacional inativa padecem com maior frequência de sofrimentos relacionados a autoestima prejudicada, humor deprimido, estresse, ansiedade, distúrbios do sono, sentimentos de vergonha e humilhação. Atravessados(as) por insegurança econômica, não é incomum que os(as) trabalhadores(as) desempregados(as) tenham vínculos socioafetivos fragilizados e direitos restringidos ou mesmo intensifiquem o consumo de

drogas. Tudo isso eleva a incidência de ansiedade patológica, depressão, transtornos somatoformes ou psicossomáticos e até suicídio (Hiany et al., 2018).

Caracterizado como uma vulnerabilidade social frente à teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde (Ayres et al., 2006, 2009), o desemprego, além de implicar exclusão social e estigma, torna as pessoas mais suscetíveis ao adoecimento psíquico (Alves & Rodrigues, 2010). Em levantamento realizado em capitais brasileiras, Gonçalves et al. (2014) evidenciaram que a morbidade psiquiátrica na AB é mais elevada para desempregados(as). Os resultados da pesquisa de Modesto e Santos (2007), em Cachoeira, Bahia, Brasil, também sugerem que a maioria das pessoas em idade produtiva que chegam na ESF com queixas de SM estão fora do mercado de trabalho. Considerando especificamente as pessoas em idade ativa e desempregadas em acompanhamento psicológico no NASF-AB de Xique-Xique (52%), chama a atenção o fato da metade (26%) estar matriculada em atividade formal de ensino, sendo: 13 estudantes da educação básica (22%), 1 estudante de nível técnico (2%) e 1 estudante de ensino superior (2%). Tal cenário retoma a discussão retratada na seção que enfoca a escolarização, levando a supor que a baixa escolaridade e, conseqüentemente, a qualificação profissional incipiente podem estar interferindo negativamente na entrada, estabilidade ou recolocação no mercado das pessoas em questão.

No tocante às pessoas da amostra que participam da PEI (19%), 12% são crianças e adolescentes que não alcançaram a idade mínima para desenvolver atividades de trabalho e 7% são idosos(as) que se aposentaram. Essa porcentagem de idosos(as) constitui a totalidade de pessoas deste segmento etário participando da pesquisa. Ou seja, nenhum(a) idoso(a) acompanhado(a) pela psicóloga do NASF-AB no período investigado estava em atividade econômica. Vale lembrar que, com o incremento da longevidade observado no Brasil e no mundo, é esperado um número cada vez maior de aposentados(as), bem como o aumento do tempo de permanência das pessoas nesta condição (Panozzo & Monteiro, 2013). Todavia,

ante um sistema nacional de produção que hipervaloriza os vínculos ativos de trabalho e até discrimina quem compõe a PEI (ainda que seja alguém que trabalhou arduamente por décadas), a aposentadoria também tem sido apontada como fator de risco ao desencadeamento de transtornos mentais, principalmente os de início tardio (Biasoli et al., 2016). Por isso, apesar de inexpressiva ante o número de aposentados(as) envolvidos(as) no estudo executado, não se deve esquecer que a correlação entre desvinculação das atividades profissionais e SM se mostra um tema relevante à saúde pública.

Nesse quesito, como medidas preventivas e/ou terapêuticas do adoecimento psíquico, é fundamental que o(a) psicólogo(a) avalie de que modo as tendências observadas no mundo do trabalho afetam as pessoas que demandam assistência. Em alguma medida, esse(a) profissional deve se comprometer com a mobilização de setores e órgãos estratégicos (como o Sistema Único de Assistência Social [SUAS], o Instituto Nacional do Seguro Social [INSS] e os sindicatos), a fim de que políticas públicas de emprego, trabalho e renda, que facultem à população o desenvolvimento de habilidades profissionais, sejam implementadas, sem perder de vista a importância da implantação de programas de preparação para a aposentadoria (Panozzo & Monteiro, 2013). A seguir, a Figura 13 auxilia na discussão de outras características da amostra sobre trabalho e renda, reunindo as ocupações ou profissões declaradas pelas pessoas que exercem uma atividade laboral.

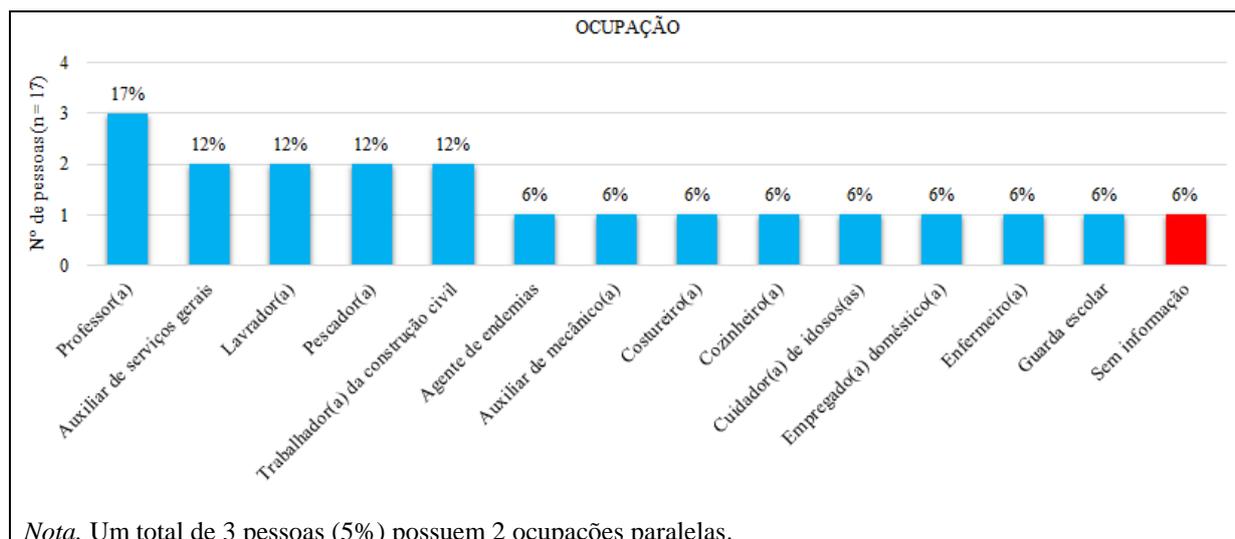
**FIGURA 13**

Gráfico da distribuição por ocupação das pessoas de 16 anos de idade ou mais com vínculo(s) de trabalho ativo(s) assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

A PEA ocupada se distribui nos três setores da economia: 1) o primário, no qual são desempenhadas atividades ligadas diretamente à matéria-prima (agricultura, pecuária, piscicultura, extração mineral e vegetal etc.); 2) o secundário, no qual a matéria-prima é modificada (indústria, construção civil, geração de energia etc.) e 3) o terciário, no qual há prestação direta de serviços à população (comércio, serviços de saúde, atividades de ensino, assessoria jurídica etc.) (Pochmann, 2020). Localidades com baixo desenvolvimento econômico e tecnológico têm a maior parte dos(as) trabalhadores(as) ativos(as) concentrados(as) no primeiro e no segundo setor. Contudo, um setor terciário em destaque não necessariamente é sinônimo de alta performance econômica, pois é comum neste setor que os serviços sejam tocados por um número significativo de trabalhadores(as) informais, ligados(as) aos chamados subempregos, que são empregos não qualificados, de remuneração muito baixa, sem vínculo ou garantias legais (Oliveira, 2019).

A maior parcela da atividade econômica brasileira (63%) é orientada para serviços, outra parte (22%) está centrada no setor secundário (com destaque à indústria) e uma porção

menor (15%) se volta ao setor primário (especialmente à agricultura) (IBGE, 2021). Entretanto, as disparidades regionais existem: enquanto o Nordeste é predominantemente agrícola, o Sudeste é amplamente direcionado para a produção industrial (Marsiglia et al., 2007). No município de Xique-Xique, o setor de serviços responde por 47% das atividades, o setor primário por 42% e o secundário por 11% (IBGE, 2021). No recorte em foco na Figura 13, tem-se: 12% dos(as) trabalhadores(as) atuam no primeiro setor, 12% no segundo, 70% no terceiro e a respeito de 6% não há informação. Nesses três cenários (nacional, municipal e amostra da pesquisa), é predominantemente o setor terciário que absorve a maior parte da mão de obra, constatação que endossa as preocupações de Oliveira (2019) em torno da qualidade dos vínculos de trabalho.

Dentre as profissões mais ocupadas pelas pessoas em acompanhamento psicológico na AB de Xique-Xique, estão: professor(a) (17%), auxiliar de serviços gerais (12%), lavrador(a) (12%), pescador(a) (12%) e trabalhador(a) da construção civil (12%). É curioso o fato de apenas 3 das 13 ocupações citadas, professor(a), agente de endemias e enfermeiro(a), exigirem pelo menos ensino médio completo e somente 1, enfermeiro(a), ser exclusiva a pessoas com nível superior. Esse panorama exprime a condição que vem sendo enfatizada de baixa escolaridade das pessoas da amostra e da população xiquexiquense, reiterando que a mão de obra disponível é pouco qualificada e aludindo que grande parte dos(as) trabalhadores(as) não possuem vínculos formais de trabalho, uma vez que a maioria das ocupações declaradas remetem a serviços autônomos ou tratados culturalmente como subempregos. No Brasil, somente 59% da PEA ocupada têm emprego formal. Em Xique-Xique, essa frequência cai para 27%.

Indo além, o quantitativo de pessoas que se ocupam como professor(a) (17%) se destaca em meio aos demais, demonstrando que os serviços de educação locais, em especial as escolas públicas municipais, estão entre os maiores empregadores e corroborando estudos

atuais que revelam a docência como uma das atividades laborais mais estressantes, o que concede à temática SM do(a) trabalhador(a) professor(a) relevância científica e sanitária. Nessa seara, a síndrome de *burnout* é apontada como o quadro clínico de adoecimento psíquico que mais acomete os(as) profissionais da educação (Diehl & Marin, 2016; Soares & Abrão, 2015). Paralelamente, a soma dos grupos de lavradores(as) e pescadores(as) (24%) figura a realidade econômica local, que, apesar de reunir a maior parte dos(as) trabalhadores(as) no setor de serviços, tem a agricultura, a pecuária e a piscicultura como as atividades produtivas mais importantes (com destaque à agricultura de subsistência, praticada por inúmeras famílias na zona rural xiquexiquense), as quais, todavia, costumam não garantir direitos trabalhistas para a maior parte daqueles(as) que delas se ocupam.

Outro elemento que se acredita que afeta a SM das pessoas é o padrão de vida. Por sua vez, a renda familiar, como o somatório das rendas individuais dos(as) moradores(as) de um domicílio, é o principal marcador adotado para medir o padrão de vida no qual uma pessoa ou família se encontra. A partir de dados da PNAD do ano de 2003, Santos e Kassouf (2007) alertaram para a existência de uma relação inversa entre padrão de vida e probabilidade de desenvolvimento de transtorno mental (em particular, a depressão), indicando que pessoas que integram famílias de baixa renda estão mais expostas ao risco de ser acometidas ao passo que, para as famílias mais abastadas financeiramente, a renda atua como fator de proteção, restringindo as chances de adoecimento ou mesmo ampliando o acesso ao cuidado quando a enfermidade acontece. No Brasil, segundo critérios expressos no Decreto do Cadastro Único para Programas do Governo Federal (CadÚnico) (2007), recurso que identifica as famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza, define-se como família de baixa renda aquela que, no mês, conta com até meio salário mínimo por membro(a) ou até três salários mínimos no total.

Na sequência, a Figura 14 distribui as pessoas em acompanhamento psicológico na AB de Xique-Xique de acordo com a condição da(s) fonte(s) de renda familiar que possuem, se fixa(s) ou variável(is), contribuindo com o exame de mais aspectos que ligam renda à SM.

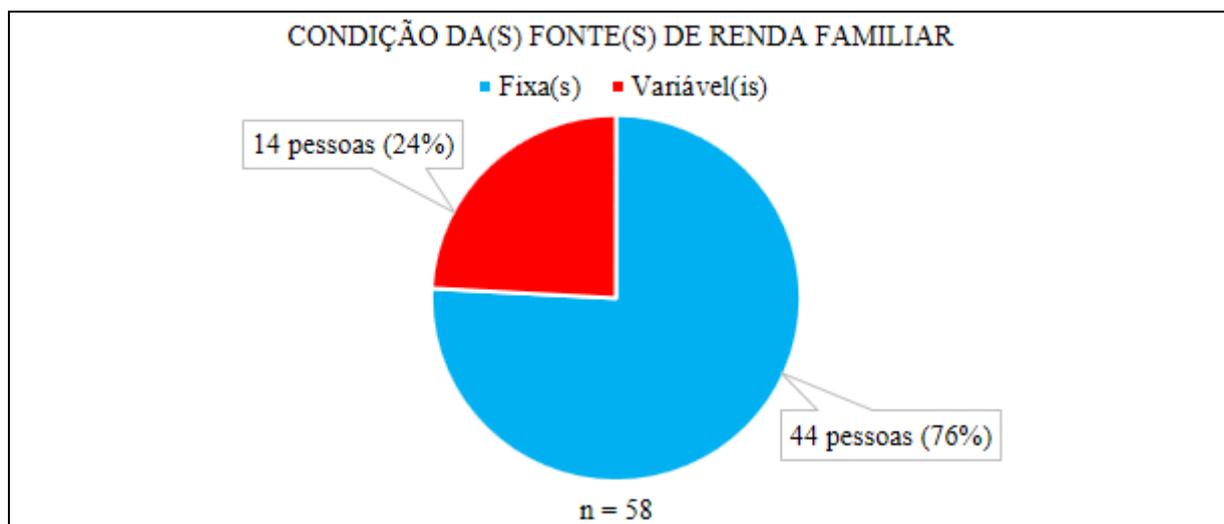


FIGURA 14

Gráfico da distribuição por condição da(s) fonte(s) de renda familiar das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Como exposto, 76% das pessoas em acompanhamento psicológico na AB de Xique-Xique contam com fonte(s) de renda própria fixa(s) ou moram com pelo menos um(a) familiar que possui fonte(s) de renda fixa(s). Essa informação, à primeira vista, é animadora, levando à suposição de que a maioria das pessoas assistidas não se encontram em situação de insegurança financeira. No entanto, cabe advertir que os dados disponíveis para coleta e análise nas fichas de triagem não especificavam o valor que as rendas perfaziam, dando abertura à hipótese de que, diante da realidade econômica do município, bem como das circunstâncias de escolaridade e trabalho dos(as) munícipes (debatidas nesta e em seção anterior), as fontes de renda oferecidas, mesmo que fixas, amiúde, não livram os(as) moradores(as) xiquexiquenses de situações de hipossuficiência financeira. Tal presunção encontra respaldo em excertos das evoluções dos prontuários que evidenciam os impactos da

pobreza nas experiências de saúde-adoecimento-cuidado, o que será melhor descrito e problematizado na próxima seção.

Não obstante, faz-se pertinente mencionar que dados do CD 2010 indicaram que 53% da população xiquexiquense percebe rendimento nominal mensal per capita de até meio salário mínimo. Em 2016, os(as) trabalhadores(as) da PEA ocupada contavam com uma remuneração média mensal de pouco mais de um salário mínimo e meio. Já em 2018, o Produto Interno Bruto (PIB) do município bateu R\$ 392 milhões, resultando em um PIB per capita em torno de R\$ 8.440 (IBGE, 2021). Quando contrastados, esses números confessam que, lamentavelmente, a renda em Xique-Xique é mal distribuída. O Brasil tem uma das desigualdades sociais mais pronunciadas do mundo, sem contar que cerca de 41% das pessoas mais desfavorecidas economicamente estão no Nordeste. Ainda que, a partir da segunda metade da década de 1990, políticas sociais, cofinanciadas pelo governo federal, tenham diminuído a pobreza e a indigência da população como um todo, a desigualdade de renda é um fenômeno que permanece estável e nocivo à saúde (Marsiglia et al., 2007).

Para Gonçalves et al. (2014), a parcela da população brasileira que se enquadra como baixa renda é a mais afetada por problemas de SM, de modo que, no âmbito da AB, é esperado que a morbidade psiquiátrica aumente à medida que a renda diminui. Os TMCs também ocorrem com mais frequência nas classes socioeconômicas inferiores (Anselmi et al., 2008). Especificamente para crianças e adolescentes, quanto mais baixa a renda familiar, maior a exposição a problemas de SM (Bordin & Paula, 2005). Além disso, a limitação financeira é fator de risco a transtornos mentais de início tardio (Biasoli et al., 2016). Uma investigação com idosos(as) mexicanos(as) demonstrou que baixos níveis socioeconômicos os(as) expõem a quadros demenciais e outros transtornos mentais mais que altos níveis (Borges, Acosta & Sosa, 2015). No estado de SP, uma pesquisa conduzida na cidade de

Tremembé chegou a conclusões semelhantes: a prevalência de sintomas psicológicos, como os depressivos, é mais expressiva em idosos(as) de baixa renda (César et al., 2013).

A concessão de benefícios, tanto previdenciários quanto assistenciais, é uma medida utilizada largamente no Brasil, que tem peso significativo na renda de boa parte das famílias. Esses benefícios, com destaque aos de transferência de renda²⁶, contribuem para que muitas pessoas ultrapassem a linha da pobreza e garantam minimamente recursos indispensáveis à vida e à saúde. No caso dos benefícios previdenciários, são concedidos a trabalhadores(as) ou em nome de trabalhadores(as) que contribuíram previamente com a Previdência Social, porém se encontram temporária ou permanentemente fora de condições para trabalhar ou mesmo falecidos(as). Entre esses benefícios, estão: aposentadoria especial; aposentadoria por idade; aposentadoria por tempo de contribuição; aposentadoria por invalidez; aposentadoria da pessoa com deficiência; auxílio-acidente; auxílio-doença; pensão por morte; salário-maternidade; auxílio-reclusão; seguro-desemprego (incluindo o seguro-desemprego do pescador artesanal ou seguro defeso) etc. (Jorge, 2006).

Por outro lado, ligados à Política Nacional de Assistência Social (PNAS), os benefícios denominados de assistenciais independem de contribuição pregressa à Previdência e priorizam as pessoas que se encaixam nos critérios de baixa renda do CadÚnico. Quanto à tipificação, dividem-se em Benefício de Prestação Continuada (BPC) e benefícios eventuais. O BPC garante um salário mínimo mensal a pessoas idosas (com 65 anos de idade ou mais) e pessoas com deficiência que comprovem não possuir meios de se manter e nem de serem mantidas por familiar(es). Já os benefícios eventuais, fornecem renda suplementar e provisória à pessoa ou família em virtude de nascimento, morte, situação de vulnerabilidade

²⁶Os benefícios de transferência de renda são frutos de programas socioassistenciais que atuam para a diminuição da faixa de pobreza no Brasil. Em linhas gerais, eles garantem uma renda mínima às pessoas ou famílias que os recebem, amenizando as consequências nocivas à vida impostas por uma situação de hipossuficiência financeira (Marinho, Linhares & Campelo, 2011).

temporária e calamidade pública. São exemplos de benefícios eventuais: benefício do Programa Bolsa Família (PBF)²⁷; benefício do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI); auxílio enxoval; auxílio funeral; auxílio construção; auxílio emergencial, dentre outros (Medeiros, 2021).

No mínimo, 78% dos 58 domicílios envolvidos na pesquisa aqui relatada são mantidos por rendas familiares suplementadas por 1 ou mais benefícios. Na Figura 15, as pessoas em atendimento são classificadas quanto ao recebimento de benefício(s) em seus próprios nomes, com destaque ao tipo dele(s), se previdenciário ou assistencial.

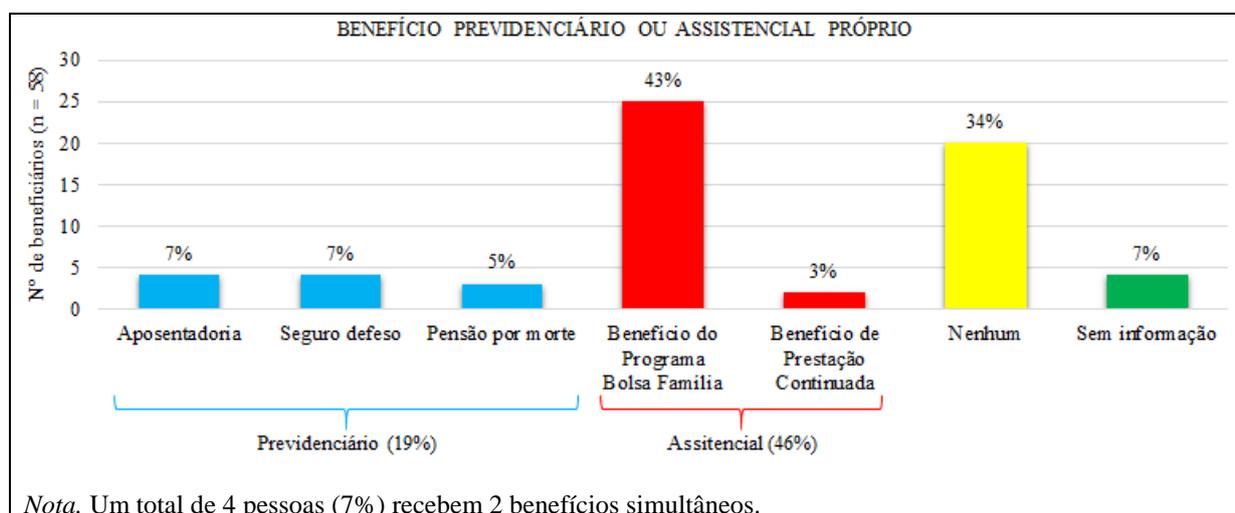


FIGURA 15

Gráfico da distribuição por recebimento de benefício previdenciário ou assistencial das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Entre os 59% de pessoas que com certeza contam com benefício(s) próprio(s) para garantir ou suplementar a renda familiar, 42% são contempladas com 1 benefício assistencial (em sua maioria, eventual), 10% com 1 benefício previdenciário, 5% acumulam 1 benefício assistencial e 1 benefício previdenciário e 2% acumulam 2 benefícios previdenciários. Em

²⁷No intervalo em que foi redigida esta seção, o PBF era vigente no país. Todavia, dada a Medida Provisória que instituiu o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil (2021), na data de defesa da presente dissertação, o PBF já havia sido revogado.

meio às iniciativas representadas, o PBF se destaca pelo maior alcance (43%). Atualmente, essa estratégia ampara cerca de 7% da população brasileira. Em Xique-Xique, a frequência cresce para 22% (Brasil, 2021a), endossando a suposição de que o quantitativo de famílias em situação de baixa renda no município é elevado, o que, na lógica da promoção da saúde, impacta negativamente a conjuntura sanitária local, bem como as experiências individuais de saúde-adoecimento-cuidado. No conjunto dos compromissos assumidos tanto pelas famílias do PBF quanto pelo poder público está o reforço de cuidados com a saúde. Com isso, entende-se que devem ser executadas ações intersetoriais e territorializadas que apoiem as famílias do programa na superação de vulnerabilidades que as cercam (Brasil, 2020a).

A esse respeito, resultados de uma pesquisa realizada no interior de SP demonstram que, apesar das inquestionáveis melhorias propiciadas pelos benefícios de transferência de renda, visto que facultam à população maior poder de consumo e de acesso a serviços de saúde e educação, a percepção de qualidade de vida por parte dos(as) beneficiários(as) é baixa e são altas entre eles(as) as chances de ocorrência de problemas de SM (como o desenvolvimento de transtorno depressivo) (Ribas-Prado, Calais & Cardoso, 2016). Portanto, é imprescindível que o(a) psicólogo(a) avalie como condições vulnerabilizantes se associam aos quadros clínicos das pessoas que buscam assistência, atentando-se, de maneira particular, àquelas que têm cadastro ativo em programas de transferência de renda. Especificamente na AB, os(as) profissionais de saúde têm papel ímpar no monitoramento da saúde e dos serviços de saúde da comunidade, pois devem auxiliar na avaliação dos avanços e/ou retrocessos mobilizados pela presença ou incipiência de políticas sociais.

Com relação a outros benefícios citados na Figura 15, percebe-se que enquanto 3% da população xiquexiquense está vinculada ao BPC, também 3% da amostra gozam do BPC. No caso do seguro defeso, ao passo que 8% dos(as) moradores(as) do município contam com ele, 7% dos(as) participantes da pesquisa declaram recebê-lo (Brasil, 2021a). Esses percentuais de

beneficiários(as) do seguro defeso ratificam o quanto a piscicultura é uma atividade essencial à economia local, o que põe a colônia de pescadores no rol das instituições potencialmente parceiras para a execução de ações intersetoriais que impactem positivamente a saúde. Ainda, cabe observar que, muitas vezes, a própria pessoa não está vinculada diretamente a benefícios sociais, mas depende de uma renda familiar suportada por auxílios deste tipo. Nesse sentido, para ampliar a análise, na Figura 16, as pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia pela profissional do NASF-AB de Xique-Xique são distribuídas de acordo com o recebimento de benefício por pelo menos um(a) de seus(suas) familiares.

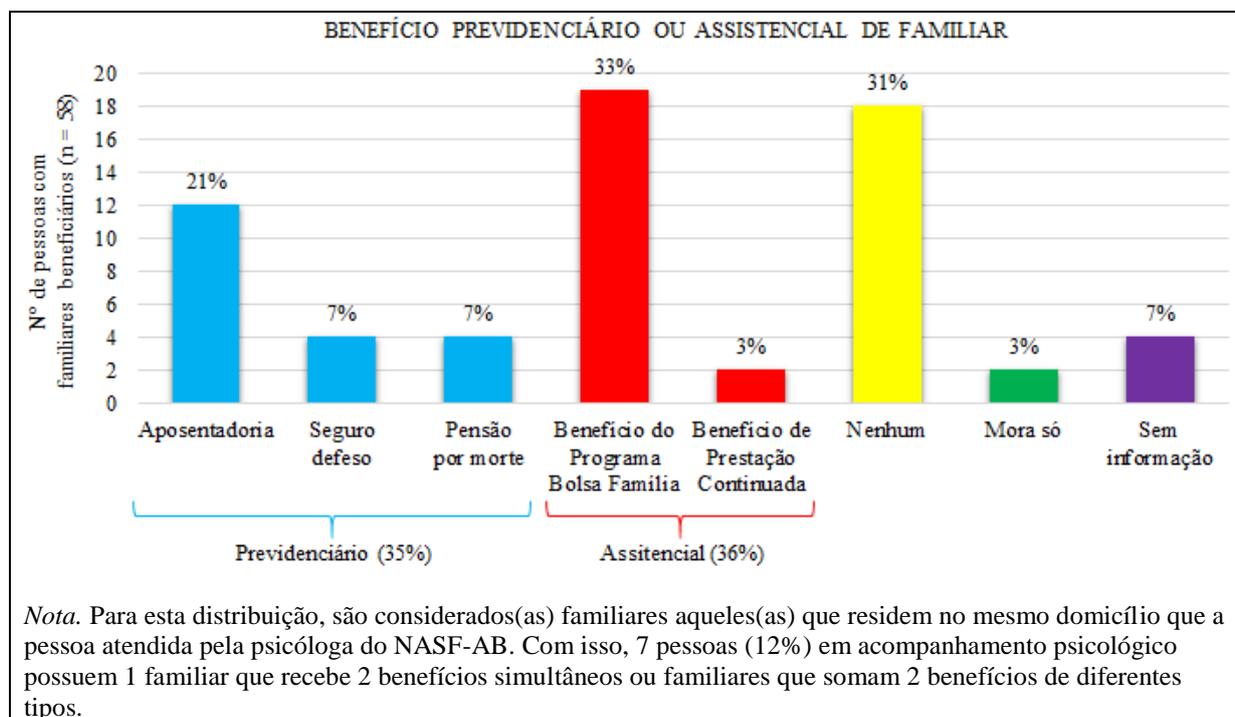


FIGURA 16

Gráfico da distribuição por recebimento de benefício previdenciário ou assistencial por familiares das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Pelo menos 59% das pessoas da amostra em questão residem com algum(a) familiar contemplado(a) com benefício social. Entre os benefícios recebidos pelos(as) familiares, sobressaem-se as aposentadorias, que são do tipo previdenciário, e, novamente, os benefícios

do PBF, que são do tipo assistencial eventual. Nos núcleos familiares que incluem pessoas aposentadas, não é incomum que a aposentadoria se torne a fonte de renda âncora para o custeio das despesas de toda a família, implicando, na maioria das vezes, em redução da qualidade de vida que o(a) beneficiário(a) teria se sua renda não fosse assim distribuída. Tal dinâmica, com frequência, também acomete beneficiários(as) do BPC, que têm seus proventos compartilhados a bancar outrem (Oliveira & Ramos, 2021; Paz, Melo & Soriano, 2012). Nos casos extremos, quando as necessidades básicas de uma pessoa idosa ou com deficiência são negligenciadas em prol de gastos com seus(suas) familiares, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), serviço de proteção especial do SUAS, pode ser acionado para averiguação e adoção das medidas cabíveis.

Por fim, vale apontar que, na opinião de Marsiglia et al. (2007), para incluir a população beneficiada pela PNAS e, conseqüentemente, reduzir os benefícios assistenciais eventuais dispensados, é necessário mobilizar o crescimento econômico do país, ampliando o mercado formal de trabalho, incrementando a renda da PEA ocupada e aumentando o número de contribuintes para a Previdência Social. Em Xique-Xique, a pasta local responsável pela gestão do SUAS tem implementado programas de capacitação e incentivo ao trabalho. Nas sedes dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), por exemplo, são ofertadas oficinas de geração de renda (como manicure, cabeleireiro[a], biscuit, bordado, informática etc.), no intuito de transformar a médio e longo prazo a realidade econômica e social da população de baixa renda, reduzindo, em segunda instância, o índice de adoecimento psíquico e o uso problemático de drogas, reflexos corriqueiros das vulnerabilidades associáveis ao desemprego (Hiany et al., 2018).

Risco e vulnerabilidade social: violência e pobreza como ameaças à saúde e à vida.

Risco e vulnerabilidade são termos polissêmicos trabalhados conceitualmente por uma série de disciplinas, tais como: a Economia, a Epidemiologia, a Engenharia, as Ciências Sociais, dentre outras (Ayres, 2011). Essa diversidade de pontos de vista, contudo, não é de todo positiva. “Por um lado, tem havido uma confusão no uso dos conceitos de risco e vulnerabilidade” (Janczura, 2012, p 302), a qual, frequentemente, expressa-se no modo inespecífico como certos órgãos governamentais os empregam. Em capítulo anterior, com foco na teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde (Ayres et al., 2006, 2009), discutiu-se amplamente as noções de risco e vulnerabilidade elaboradas a partir da Epidemiologia. Nesta seção, além de retomar parte da referida discussão, em correspondência aos sentidos atribuídos a risco social e vulnerabilidade social na ficha de triagem, componente dos prontuários pesquisados, abordar-se-á a aplicação comum de ambas as expressões no âmbito da seguridade social, na assistência social.

À medida que as políticas públicas de assistência social avançaram, popularizaram-se os usos das nomenclaturas risco social e vulnerabilidade social. Todavia, diversos estudos têm apontado que, tanto na PNAS como em outros documentos oficiais que norteiam as práticas no campo socioassistencial, falta clareza quanto aos significados dessas terminologias (Carmo & Guizardi, 2018; Janczura, 2012; Musial & Marcolino-Galli, 2019; Santos, Roesch & Cruz, 2014). Isso porque, apesar de intrinsecamente relacionados, os conceitos de risco social e vulnerabilidade social apresentam suas especificidades. Em meio às diversas possibilidades compreensivas, no geral, sob essa ótica da assistência social, admite-se que risco social, por exemplo, faz referência à ocorrência de um evento ou à determinada configuração familiar que implica iminência imediata de perigo ou

comprometimento da capacidade de exercício da autonomia (Janczura, 2012; Santos et al., 2014).

Para Alvarenga (2012), em uma sociedade estruturada pelo modelo capitalista de produção, encontrar-se em risco social é estar em confronto com um cenário que dificulta ou impossibilita que o próprio bem-estar seja assegurado autonomamente ou, ainda, é não achar condições de garantir sozinho(a) a própria independência social, demandando ajuda de outrem, que, na maioria das vezes, é o Estado, representado por suas ações de amparo (Castel, 2005; Sposati, 2009). Por esse viés, são exemplos de risco social certas situações de negligência e as violações de direitos, como as violências e demais acontecimentos que ameaçam a dignidade humana, o que inclui o abandono de incapaz, o abuso e a exploração sexual, a situação de rua, a mendicância, o trabalho infantil, o ato infracional e o cumprimento de medida socioeducativa, o tráfico de pessoas, o uso problemático de drogas, entre outros (Santos et al., 2014).

Por sua vez, a expressão vulnerabilidade social, nesse estreito teórico da assistência social, remete, corriqueiramente, a circunstâncias materiais, simbólicas ou comportamentais que expõem as pessoas a riscos sociais. Na opinião de Santos et al. (2014), estados de vulnerabilidade social podem ser agravados e culminar em vivência de risco social, ou seja, vulnerabilidades não prevenidas ou não enfrentadas tendem a se transformar em riscos concretos. “A vulnerabilidade social é exemplificada, como pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outras) e, ou, fragilização de vínculos afetivo-relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência, dentre outras)” (Musial & Marcolino-Galli, 2019, pp. 297-298). Em suma, no cotidiano da rede socioassistencial, chama-se de situação de risco social quando há um agravante instalado, acontecendo, e de vulnerabilidade social quando uma dada

condição diminui a proteção ao risco ou, conseqüentemente, acresce a chance de que uma situação de risco se instale.

Na Figura 17, segundo o preenchimento do quesito equivalente na ficha de triagem, as pessoas em atendimento psicológico na AB de Xique-Xique são distribuídas quanto ao envolvimento, na data do atendimento inicial, com situação de risco social, tal como risco social é descrito no campo da assistência social.

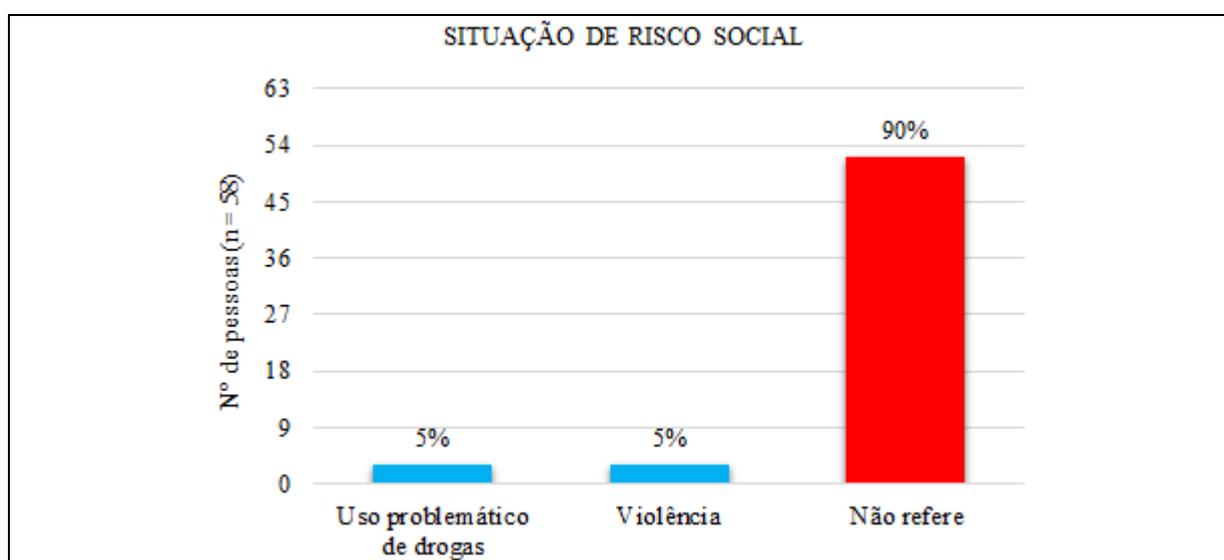


FIGURA 17

Gráfico da distribuição por situação de risco social das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Vê-se que somente 10% das pessoas que compõem o universo amostral relataram, durante o atendimento inicial, situação de risco social. Focalizando o uso problemático de drogas, declarado por metade dessas pessoas (5%), o álcool, a maconha e o tabaco são as substâncias consumidas. Considerado um fenômeno de múltiplas causas e conseqüências, o uso problemático de drogas se caracteriza como risco social sobretudo por prejudicar seriamente a autonomia de quem o faz, o que reduz a capacidade de enfrentamento de vulnerabilidades e dá brecha ao aparecimento de outros riscos. Além disso, um uso

problemático aumenta a probabilidade de pessoas usuárias serem excluídas socialmente ou cometerem atos infracionais. Intervir para reduzir sua ocorrência requer ações articuladas e integradas entre setores do Estado e da sociedade, que pautem a redução de danos, o cuidado, a proteção social e a segurança, buscando garantir direitos em vez de declarar guerra às drogas (Brasil, 2016a; Portaria da RAPS, 2011).

No tocante à violência, as pessoas que se apresentaram como vítimas no atendimento inicial (5%) admitiram vivências de violência sexual, violência doméstica qualificada como conjugal ou violência de gênero qualificada como homofobia. Enraizada profundamente em estruturas sociais, econômicas e políticas (Brasil, 2016a), a violência adjetiva-se como risco social por motivos análogos aos relacionados ao uso problemático de drogas: prejuízo da autonomia da vítima, redução da capacidade de enfrentamento de vulnerabilidades e abertura ao aparecimento de outros riscos, bem como a própria condição imanente de violação de direitos, que expressa opressão e desempoderamento. Chama a atenção, contudo, o fato de experiências pessoais de violência serem narradas com muita frequência ao longo dos acompanhamentos psicológicos realizados e por mais pessoas do que os 5% que se mostraram em risco social por situação de violência no primeiro atendimento. Na verdade, a partir da análise de vulnerabilidade aplicada à saúde (Ayres et al., 2006, 2009) executada, identificou-se que, no território xiquexiquense, inúmeros agravos à saúde se ligam ao fenômeno da violência.

Quer sejam rotulados como risco social, da maneira que o são na linguagem técnica da assistência social (Santos et al., 2014), ou descritos como vulnerabilidade atrelada à dimensão social, do modo como se faz à luz da teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde (Ayres et al., 2006, 2009) com a qual esta dissertação se afina, o fato é: atos ou acontecimentos violentos estão registrados em, pelo menos, 26% dos prontuários examinados, indicando que diversos relatos compartilhados pelas pessoas atendidas pela

psicóloga do NASF-AB acerca dos sofrimentos e adoecimentos vividos incluíam histórias de violência em primeira pessoa. A violência sexual, a violência doméstica qualificada como conjugal, a violência urbana, a violência escolar ou *bullying* e a violência policial, nesta ordem, foram as que mais se repetiram. A violência institucional, a violência contra à pessoa idosa, a violência no trabalho ou assédio moral, a violência de gênero qualificada como homofobia ou como machismo e a violência doméstica qualificada como familiar, com menor regularidade, também foram anunciadas.

Muitas são as consequências oriundas de atos violentos. Exposições cotidianas a circunstâncias humilhantes e constrangedoras podem desencadear processos desorganizadores dos componentes psíquico e emocional (Damasceno & Zanello, 2018; Silva, 2005). Destarte, em sendo um empecilho para a SM das pessoas, necessariamente, a violência precisa ser vista como um problema de saúde pública. Não é incomum, por exemplo, que as consequências de episódios violentos sejam traduzidas pelo surgimento de quadros clínicos circunscritos por múltiplas queixas somáticas (Coelho, Bolsoni, Conceição & Verdi, 2014). Dados da literatura apontam que quem é alvo de violência tem grande chance de desenvolver depressão, ansiedade patológica, perturbação de estresse pós-traumático ou mesmo de cometer suicídio (Alves & Rodrigues, 2010), sem contar que a incidência da violência responde pelo aumento da taxa de prevalência de TMCs (Lopes et al., 2003). No Brasil, a violência é uma das principais fontes tanto de mortalidade quanto de morbidade (Gonçalves et al., 2014), impactando drasticamente a realidade sanitária da população.

Para Coelho et al. (2014), “desvelar os casos de violência que chegam aos serviços de saúde é, portanto, fundamental para o cuidado integral de qualidade às pessoas em situação de violência” (p. 39). Por assim dizer, atuando em um lócus privilegiado de acesso às pessoas e suas famílias, deparando-se, diariamente, com os estragos provocados por esse infortúnio,

o(a) profissional da AB, além de notificar os casos de que toma conhecimento, deve se comprometer com ações de promoção da saúde de caráter integral, que abranjam a prevenção de atos ou acontecimentos violentos e a atenção a pessoas vítimas de violência e contribuam para uma cultura de paz (Toledo & Sabroza, 2013). Logo, os serviços de AB devem se organizar para acolher, escutar e oferecer uma resposta efetiva, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde das pessoas vítimas de violências ou de reduzir os danos e sofrimentos infligidos a elas, responsabilizando-se pela articulação dos pontos da rede necessários à prestação de um cuidado intersetorial (Brasil, 2012; Coelho et al., 2014).

Dando continuidade, a Figura 18 reúne as pessoas da amostra enfocando como elas foram percebidas pela psicóloga do NASF-AB, no momento do atendimento inicial, em relação à exposição a vulnerabilidades sociais, da maneira como o conceito de vulnerabilidade social é utilizado no campo da assistência social.

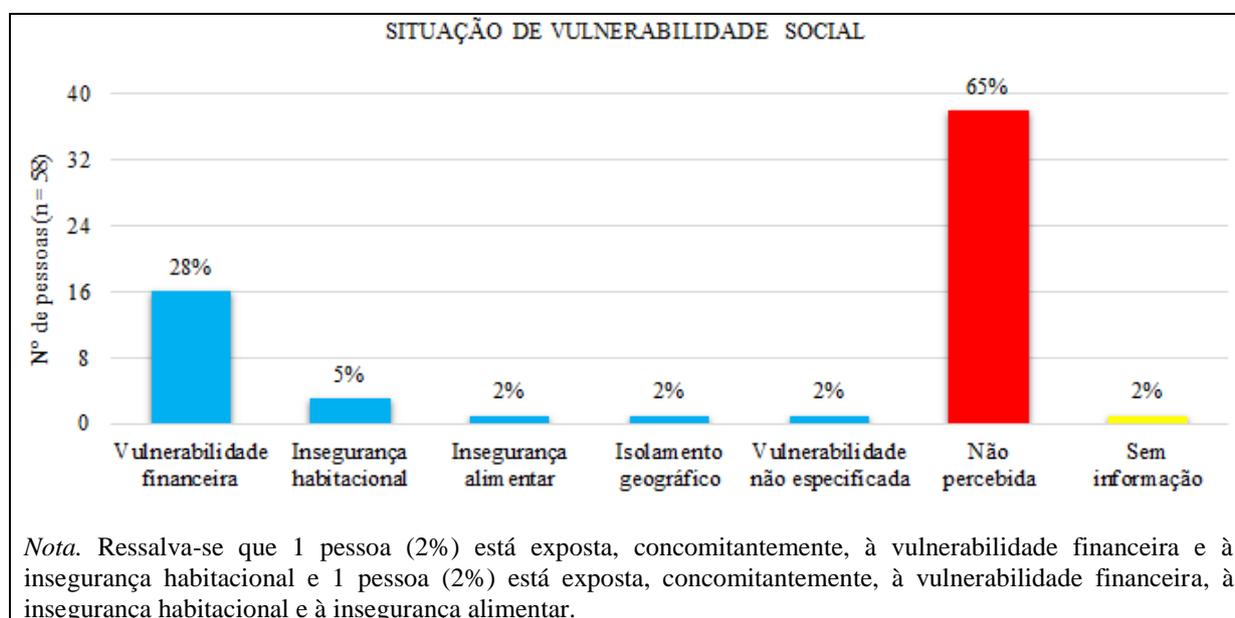


FIGURA 18

Gráfico da distribuição por situação de vulnerabilidade social das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Desde a leitura da ficha de triagem, constatou-se que, pelo menos, 33% das pessoas atendidas se encontravam em situação de vulnerabilidade social nos termos da assistência social. A vulnerabilidade do tipo financeira (que abarca a condição de hipossuficiência ou pobreza) se destaca, atingindo 28% do universo amostral. “Calcula-se que aproximadamente 34% da população brasileira podem ser considerados pobres” (Marsiglia et al., 2007, p. 21). A literatura sugere que a resolução ou atenuação das vulnerabilidades reside exatamente na dimensão econômica, por esta delimitar o acesso das pessoas a possibilidades de vida digna. Com isso, o setor da economia se classifica como preponderante na transformação das realidades afetadas por vulnerabilidades sociais (Janczura, 2012), apesar do combate à pobreza, por exemplo, exigir a intervenção concomitante de diversos setores (Marsiglia et al., 2007).

A análise de vulnerabilidade, à qual os prontuários na íntegra foram expostos, também fez notar o quanto a pobreza, discriminada como vulnerabilidade atrelada à dimensão social, segundo a teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde (Ayres et al., 2006, 2009), circunstancia as experiências de saúde-adoecimento-cuidado do grupo populacional em questão. Discutidos na seção anterior, o alto número de pessoas atendidas pela psicóloga do NASF-AB que se encaixam nos critérios de baixa renda do CadÚnico (pelo menos 46% do total amostral), a alta porcentagem de beneficiários(as) do PBF entre elas (43% da amostra), bem como o alto índice de pessoas em situação de desemprego (52% do universo amostral) são dados que exprimem o quanto a vulnerabilidade financeira está presente no cotidiano de quem tem demandado acompanhamento psicológico na AB de Xique-Xique. Além disso, a apreciação das evoluções dos atendimentos sinaliza que, aproximadamente, 28% das pessoas investigadas compartilham narrativas sobre seus processos de saúde-adoecimento que qualificam a pobreza ou os problemas socioeconômicos como um agravo à saúde.

Estritamente falando, a pobreza remete à falta de dinheiro ou bens materiais. De maneira mais abrangente, pode ser discriminada como escassez de meios, sejam eles sociais, econômicos ou educacionais. Já do ponto de vista epidemiológico, traduz-se como baixo nível socioeconômico, privação, condições habitacionais precárias, desemprego, baixa escolaridade e baixa coesão familiar, um conjunto de elementos que, para a Epidemiologia, também se associam ao aparecimento de transtornos mentais (Alves & Rodrigues, 2010). Resultados de estudos transculturais conduzidos no Brasil, no Chile, na Índia e no Zimbábue descortinam que os TMCs, por exemplo, são mais frequentes entre pessoas pobres do que entre ricos (Patel et al., 1999 como citado em OMS, 2001). Mesmo que grupos sociais que se encontram acima da linha da pobreza sejam afetados por inúmeras condições vulnerabilizantes, a rigor, aqueles que vivem em situação de pobreza são mais prejudicados por vulnerabilidades de todas as ordens ou têm menos recursos para enfrentá-las (Janczura, 2012), implicando que estejam mais suscetíveis ao adoecimento psíquico, visto que a pobreza está ligada a um maior contato com fatores adoecedores (Bordin & Paula, 2007).

Com isso, formuladores(as) de políticas devem se esforçar para minimizar os reflexos das desigualdades econômicas e as próprias desigualdades econômicas, implementando políticas educacionais, de segurança pública e outras que contribuam efetivamente para a superação dos círculos viciosos da pobreza e dos transtornos mentais, promovendo saúde, bem-estar e vida (Gonçalves et al., 2014). Nessa direção, a vasta inserção da Psicologia na AB e em programas específicos de SM no âmbito das políticas públicas de saúde vem possibilitando encontros mais corriqueiros e, quiçá, mais genuínos entre psicólogos(as) e segmentos empobrecidos da sociedade, criando aí oportunidades de reformulação da clínica psicológica (Ferreira, 2008). A Psicologia que vem se dando conta do quanto o fenômeno da pobreza afeta as experiências de saúde-adoecimento-cuidado não pode fugir do compromisso

ético de romper paradigmas medicalizantes e reunir estratégias para que as pessoas sejam amparadas em todas as suas dimensões, quer seja biológica, psicológica ou social.

Fechando o debate da Figura 18, é importante problematizar o alto percentual de fichas de triagem que assinalavam, conforme o arcabouço teórico-técnico da assistência social, a inexistência de circunstâncias vulnerabilizantes nos casos acolhidos (65%). Frente aos achados e discussões desenvolvidos até aqui, não é difícil suspeitar que, no atendimento inicial, tenham sido identificadas como vivendo em situação de vulnerabilidade social menos pessoas que a quantidade real. Essa subnotificação sugere uma incompreensão dos conceitos de risco social e vulnerabilidade social por parte da profissional de Psicologia do NASF-AB, remetendo às contradições teóricas presentes na implementação das políticas socioassistenciais (Carmo & Guizardi, 2018; Janczura, 2012; Musial & Marcolino-Galli, 2019; Santos et al., 2014). Se, em uma leitura social, variáveis como gênero, cor ou raça, escolarização, habitação, trabalho e renda etc. participam do conjunto de condições que tornam as pessoas mais ou menos vulneráveis, então, no universo amostral, há mais pessoas convivendo com vulnerabilidades sociais do que as indicadas no gráfico (Figura 18).

O erro de percepção aludido, bastante comum no cotidiano de trabalho na saúde, vê-se confirmado pela análise de vulnerabilidade desenvolvida na pesquisa em foco. Assim, ancorado na perspectiva biopsicossocial de ser humano, no paradigma da promoção da saúde e no arranjo da clínica ampliada, defende-se que pensar e qualificar a formação em saúde é imprescindível à reparação de tal equívoco ou, dito de outro modo, à transformação das posturas e práticas profissionais. No que compete à Psicologia, Böing et al. (2009) consideram que falta habilidade por parte dos(as) psicólogos(as) para lidar com fenômenos sociais como fome, violência e outros. Presos(as), muitas vezes, à clínica tradicional, em sua abordagem individualizante e curativista, esses(as) agentes não foram acostumados(as) a diagnosticar as vulnerabilidades que marcam as experiências de saúde-adoecimento-cuidado

das pessoas assistidas (Campos, 2016). Sensibilizá-los(as) a outro olhar, a outra escuta é uma aposta que se faz ante a urgência de ressignificação dos valores que influenciam suas práticas.

Histórico de acompanhamento em Saúde Mental: o papel do hospital geral na atenção à crise e especificidades ligadas ao suicídio.

A análise cuidadosa do histórico de acompanhamento clínico por necessidades de SM é o que, normalmente, abre espaço à compreensão dos itinerários de cuidado já percorridos pelas pessoas recebidas em atendimento psicológico na AB. No entanto, considerando os aspectos manicomialistas que, lamentavelmente, compunham e ainda compõem o campo psiquiátrico, não é incomum que tal apreciação descortine episódios particulares de asilamento e violação dos DH e dos direitos fundamentais (Arbex, 2013), sobretudo se o território em exame conta ou, em algum momento, contou com o trânsito facilitado de seus(suas) habitantes em situação de sofrimento psíquico até hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas ou centros de recuperação. Mesmo que a abordagem da SM na AB se volte primordialmente a casos de TMC, os quais, em geral, não convocam a internação hospitalar de longa permanência como solução, é também papel deste nível de atenção a articulação do cuidado integral a egressos(as) de hospitais psiquiátricos e instituições análogas (Brasil, 2018).

A seguir, a Figura 19 especifica os pontos da rede de saúde acessados pelas pessoas em acompanhamento psicológico na AB de Xique-Xique quando, no passado, demandaram cuidado em SM.

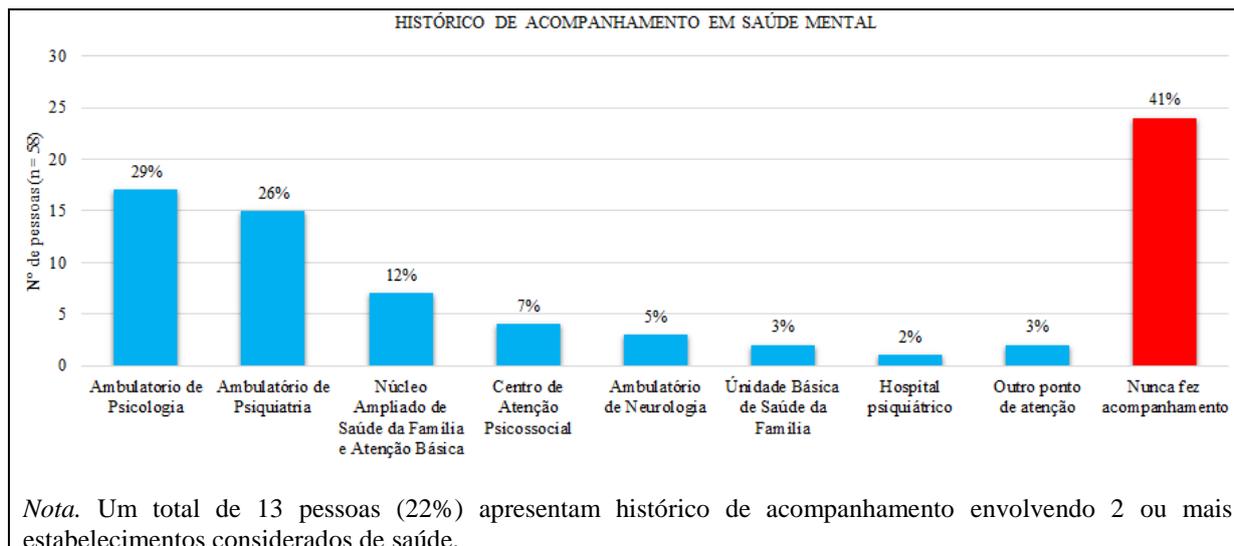
**FIGURA 19**

Gráfico da distribuição de acordo com o histórico de acompanhamento em SM das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Observa-se que 59% das pessoas assistidas pela psicóloga do NASF-AB já haviam buscado serviços de saúde em decorrência de situação de sofrimento e/ou adoecimento psíquico ao passo que 41% declararam que não apresentam este tipo de histórico. Em meio aos 59% com relato de acompanhamento progressivo, 40% não sabem qual hipótese diagnóstica foi atribuída à sua condição antecedente, 10% afirmaram que foram diagnosticados(as) com transtorno de humor, 5% com distúrbio do neurodesenvolvimento e 3% com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Dentre os equipamentos da rede de saúde mais procurados se encontram o ambulatório de Psicologia (29%), o de Psiquiatria (26%) e o próprio NASF-AB (12%). Segundo respostas a um item da ficha de triagem sobre consultas com psiquiatra, 35% das pessoas em questão alegaram que se beneficiaram com este procedimento pelo menos 1 vez. Presume-se que essas consultas tenham sido ofertadas a partir de ambulatórios de Psiquiatria, CAPSs e hospitais psiquiátricos. A propósito, somente 1 pessoa (2%) referiu experiência de internação em hospital psiquiátrico.

Considerando os registros dos prontuários na íntegra, constatou-se que 19% da amostra já receberam assistência a urgências de SM no hospital geral local (o HJV), no mínimo, 1 vez, sendo que a maior parte destes(as) (16% do total amostral) precisou de internamento em leito clínico²⁸. Entre os quadros que levaram à atenção hospitalar, estão: crise ansiosa (motivo mais frequente); crise convulsiva; crise psicótica; crise dissociativa e tentativa de suicídio. Marsiglia et al. (2007) indicam que os transtornos mentais são a sétima maior causa de ocupação de leitos do SUS ou conveniados. Nesse contexto, atenção à crise em SM é a expressão que designa o “conjunto de práticas de cuidado desenvolvidas no âmbito do modelo comunitário de atenção e se desenvolve junto a usuários em situações consideradas agudas e graves” (Dias, Ferigato & Fernandes, 2020, p. 596). Orientado por valores antimanicomiais, esse conjunto ganha importância na medida em que a RAPS se expande e os leitos psiquiátricos de longa permanência em instituições asilares são descredenciados, legitimando o compromisso estratégico do hospital geral frente às necessidades de SM.

Na Portaria da RAPS (2011), o hospital geral é apresentado como o único serviço responsável pela Atenção Hospitalar²⁹, caracterizada como Componente V desta rede. Ele deve ser referência para o cuidado de pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental, decorrentes do uso problemático de drogas ou não, caso as capacidades da AB e do CAPS (ponto especializado em SM da média complexidade) sejam excedidas, oferecendo suporte, principalmente, por meio de internações de curta ou curtíssima duração (Brasil, 2017). A Portaria do Componente Hospitalar da RAPS (2012) estabelece que, a fim de qualificar a atenção à crise em SM, os leitos do hospital geral podem ser habilitados como leitos integrais especializados em SM, na proporção de 1 leito para cada 23 mil habitantes. Destarte, Xique-

²⁸Ao todo, o HJV possui 87 leitos habilitados, sendo 32 clínicos, 22 cirúrgicos, 13 obstétricos, 18 pediátricos e 2 complementares (unidades de isolamento) (Brasil, 2020).

²⁹Ver Nota 12.

Xique tem porte para implantação de, pelo menos, dois desses leitos especializados, o que qualificaria a assistência já existente, ampliaria a resolutividade da RAPS municipal e, provavelmente, contribuiria para que mais quadros clínicos de crise psíquica fossem reconhecidos como tais dentro do hospital, prevenindo que sejam subnotificados ou assinalados como de outra natureza.

Ainda a respeito do histórico de acompanhamento em SM, vem se tornando corriqueiro problematizar aspectos ligados ao suicídio no momento de seu levantamento. Isso porque, segundo a OMS (2001), cerca de 1 milhão de pessoas cometem suicídio todos os anos e, entre 10 e 20 milhões, tentam suicídio, o que classifica esse fenômeno complexo e multicausal como um problema grave de saúde pública, que requer atenção e intervenção preventiva por parte das políticas de amparo. Particularmente, o Brasil figura como o oitavo país em número absoluto de suicídios, sendo que, nos últimos 10 anos, deu-se um aumento consistente (perto de 43%) nas taxas de mortalidade por suicídio, com destaque para um risco aumentado em homens e uma incidência maior em jovens. Mais de 100 mil pessoas residentes no Brasil morreram por suicídio entre os anos de 2010 e 2019, sem contar que a imensa maioria das pessoas que tenta ou comete suicídio no país (aproximadamente 80% dos casos) é afligida por algum transtorno mental, com destaque para a depressão (Brasil, 2021b).

A análise de vulnerabilidade aplicada à saúde realizada na pesquisa que sustenta esta dissertação revelou que, pelo menos, 12% do universo amostral já haviam tentado suicídio, o que atribui a esta prática nociva o caráter de vulnerabilidade individual atrelada à situação psicoemocional (Ayres et al., 2006, 2009). A ingestão abusiva de medicamento, seguida por enforcamento, afogamento e ferimento autoprovocado foram as vias mais adotadas. Além disso, outros 10% da amostra negaram que já tenham tentado suicídio, porém admitiram que cursam com ideação suicida. Mobilizado, especialmente, pela campanha nacional anual denominada Setembro Amarelo, da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em parceria

com o Conselho Federal de Medicina (CFM), o município de Xique-Xique vem pondo a prevenção do suicídio em pauta, levando esclarecimentos à população e abrindo canais de escuta. Nesse sentido, “expandir a rede assistencial em todos os níveis de complexidade também é medida fundamental, especialmente no componente ambulatorial especializado e no atendimento a crises e urgências” (Brasil, 2021b, p. 8), visto que os serviços de urgência e emergência tendem a ser os primeiros a socorrer pessoas que tentam suicídio.

Frente a isso, comprometida com a ordenação do cuidado, a AB deve facilitar a longitudinalidade da assistência à saúde no SUS, tentando integrar a RAPS e fazendo busca ativa das pessoas que demandam assistência hospitalar em decorrência de crise psíquica, no intuito de apoiá-las após a alta. Como porta de entrada, o nível primário é estratégico também para a prevenção do suicídio, guardando elevado potencial para a intervenção precoce em casos de risco e situações de vulnerabilidade (Brasil, 2021b). Para tanto, é essencial que haja maior investimento, o que inclui a capacitação das equipes de composição multiprofissional que tocam os serviços de AB (Hiany et al., 2018; Mangualde et al., 2012). Por último, mas não menos importante, a maneira como uma pessoa percorre um itinerário a procura de saúde é singular. Tem a ver com vivências prévias e com a forma como o adoecimento é sentido (Muhl, 2020). Não é função dos(as) profissionais da RAPS obrigar que uma ou outra rota seja tomada, todavia, eles(as) devem se preocupar com a oferta de uma linha do cuidado³⁰, que inclua ações de promoção, prevenção, restauração, reabilitação e cuidados paliativos, sempre pautadas no olhar biopsicossocial para o ser humano e seu processo subjetivo de saúde-adoecimento-cuidado.

³⁰Adotada como ferramenta de organização e gestão de rede pelo MS, “linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social” (Franco & Franco, 2010, p. 1).

Histórico familiar de Saúde Mental e relações familiares: conflitos na família como fonte de adoecimento psíquico.

A família é estimada como a instituição social básica, a partir da qual todas as outras instituições (escola, trabalho, Igreja, Estado etc.) se desenvolvem (Wieczorkiewicz & Baade, 2020). Embora suas formas de organização variem, os grupos familiares costumam exercer um papel central na sociabilidade, na afetividade e no bem-estar humanos, sobretudo durante a infância e a adolescência (Pitta, 2016). No tocante à saúde, não é possível separar as experiências de adoecimento das respectivas conjunturas familiares onde elas acontecem ou são abrigadas. Por isso, os(as) profissionais dessa área devem reconhecer a família como um recurso importante na trilha pela promoção do cuidado, conquistando-a como aliada (Navarini & Hirdes, 2008). Sem desconsiderar que, em muitos casos, os conflitos familiares se constituem como a principal fonte de sofrimento psíquico, vale destacar que o fortalecimento dos laços familiares é uma das grandes apostas dos processos de Reforma Psiquiátrica (Mielke, Kohlrausch, Olschowsky & Schneider, 2010). Navarini e Hirdes (2008) contam que:

Somente a partir dos anos 1950, começou a se manifestar um grande interesse pelos aspectos sociais e familiares da doença mental. Alguns trabalhos realizados na psiquiatria sobre as relações familiares e a doença mental influenciaram a maneira tradicional de cuidar do portador de doença mental, como único responsável pela sua doença, o que veio contribuir para a compreensão e recuperação destas pessoas (p. 681).

Como sabido, abordagens mais antigas alienavam as pessoas em sofrimento psíquico ou rotuladas como “doentes mentais” de seus núcleos familiares, reforçando a prática do abandono e defendendo o isolamento em hospitais psiquiátricos como a melhor iniciativa para o “cuidado” daqueles(as) que apresentavam necessidades de SM (Navarini & Hirdes,

2008). Nesse contexto, o debate acerca da hereditariedade dos transtornos mentais recebeu significativa atenção. “Perante a dificuldade de achar marcas no corpo, especificamente no cérebro, que permitissem uma explicação biológica das patologias mentais, diversos psiquiatras recorreram a explicações hereditárias dessas doenças” (Caponi, 2011, p. 834).

Tais entendimentos se basearam essencialmente na observação da repetição de uma variedade de quadros psicopatológicos ao longo das gerações de uma mesma família e renderam, inclusive, uma inscrição na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (também conhecida como Classificação Internacional das Doenças [CID]) (OMS, 2021).

No vigésimo quarto capítulo de sua última edição (a décima primeira), o qual reúne códigos sobre fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde, a CID inclui a “História familiar de transtorno mental ou comportamental (QC65)” como possibilidade explicativa (OMS, 2021). Independente das correspondências genéticas, visto que os estudos que tratam da hereditariedade dos transtornos mentais não permitiram, até o momento, que fosse cumprida a promessa de construção de um fundamento biológico sólido para legitimar especulações levantadas no campo psiquiátrico (Caponi, 2011), investigar o histórico familiar de transtorno mental segue sendo uma conduta que auxilia na compreensão das experiências de saúde-adoecimento e das possibilidades terapêuticas de quem se vê atravessado por demandas de SM. Nessa perspectiva, a Figura 20 caracteriza as pessoas envolvidas na pesquisa em relação ao histórico familiar de transtorno mental que declararam na ocasião do atendimento inicial.

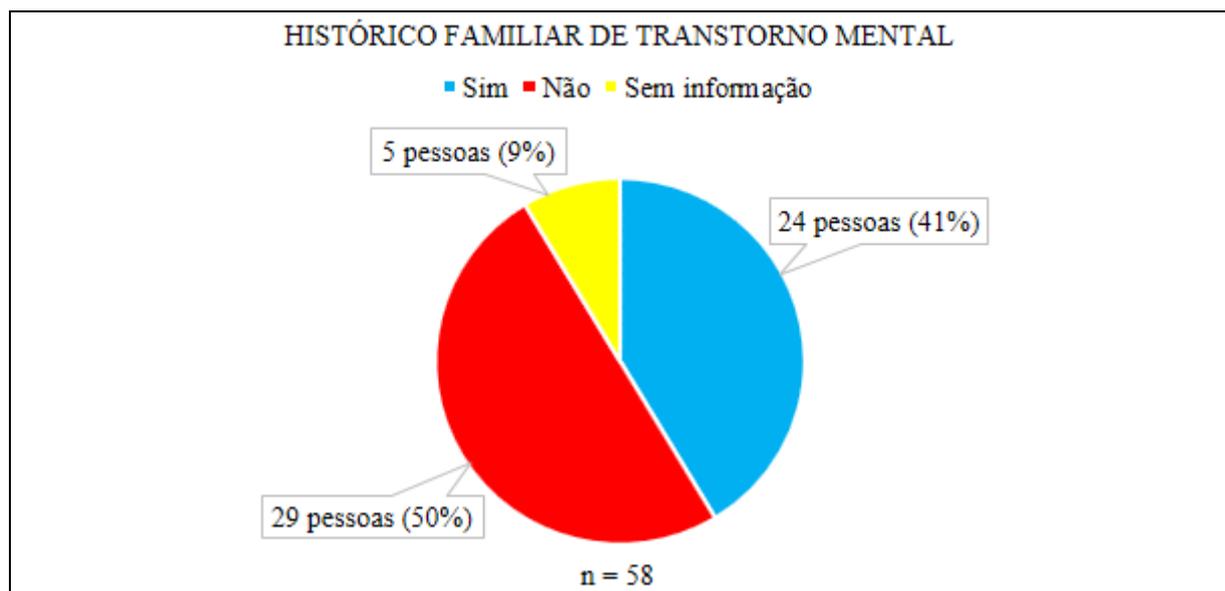
**FIGURA 20**

Gráfico da distribuição de acordo com o histórico familiar de transtorno mental das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Segundo o gráfico, pelo menos 24 pessoas (41%) assistidas em atendimento individual pela psicóloga do NASF-AB de Xique-Xique confirmam a presença de familiar(es) com transtorno mental em suas árvores genealógicas. Nesse grupo, 9 pessoas (16% da amostra) identificam familiar(es) de primeiro grau (pai, mãe, filho, filha) convivendo com transtorno mental, 15 pessoas (26% da amostra) identificam familiar(es) de segundo grau (avô, avó, neto, neta, irmão, irmã), 9 pessoas (16% da amostra) identificam familiar(es) de terceiro grau (bisavô, bisavó, bisneto, bisneta, tio, tia, sobrinho, sobrinha) e 5 pessoas (9% da amostra) identificam familiar(es) de quarto grau (tio-avô, tia-avó, primo, prima). A maioria dos(as) familiares apontados(as) (55%) são do sexo feminino, sendo que mãe, irmão e tia, nesta ordem, são os parentescos mais mencionados. Logo, para além dos determinismos biológicos, colher informações a respeito da família das pessoas que buscam cuidado em SM se atentando a possíveis padrões é uma atitude estratégica a uma abordagem integral dos casos.

Em um enfoque social, não raramente, os referidos padrões remetem aos conflitos familiares como fonte de adoecimento psíquico. As relações interpessoais entre familiares são reconhecidas como fundamentais para a promoção da saúde emocional, já que, em tese, a vivência familiar deve proporcionar proteção e amparo aos(às) envolvidos(as) (Oliveira & Ramos, 2021). Para Freitas et al. (2020), os laços familiares favorecem o desenvolvimento emocional e previnem desajustes biopsicossociais, contribuindo também para a reparação destes desajustes quando, inevitavelmente, acontecem. Entretanto, ambientes familiares que têm como padrão a interação pouco afetiva e o excesso de conflitos, amiúde, impulsionam o aparecimento de psicopatologias, em especial, os transtornos ansiosos e de humor. Isso sem contar que, de um modo geral, os problemas interpessoais são apontados como fatores que contribuem para o aumento da taxa de prevalência de TMCs (Lopes et al., 2003). Por certo,

Muitos estudos referem que é na família que se criam vínculos, afetos e relações, entendidas como trocas quotidianas, ou não, entre os seus membros, quer ocorram no ambiente físico familiar ou distante dele. As relações familiares podem resultar em solidariedades e suporte adequado ou até, por vezes, insatisfatório e problemático, com reflexos sobre a segurança, o bem-estar, a saúde física e mental de todos os seus membros (Oliveira & Ramos, 2021, p. 217).

A partir da análise de vulnerabilidade aplicada aos prontuários psicológicos em estudo, constatou-se que, no decurso do acompanhamento psicológico, pelo menos, 38% das pessoas sugeriram que o sofrimento e/ou o adoecimento psíquico que as aflige(m) se conecta(m) intimamente com os problemas de relacionamento com familiares que as envolvem, o que atribui a estes conflitos a condição de vulnerabilidade individual (Aires et al., 2006, 2009) fortemente presente no território xiquexiquense. Nesse diapasão, cabe mencionar que, em grande escala, os confrontos entre as pessoas atendidas e seus(suas) familiares exprimem divergências quanto a ideias e valores morais. Cerca de 10% do

universo amostral alegam se sentir cobrados(as) por membros(as) de seus respectivos grupos familiares a respeitar valores específicos, principalmente religiosos, o que, com frequência, ocasiona disputas e embates desrespeitosos que fragilizam os vínculos, impedindo que a família ou parte dela atue como rede social de apoio, em um cenário onde muitas pessoas se queixam de suporte social precário.

Destarte, a família deve ser tomada como um sistema ativo e dinâmico e seus mecanismos devem ser entendidos como constitutivos dos modos de subjetivação de todos(as) os(as) membros(as). No tocante à promoção da saúde e do bem-estar, mais que as heranças genéticas, o relacionamento entre familiares deve ser posto em investigação. Para tanto, os(as) profissionais de saúde precisam observar os vínculos afetivos, as relações de poder e os conflitos existentes no âmbito familiar, considerando os papéis desempenhados por cada um(a) que o compõe (Freitas et al., 2020). Já se falou que, no exercício clínico na AB, a família é assumida como a entidade fundamental. Em paralelo, volta e meia, a Psicologia adverte acerca da função primordial da instituição familiar para o desenvolvimento humano. Assim, implementar políticas intersetoriais de apoio à família, estimulando que a convivência entre seus(suas) membros(as) seja mais coesa e aprimorando, em alguma medida, a própria vivência comunitária, pode impactar positivamente os indicadores de SM da população (Alves & Rodrigues, 2010).

Consumo de medicamentos e indícios de uma cultura de medicalização da vida.

No seio das práticas médicas contemporâneas, dentre várias possibilidades interventivas, a terapêutica medicamentosa se consagrou como a estratégia fundamental. Em termos tecnológicos, o aprimoramento da alopatia (sistema de tratamento que emprega medicamentos para que ajam de modo contrário à doença) tem aumentado a expectativa e a qualidade de vida das pessoas frente a uma infinidade de situações clínicas. Todavia, parafraseando o médico e físico suíço-alemão Paracelso (1493-1541), fundador da

Bioquímica e da Toxicologia (retratado nos escritos de Schmidt [2019]), tudo que é remédio também pode ser veneno. Logo, o uso de medicamentos como medida de cuidado não é isento de acarretar danos à própria saúde. Debates consistentes em torno dos conceitos de medicalização (definido em capítulo anterior) e medicamentação³¹ vêm destacando o caráter nocivo de certas condutas medicamentosas e, sem dúvida, merecem atenção (Onocko-Campos et al., 2013; Rosa & Winograd, 2011).

Os fenômenos da medicalização e da medicamentação se fazem muito presentes nas práticas de saúde atuais, ocupando um lugar importante em meio aos interesses econômicos, sobretudo, os da indústria farmacêutica (Carvalho & Dimenstein, 2004). Segundo a OMS (2001), “a descoberta e o aperfeiçoamento de medicamentos úteis no manejo de transtornos mentais, que ocorreram na segunda metade do século XX, foram reconhecidos em muitos setores como uma revolução na história da psiquiatria” (p. 60), o que garantiu à prescrição de medicamentos uma posição privilegiada nas condutas terapêuticas adotadas no campo da SM (Dimenstein et al., 2009). Nesse sentido, não se trata de pregar pela extinção do uso de medicamentos, mas, sim, de questionar a centralidade deste uso e a maneira irracional, impessoal e isolada como, muitas vezes, ele é receitado, reconhecendo que há alternativas viáveis a um modelo que se caracterize como estritamente medicamentoso (Passarinho, 2017).

No Brasil, mesmo com os avanços da RPB – movimento que, entre outras pautas, enfatiza a necessidade de ampliação das tecnologias ofertadas a pessoas que atravessam experiências de sofrimento e/ou adoecimento psíquico –, a prescrição de medicamentos, em

³¹Entende-se por medicamentação a atitude derivada da medicalização que, com o objetivo de proporcionar cura, impõe o uso de medicamentos como a terapêutica preponderante ou mesmo a única terapêutica capaz de responder a situações da vida cotidiana que, à luz do modelo biomédico, quase sempre, são classificadas como adoecimento psíquico (Bezerra et al., 2014).

especial, de psicotrópicos³², mantém-se como o procedimento precípua do rol da SM (Onocko-Campos et al., 2013). Nesse âmbito, o modelo de atenção permanece fortemente subjugado à conduta médica e medicamentosa, de maneira que “o medicamento é visto como a principal prática terapêutica na rede pública de saúde, sendo muitas vezes considerado o único recurso disponível para aqueles que necessitam desse tipo de cuidado, tornando os usuários dependentes” (Dimenstein et al., 2009, p. 68). Especialmente nos casos de transtorno mental entendidos como graves ou persistentes, é raríssimo encontrar alguém em tratamento que não esteja medicado (Passarinho, 2017).

Não é à toa que a mera renovação de receita, sem qualquer reavaliação da condição clínica do(a) envolvido(a) e até mesmo na ausência dele(a), é comumente aceita como resposta a demandas de SM reportadas à AB e a alguns serviços de outros níveis (por exemplo: ambulatórios e CAPSs) (Onocko-Campos et al., 2013; Dimenstein et al., 2009). Entretanto, como alerta Dimenstein et al. (2009), priorizar a intervenção medicamentosa na resolução dos problemas de saúde da população é uma atitude oriunda da hegemonia do modelo biomédico e, corriqueiramente, tem acarretado uma série de prescrições indiscriminadas de medicamentos psicotrópicos. Na sequência, a Tabela 2 auxilia diretamente na análise do uso de medicamento(s) por parte das pessoas atendidas pela psicóloga do NASF-AB de Xique-Xique.

³²Também chamados de psicofármacos, fármacos psicoativos ou medicamentos psiquiátricos, os medicamentos psicotrópicos são entendidos como um grupo de substâncias químicas que atuam no sistema nervoso central (SNC), afetando as funções psíquicas e alterando as emoções e os comportamentos de quem os consome. Por essas razões, eles são prescritos com a finalidade de tratar alguns quadros clínicos do foro mental (Cordioli, 2011).

TABELA 2

Informações acerca do uso de medicamento(s) feito pelas pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil

Faz uso contínuo de algum medicamento* atualmente**?	
Resposta	Nº de pessoas (%)
Sim	33 (57%)
Não	21 (36%)
Sem informação	4 (7%)
Total	58 (100%)
Faz uso de medicamento(s) psicotrópico(s) atualmente**?	
Resposta	Nº de pessoas (%)
Sim	27 (46%)
Não	30 (52%)
Sem informação	1 (2%)
Total	58 (100%)
Faz uso contínuo de medicamento(s) de outro grupo atualmente**?	
Resposta	Nº de pessoas (%)
Sim	19 (33%)
Não	33 (57%)
Sem informação	6 (10%)
Total	58 (100%)
Fez uso de medicamento(s) psicotrópico(s) em algum momento da vida?	
Resposta	Nº de pessoas (%)
Sim	34 (59%)
Não	23 (40%)
Sem informação	1 (2%)
Total	58 (100%)

Nota. *Inclui medicamentos psicotrópicos e medicamentos de outro grupo.

**Refere-se à data de realização do atendimento inicial.

Mais da metade da amostra (57%) declarou uso contínuo de pelo menos 1 medicamento (psicotrópico ou outro). Logo, supõe-se que a terapêutica medicamentosa ocupa uma posição de destaque nos projetos de cuidado da maioria das pessoas alcançadas pelo estudo. Cerca de 46% delas fazem uso de medicamento(s) psicotrópico(s) e 33% usam continuamente medicamento(s) de outro(s) grupo(s). Dentre os fármacos de outros grupos mais utilizados estão os anticoncepcionais (em geral, indicados para prevenir a gravidez), os anti-hipertensivos e os diuréticos (usualmente associados para controle da hipertensão arterial sistêmica [HAS]). Nessa esfera, vale constar que alguns relatos de pesquisa registram suspeições sobre haver ligação entre a utilização de medicamentos para tratamento da HAS e a morbidade psiquiátrica (Benseñor et al., 1998; Hiany et al., 2018; Moreira et al., 2011).

Ademais, o consumo de calmantes ou sedativos fitoterápicos também se mostrou expressivo, os quais, rotineiramente, são indicados como atenuantes de desconfortos relacionados a TMCs e, por assim dizer, como alternativa ao uso de medicamentos psicotrópicos.

Resultados de levantamentos diversos ressaltam que a presença de uma patologia ou comorbidade aumenta o risco de adoecimento psíquico (Alves & Rodrigues, 2010; Biasoli et al., 2016; Hiany et al., 2018; Lopes et al., 2003; Santos & Kassouf, 2007; Rocha et al., 2010), corroborando a afirmação da OMS (2001) de que muitos dos transtornos mentais decorrem de alguma doença crônica caracterizada como física. Nessa perspectiva, Santos e Kassouf (2007) pontuam que pessoas que convivem com alguma doença crônica têm maior probabilidade de desenvolver, por exemplo, um transtorno depressivo. Logo, monitorar o estado de SM das pessoas que fazem uso contínuo de medicamento(s) para tratamento de quadros clínicos de base predominantemente biológica é uma medida sensível à identificação precoce e mesmo à prevenção de experiências de adoecimento psíquico (Moreira et al., 2011), o que pode impactar a prescrição de medicamentos psicotrópicos, reduzindo-a.

Ainda na Tabela 2, chama a atenção o fato de que boa parte das pessoas chegam para o primeiro atendimento de Psicologia já com um esquema medicamentoso voltado às queixas de SM. É certo que, na realidade examinada e em tantas outras, o acesso à consulta médica é mais facilitado que à assistência psicológica, o que acaba alargando as chances de um enfoque exageradamente direcionado aos aspectos biológicos e individuais constitutivos dos processos de saúde-adoecimento, manejo que, tradicionalmente, tem restringido a terapêutica ao uso de medicamento(s) (Campos, 1999). Contudo, é imprescindível que os(as) agentes da saúde reflitam a respeito do predomínio da terapia medicamentosa em meio ao conjunto de estratégias passíveis de serem adotadas para cuidar de pessoas acometidas por adoecimento psíquico, a fim de descortinar saídas que garantam a integralidade (Onocko-Campos et al., 2013; Dimenstein et al., 2009). É essencial que se volte um olhar amplo para as necessidades

de saúde e seus condicionantes, questionando constantemente o alcance do “arsenal terapêutico oferecido pelo sistema médico-industrial” (Dimenstein et al., 2009, p. 68).

Observando particularmente os esquemas de medicamento(s) psicotrópico(s) em uso referidos na ocasião do atendimento inicial pelas 27 pessoas (46%) em acompanhamento psicológico na AB de Xique-Xique, tem-se que: 15 pessoas (26%) faziam uso de apenas 1 medicamento deste grupo; 9 pessoas (15%) usavam 2 destes medicamentos associados; 2 pessoas (3%) usavam 3 destes medicamentos associados e 1 pessoa (2%) não especificou. Em se tratando do tempo: 18 pessoas (31%) faziam uso há menos de 1 ano; 2 pessoas (3%) usavam há mais de 1 ano e menos de 3 anos; 2 pessoas (3%) usavam há mais de 6 anos e menos de 9 anos; 1 pessoa (2%) usava há mais de 20 anos e 4 pessoas (7%) não souberam dizer. Com isso, vê-se que o consumo múltiplo e de longa duração de medicamentos psicotrópicos é trivial, o que reitera a discussão sobre a centralidade da terapêutica em SM no uso de fármaco(s). Na compreensão de Carvalho e Dimenstein (2004):

O consumo de medicamentos tem um significativo impacto na sociedade, haja vista constituir o principal meio de combate à doença na prática terapêutica atual e também por ter relevante significância em termos econômicos. Aliado a isso, existe o fato de as consultas médicas resultarem quase sempre numa prescrição, decorrente de uma visão limitada da saúde, para a qual o medicamento tornou-se a principal ferramenta (p. 122).

Tal conduta profissional traz implicações significativas, visto que acaba por estreitar o cardápio de ofertas de cuidado em SM, demonstrando a urgência do fortalecimento de práticas, quer coadjuvantes à terapia medicamentosa ou protagonistas, que contemplem a condição biopsicossocial de ser humano e o princípio da integralidade em saúde. Na Tabela 2, as respostas das pessoas acerca do uso de medicamento(s) psicotrópico(s) em algum momento da vida reforçam a relevância do fortalecimento incentivado, já que o percentual de

consumidores(as) sobe para 59% no quesito. Essa constatação remete às ferrenhas críticas de Whitaker (2017) à apropriação que o campo médico tem feito das drogas psiquiátricas, como se elas fossem pílulas mágicas. Segundo o autor, há indícios de que o extenso consumo de medicamentos desse grupo venha contribuindo para a epidemia dos transtornos mentais. A seguir, a Figura 21 toma como referência as 27 pessoas do universo amostral (46%) que afirmaram uso atual de medicamento(s) psicotrópico(s) e elenca quais tipos são mais utilizados.

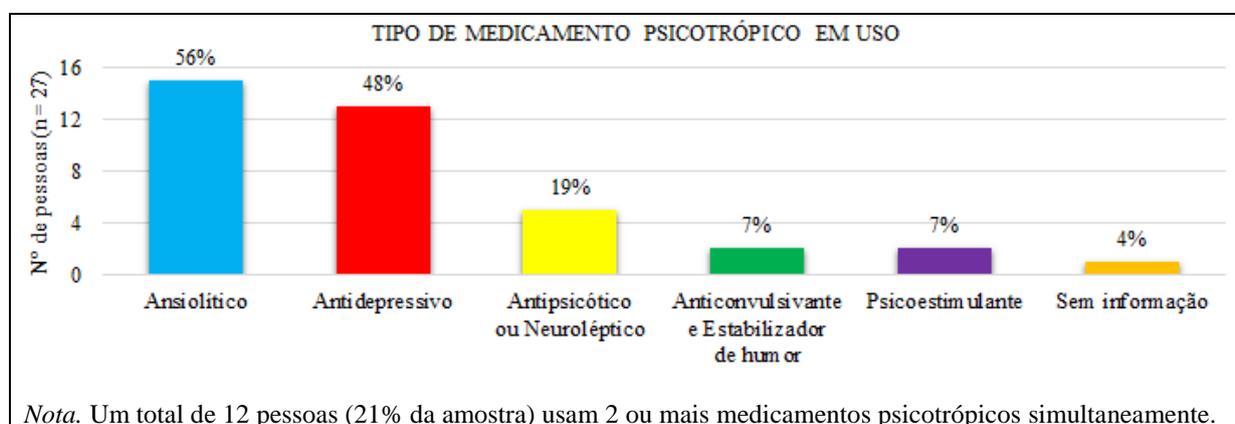


FIGURA 21

Gráfico da distribuição por tipo de medicamento psicotrópico em uso das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Nota-se que os ansiolíticos, os antidepressivos e os antipsicóticos ou neurolépticos, tal como descrito por Whitaker (2017), são os tipos de medicamentos psicotrópicos mais adotados para a remissão dos sintomas que expressam necessidades de SM. De acordo com o MS (Brasil, 2019), o Brasil ocupa a terceira colocação na lista dos países que mais consomem ansiolíticos benzodiazepínicos³³, sem contar que, entre os anos de 2012 e 2016, a prescrição

³³Componentes do grupo dos psicofármacos, os benzodiazepínicos são as drogas mais requisitadas na prática clínica em SM. Eles apresentam quatro atividades básicas: ansiolítica, sedativo-hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular. O potencial ansiolítico é o grande responsável por sua prescrição em larga escala. Em contextos variados, não é incomum que a utilização de ansiolíticos se restrinja a benzodiazepínicos (Naloto et al., 2016), gerando sérias críticas acerca de usos pouco discriminados e prolongados por pessoas acompanhadas na AB, por exemplo (Silveira, 2015), o que requer a atenção dos(as) profissionais de saúde.

de antidepressivos no SUS cresceu 87%. Em seu trabalho no cenário da ESF, Moreira et al. (2011) concluíram que quase metade das pessoas que faziam uso de medicamento(s) psicotrópico(s) consumiam ansiolítico, sendo este o tipo mais utilizado entre todos. Para Ferreira (2008), há um excesso, principalmente, de mulheres medicadas com ansiolíticos benzodiazepínicos e com antidepressivos. Face a um caso psicossocial complexo, que requer psicoterapia e outros suportes, a terapia medicamentosa quase sempre parece mais fácil e imediata (OMS, 2001), sustentando a falácia de que a assistência em saúde pode se dar apenas nos âmbitos biológico e individual, sem interface com o território e as outras dimensões da vida (Dimenstein et al., 2009).

Dentre os medicamentos psicotrópicos do tipo ansiolítico mais consumidos pelas pessoas assistidas em atendimento individual pela psicóloga do NASF-AB em Xique-Xique estão o Clonazepam e o Diazepam, ambos benzodiazepínicos. Inclusive, todos os outros ansiolíticos que foram mencionados também eram benzodiazepínicos. Na divisão dos antidepressivos, a Amitriptilina foi prescrita com maior frequência. Em meio aos antipsicóticos, a Risperidona foi mais utilizada. Quanto aos estabilizadores de humor e anticonvulsivantes, apareceram a Carbamazepina e o Valproato. Já como psicoestimulante, apenas o Metilfenidato (a famosa Ritalina[®]) foi requisitado. “Para muitos, é difícil reconhecer a medicalização na APS, como se esse fenômeno fosse privilégio dos níveis especializados e hospitalares de atenção” (Cardoso, 2014, p. 98). No entanto, os presentes resultados demonstram que o uso de medicamento(s) ocupa um lugar privilegiado também nos projetos de cuidado articulados a partir da AB, sugerindo que a temática seja examinada com cautela.

Nessa esteira, a partir da leitura na íntegra dos prontuários componentes da amostra, identificou-se outro fato curioso: pelo menos 7 pessoas (12%) faziam uso de medicamento(s) psicotrópico(s) sem prescrição médica, sobressaindo-se o consumo de benzodiazepínicos. A esse respeito, Bastos et al. (2017) demonstram que, no Brasil, quase 13 milhões de habitantes

entre 12 e 65 anos de idade já consumiram medicamentos não prescritos em algum momento da vida, sendo que cerca de 6 milhões deles(as) recorreram aos benzodiazepínicos. Relatos como “tenho expectativa de encontrar um medicamento que resolva meu problema” (Prontuário 52) ou “tomaria um remédio para ser feliz, caso tivesse” (Prontuário 05) exprimem o quanto a terapia medicamentosa é cultuada como uma resposta milagrosa aos infortúnios da vida por parte das pessoas que buscam a AB para tratar questões ligadas à SM em Xique-Xique, o que, a partir da análise de vulnerabilidade que foi aplicada, qualifica o fenômeno da medicalização como uma vulnerabilidade social atrelada a valores e referências culturais (Ayres et al., 2006, 2009) que fragiliza este território.

Para Carlos (2017), as pessoas que buscam amparo no setor da saúde nem sempre são acometidas por patologias ou distúrbios fisiopatológicos. Às vezes, elas sofrem de “exaurimento social” (p. 12) e, por assim dizer, o ideal seria que não voltassem às suas casas com receitas de medicamentos, já que o problema não é “médico”. É essa sensibilidade perceptiva que os(as) profissionais da AB precisam exercitar, priorizando uma abordagem psicossocial em vez de excessivamente medicalizante, pouco efetiva e geradora de demanda crônica por medicamentos psicotrópicos que só dificulta o acesso aos mesmos (Tesser et al., 2018). A desintoxicação social ou desmedicalização da saúde, apesar de largamente debatida, ainda carece de sérios investimentos, a fim de que a AB, por meio da ESF, reoriente genuinamente seu modelo de atenção, de modo que a terapêutica medicamentosa esteja em última análise e a pessoa atendida, em primeira (Carlos, 2017). Com isso, deve ser objetivo da clínica ampliada e, em particular, da clínica psicológica ampliada o combate à cultura da medicalização da vida (Campos, 2003).

O uso de álcool e outras drogas e o impacto familiar do abuso.

O uso de álcool e outras drogas é um fenômeno sociocultural com notáveis implicações médicas, políticas, religiosas, econômicas etc. (Minayo & Deslandes, 1998).

Historicamente, sabe-se que a relação da humanidade com as drogas em geral é antiga e persistente, motivada, essencialmente, pela busca do prazer, do alívio de tensões e da expansão da consciência (Medeiros & Tófoli, 2018). Ocorre que, ao longo do século XX, o consumo de determinadas drogas elevou a prática ao patamar de questão social, circunscrevendo um campo de atenção, debate e preocupação política fundamentado nos discursos da moralização, da medicalização e da criminalização (Labate et al., 2008). Décadas de aproximação entre esses discursos resultaram em uma concepção que toma o uso de drogas (de algumas mais que de outras) como algo física e mentalmente prejudicial, podendo levar, inclusive, à morte. Com frequência, tal noção serve de substrato para que o proibicionismo – modelo que incorpora certo pânico para tratar sobre drogas – se mantenha hegemônico (Medeiros & Tófoli, 2018).

No Brasil, de caráter intersetorial, as políticas de drogas se apresentam como uma verdadeira arena de disputas, com explícitos interesses econômicos (Guimarães & Rosa, 2019). A pressão moralista contra o uso (enfocando sobretudo as que são consideradas ilícitas) influencia obstinadamente a elaboração do arcabouço jurídico que as envolve e, por assim dizer, consubstancia a atuação do Estado (Medeiros & Tófoli, 2018). Na maior parte do tempo, o país adotou (e segue adotando) posturas proibicionistas, inegavelmente atravessadas por valores religiosos, legitimando atitudes coercitivas e marginalizantes para com as pessoas que são usuárias. Prova disso é que somente a partir de 2003, como conquista da RPB e da Luta Antimanicomial, o uso problemático de drogas foi reconhecido como questão de saúde pública (Guimarães & Rosa, 2019), o que ficou marcado pela publicação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003a), estabelecida como documento soberano em relação aos demais instrumentos legais que norteiam as políticas de drogas no país.

Sob a égide da redução de danos – paradigma que defende que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado e sequer precisa ser um objetivo na atenção a pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas –, a referida política (Brasil, 2003a) reconfigura a perspectiva do cuidado em SM, requerendo adequações por parte dos(as) profissionais de saúde. Apesar dos retrocessos que, desde 2015, sem amplo debate e contrariando as reivindicações dos movimentos antimanicomiais, vêm atingindo as políticas de drogas, fortalecendo projetos conservadores e neoliberais (Guimarães & Rosa, 2019), esta dissertação se afina com moldes antiproibicionistas, uma vez que defende os DH e os direitos fundamentais e não fecha os olhos para os retratos tristes de uma nação que, como escancarou Arbex (2013), aniquilou (e ainda aniquila) o próprio povo, sustentada pela falácia que anuncia que as pessoas com necessidades de SM, decorrentes do uso de drogas ou não, ficam melhor reclusas.

Na sequência, a fim de ampliar a discussão ensaiada nesta seção, a Figura 22 reúne declarações a respeito do uso de álcool ou outra droga por quem recebeu assistência psicológica na AB de Xique-Xique durante o intervalo pesquisado.

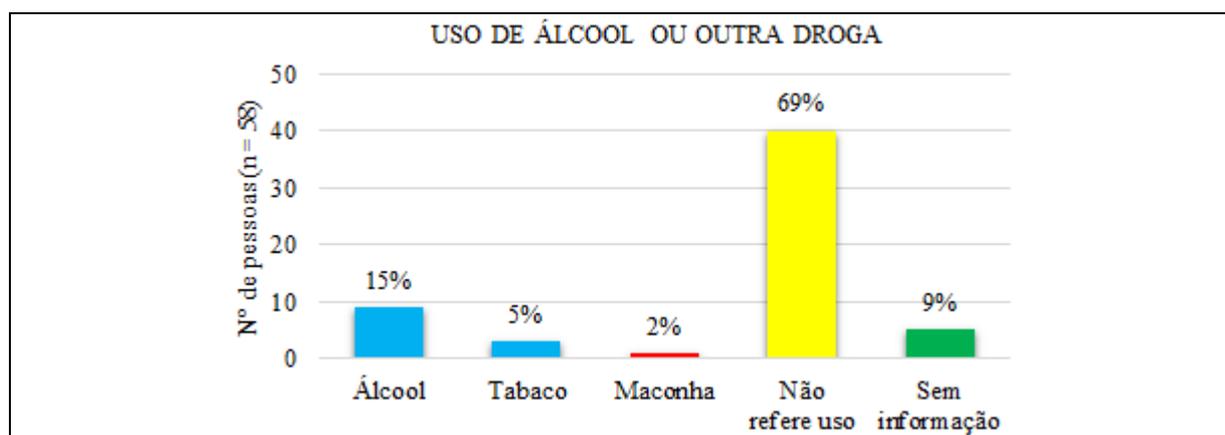


FIGURA 22

Gráfico da distribuição por uso de álcool ou outra droga das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Um total de 13 pessoas (22%) se apresentaram como usuárias de alguma substância, não tendo sido registrado o consumo de múltiplas drogas. Dentre elas, 3 tinham menos de 18 anos (5% da amostra) e admitiram fazer uso recreativo de álcool, apesar de, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), configurar-se como crime a oferta de qualquer tipo de contato com drogas lícitas ou ilícitas a menores de idade (Lei do ECA, 1990). Acerca desse segmento etário, o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no ano de 2015, junto a 17 mil pessoas entre 12 e 65 anos de idade, revelou que 34% dos(as) adolescentes de 12 a 17 anos já tinham consumido álcool em algum momento da vida, 22% tinham consumido álcool dentro dos últimos 12 meses que antecederam a data da coleta da informação e 9% consumiram álcool dentro dos últimos 30 dias anteriores à data da coleta da informação (Bastos et al., 2017). Para Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004):

Os profissionais que lidam com adolescentes devem estar preparados para uma avaliação adequada quanto ao possível uso abusivo ou dependência de álcool nesta faixa etária. Entretanto, é importante destacar que os critérios empregados por alguns instrumentos para o diagnóstico de abuso e dependência de álcool foram desenvolvidos para adultos e devem ser aplicados com ressalvas para adolescentes. Assim, é fundamental que os profissionais conheçam as características da adolescência e as particularidades da dependência química nesta faixa etária (p. 14).

A Figura 22 também explicita que o álcool e o tabaco, nesta ordem, são as substâncias lícitas mais consumidas pelas pessoas atendidas pela psicóloga do NASF-AB de Xique-Xique, o que corrobora os resultados do levantamento da Fiocruz supracitado quando concluem que estas são as drogas mais populares no cenário nacional. Cerca de 66% dos(as) brasileiros(as) já consumiram álcool pelo menos 1 vez na vida, 43% o consumiram dentro dos 12 meses anteriores à realização do levantamento e 30% o consumiram dentro do último

mês que antecedeu a coleta da informação. Quanto ao tabaco, aproximadamente, 17% dos(as) brasileiros(as) haviam usado algum de seus derivados dentro dos 12 meses que precederam o inquérito. Já no rol das substâncias consideradas ilícitas, a maconha foi a única mencionada e apenas por 1 das pessoas em acompanhamento psicológico na AB de Xique-Xique (2%), retratando o fato desta ser a droga ilícita mais consumida no Brasil e usada por mais ou menos 2% da população dentro dos 30 dias que antecederam a coleta de informações para o estudo em comparação (Bastos et al., 2017).

Diante desse panorama, chama a atenção o fato de, em Xique-Xique, a maioria das pessoas (69%) ter afirmado, na ocasião do atendimento inicial de Psicologia, que não fazia qualquer uso de álcool ou outra droga. Suspeita-se que, a menos que o uso problemático de uma ou mais drogas apresente ligação estreita com o motivo da procura pela assistência psicológica ou seja o exato motivo, a investigação acerca do consumo de drogas não é explorada o suficiente na abordagem clínica e boa parte das pessoas atendidas, reprimidas por preconceitos oriundos da cultura proibicionista, acabam negando suas experiências com a prática. Ainda, cabe destacar que, entre as pessoas que declararam uso, somente 3 (5% da amostra) avaliaram a experiência como abusiva e problemática, sendo: 1 pessoa que usa álcool; 1 pessoa que usa tabaco e a única pessoa que usa maconha. Para essas, a percepção de um consumo danoso foi o que as levou ao atendimento individual de Psicologia no NASF-AB.

Para uma intervenção genuinamente ética junto a pessoas que fazem uso de drogas, é imprescindível que se distinga o consumo não problemático ou recreativo do consumo problemático ou adocido. A qualidade de problemática dessa prática é o que deve nortear a postura do(a) profissional de saúde na construção do projeto de cuidado de quem procura apoio técnico. Isso porque, partindo do pressuposto de que o uso de drogas é um fenômeno influenciado por circunstâncias históricas e culturais, não é papel do(a) profissional atualizar

discursos moralizantes, medicalizantes e criminalizantes. Mesmo diante de casos de consumo problemático, quem busca ajuda jamais deve ser resumido(a) à relação que demonstra com a(s) droga(s). Nesse âmbito, recortes das evoluções dos prontuários estudados revelam que o abuso repetido é o que, na maioria das vezes, qualifica o uso praticado como problemático, impactando negativamente na dinâmica familiar na qual o(a) usuário(a) está inserido(a). Pelo viés da teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde (Ayres et al., 2006, 2009), uma vez que prejudica a convivência, esse tipo de uso expõe quem o faz e seus(suas) familiares a uma vulnerabilidade individual.

No universo amostral, 17% das pessoas atendidas compartilham narrativas sobre conflitos familiares mobilizados por algum(a) membro(a) em situação de uso problemático de álcool ou outra droga. Entre elas, pelo menos 5 mulheres (9% da amostra) apresentam memórias de sofrimento ligadas a episódios de uso abusivo de álcool por parte de companheiro ou ex-companheiro. Grosso modo, essa constatação remete ao fato de a oferta do álcool ser intrínseca a inúmeras possibilidades de lazer em Xique-Xique, o que a torna uma temática desafiadora no nível institucional para uma série de políticas intersetoriais. Segundo Böing et al. (2009), o consumo de álcool e outras drogas é um problema comportamental atrelado a questões sociais, o que impossibilita que seja tratado exclusivamente do ponto de vista médico, requerendo uma atenção integral e interdisciplinar com a qual a Psicologia pode contribuir grandemente. Portanto, qualificar a assistência a pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, bem como investir em ações de redução de danos voltadas a pessoas e grupos que fazem uso potencialmente nocivo, prevenindo o aparecimento de condições vulnerabilizantes, é um compromisso do qual as políticas locais não podem abrir mão.

Atividades terapêuticas e de promoção da saúde: ampliando possibilidades de cuidado e de suporte social.

Nesta seção, com base nas fichas de triagem que serviram de fonte de dados à pesquisa que sustenta a presente dissertação, entende-se por atividade terapêutica toda ação que atua sobre uma necessidade percebida (queixa, sintoma, adoecimento etc.) e tem por objetivo fundamental a restauração da saúde. Por sua vez, a noção de atividade de promoção da saúde remete a iniciativas que permitem potencializar a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida, independente da presença de quadro patológico. Ainda que, na prática, essas atividades estejam imbricadas, de maneira que uma mesma modalidade, a depender das circunstâncias e dos anseios, pode servir como terapêutica e promotora de saúde, em nível didático, achou-se pertinente distingui-las, a fim de melhor explorar as informações que serão tratadas. Nessa perspectiva, Hiany et al. (2008) pontua que, no que concerne à remissão de sintomas de transtornos mentais, optando-se ou não pela terapia medicamentosa, é importantíssimo que se recorra a atividades terapêuticas e de promoção da saúde, pois elas são vias de experimentação de novas atitudes e hábitos.

A PNAB (Portaria da PNAB, 2017) tem compromisso irreduzível com a oferta de ações que promovam saúde, já que ampara o nível primário de atenção e a ESF, que se constituem como loci privilegiados para a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Brasil, 2010b; Portaria da PNPS, 2006). Realizadas individualmente ou em grupo, pontualmente ou de forma sistemática, com o auxílio de um(a) profissional ou autoguiadas, em geral, as denominadas atividades terapêuticas e de promoção da saúde são subsidiadas pelos(as) próprios(as) beneficiários(as) ou por organizações (com destaque aos serviços públicos e do terceiro setor). A Figura 23 reúne os tipos dessas atividades mencionadas pelas pessoas em acompanhamento psicológico no NASF-AB de Xique-Xique,

permitindo o reconhecimento de iniciativas comunitárias e pontos estratégicos do cenário local.

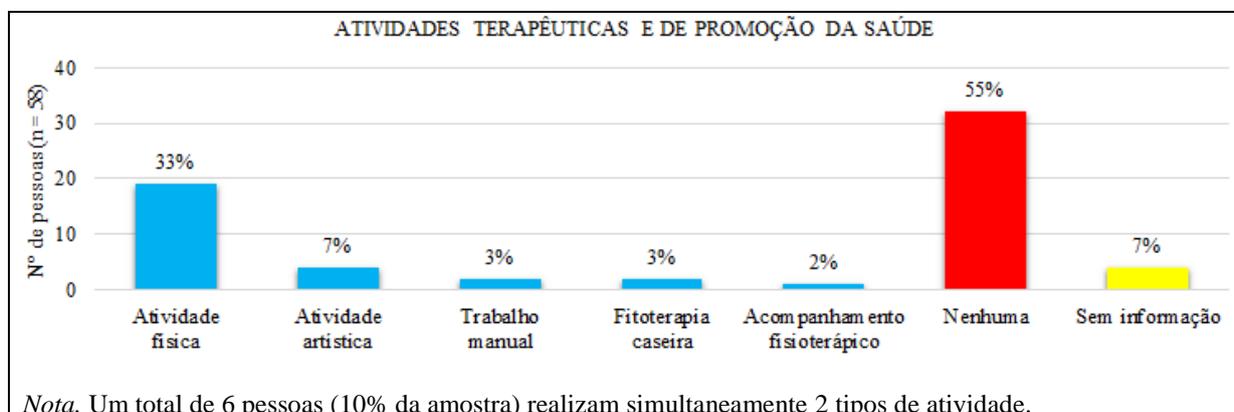


FIGURA 23

Gráfico da distribuição por tipo de atividade terapêutica ou de promoção da saúde realizada pelas pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Na data do atendimento inicial, a maior parte das pessoas (55%) ainda não estava engajada com atividades terapêuticas ou de promoção da saúde. Em paralelo, pelo menos 38% do universo amostral se dedicavam com frequência a alguma atividade terapêutica ou de promoção da saúde. A atividade física (que inclui esportes, caminhada, ginástica etc.) figura como a modalidade mais procurada (33%). A própria PNPS estabelece as práticas corporais e atividades físicas como prioridades para a ação por parte dos serviços de saúde, sobretudo pela AB orientada pela ESF (Brasil, 2010b; Portaria da PNPS, 2006). Recursos como o Programa Academia da Saúde (PAS) podem ser implantados, a fim de fortalecer o trabalho e o cardápio de ofertas direcionados à promoção da saúde por meio da atividade física (Brasil, 2014). Além disso, cabe observar que a atividade artística e o trabalho manual foram descritos como meios de promoção da saúde ao mesmo tempo que a fitoterapia caseira (os famosos chás) e o acompanhamento fisioterápico foram indicados como atividades terapêuticas. De acordo com as evoluções dos prontuários, as atividades terapêuticas e de

promoção da saúde têm contribuído diretamente para a ressignificação de experiências traumáticas vividas pelas pessoas atendidas.

Em Xique-Xique, segundo os dados acessados, a Universidade Aberta da Terceira Idade (UATI), vinculada à Universidade do Estado da Bahia (UNEB), o programa Mais Educação, ligado à Secretaria Municipal de Educação e Cultura (SEMEC), e a Pastoral da Criança (PC), organismo de ação social da Igreja Católica, têm ampliado consideravelmente as possibilidades de cuidado da comunidade, disponibilizando, principalmente, atividades de promoção da saúde, como a atividade física (por exemplo: ginástica), a atividade artística (por exemplo: teatro) e o trabalho manual (por exemplo: plantio de horta). Os CRASs e o CREAS, apesar de não terem sido retratados pelos(as) participantes do estudo na ocasião do atendimento inicial, também cumprem um papel importante na rede, amparando pessoas acometidas por vulnerabilidades diversas a partir de grupos de convivência e fortalecimento de vínculos, atividades esportivas, oficinas artísticas e oficinas de geração de trabalho e renda. Esses centros, repetidas vezes, são acionados pelos(as) profissionais de saúde, no intuito de incrementar os projetos de cuidado daqueles(as) que buscam assistência no SUS.

Por último, é válido destacar que o engajamento em atividades terapêuticas e de promoção da saúde de caráter grupal abriga o potencial de alargar a vivência comunitária ao passo que é capaz de fortalecer o suporte social recebido pelas pessoas envolvidas. Em um cenário como Xique-Xique, onde, de acordo com os prontuários estudados, com frequência, as pessoas em acompanhamento psicológico na AB apresentam redes sociais de apoio fragilizadas, situação que, frente à teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde (Ayres et al., 2006, 2009), configura-se como vulnerabilidade atrelada à dimensão individual, é também função dos órgãos públicos o desenvolvimento de propostas que ofereçam atividades grupais de forma sustentável. Para isso, sem dúvida, a Psicologia possui repertório técnico que pode

assegurar o aprimoramento de ações estratégicas em prol do agenciamento de movimentos de vida porventura presentes no território e da facilitação de relações de ajuda entre as pessoas.

Motivo da procura pela assistência psicológica: óticas do(a) profissional requerente e da pessoa atendida.

Reconhecer os motivos que mais engajam as pessoas na busca por serviços e procedimentos de saúde é uma tática capaz de auxiliar na compreensão das reais necessidades de cuidado que compõem uma determinada realidade sanitária. Por assim dizer, os motivos da procura pela assistência psicológica figuram como dado estratégico tanto para o planejamento das ações do(a) psicólogo(a) que atua na AB quanto para a estruturação de programas e políticas que subsidiam esta e outras atuações. A partir dos prontuários estudados, tornou-se factível o exame dessas motivações sob duas perspectivas: a do(a) profissional requerente da intervenção psicológica e a da própria pessoa encaminhada. Nesta seção, em resposta direta a um dos objetivos específicos da pesquisa que fundamenta a presente dissertação, ambas as óticas serão discutidas, revelando características epidemiológicas do grupo de moradores(as) xique-xiquenses que, no intervalo de interesse, foi referenciado ao NASF-AB para tratar queixas e demandas relacionadas à SM.

Além de informações de identificação da pessoa que recorreu à assistência, como nome, endereço e números de documentos pessoais (Carteira de Identidade [RG] e Cartão Nacional de Saúde [Cartão SUS]), o formulário padrão de requisição de exames ou outros procedimentos adotado no SUS de Xique-Xique dispõe de um campo para que seja descrito o motivo da solicitação (por exemplo: o motivo da solicitação do atendimento individual de Psicologia). Corriqueiramente, tal quesito é contemplado com as impressões clínicas do(a) profissional requerente, incluindo ou não as hipóteses diagnósticas formuladas por ele(a). As observações comunicadas, dentre outras funções, na maioria das vezes, guiam o(a) psicólogo(a) que responderá ao pedido durante o atendimento inicial, refinando a anamnese e

aguçando a escuta de relatos que remetem a aspectos que confirmam ou refutam o motivo declarado pelo(a) requerente. Logo, mais que uma exigência burocrática, o formulário de requisição é um instrumento que conecta profissionais envolvidos(as) no cuidado de um mesmo caso.

Todavia, na prática, nem sempre a tarefa de preencher uma requisição recebe a devida atenção. Não é raro que alguns de seus campos sejam deixados em branco, restringindo sua utilidade e prejudicando, principalmente, o entendimento de quem se encarregará pela realização do(s) exame(s) ou outro(s) procedimento(s) solicitado(s). Na Figura 24, estão reunidas as condições clínicas apontadas com mais frequência pelos(as) profissionais requerentes como motivo da requisição da assistência psicológica na AB, via NASF-AB, no município em foco.

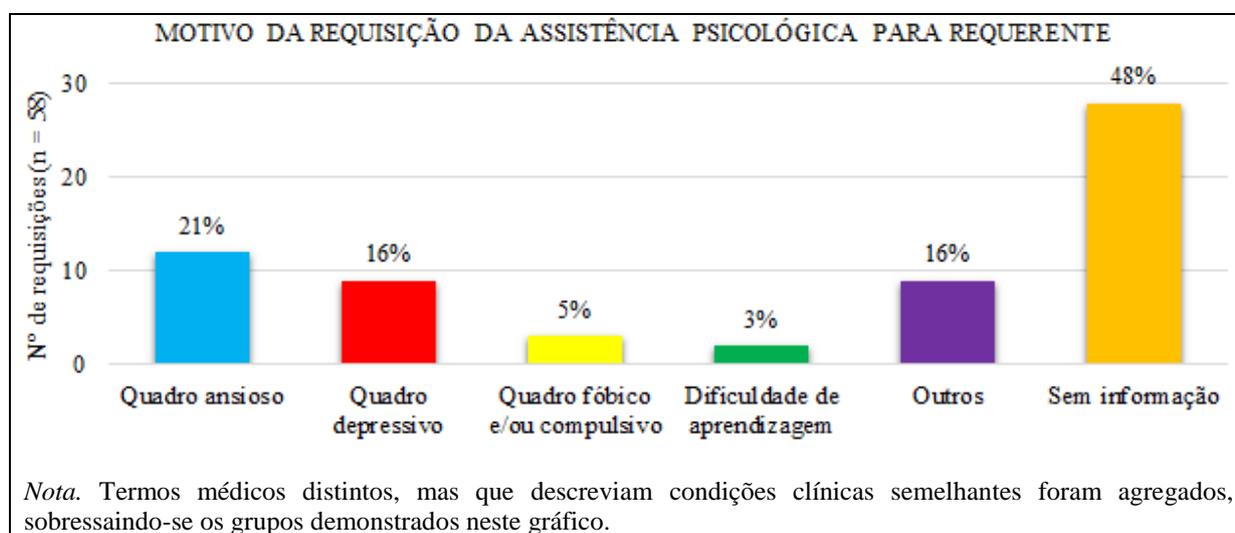


FIGURA 24

Gráfico da distribuição por motivo da solicitação da assistência psicológica registrado pelo(a) profissional requerente nos formulários de requisição em nome das pessoas assistidas em atendimento individual na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Registros que referem sinais e sintomas característicos de quadros ansiosos como a urgência que convoca a intervenção psicológica são os mais presentes, constando em 21% do

total de requisições avaliadas. Em segundo lugar, com 16%, estão as queixas alusivas ao sentimento de tristeza e ao humor deprimido, sugestivas de quadros depressivos. Esses resultados são análogos aos dos levantamentos de Souza, Santos e Vivian (2014) e Cerioni e Herzberg (2016), os quais retrataram que transtornos de humor (em particular, a depressão) e vivência de ansiedade (sobretudo quando patológica) são as justificativas que mais têm levado as pessoas ao atendimento clínico com psicólogo(a). Ainda, percebe-se que essas altas prevalências de quadros ansiosos e depressivos na assistência primária retroalimentam o papel central atribuído à AB (retratado em seções anteriores) na prevenção e tratamento dos TMCs, ratificando a importância da ampliação do trabalho da Psicologia neste nível de atenção, visto que contribui para a expansão do acesso à terapêutica adequada e qualifica as ações em SM. Na próxima seção, outras reflexões em torno dessas questões serão grifadas.

Apesar de menos expressivas, é válido comentar a respeito das situações em que a dificuldade de aprendizagem aparece como motivo da solicitação da assistência psicológica na AB (3% da amostra). Em linhas gerais, esse tipo de dificuldade não deveria ocupar uma agenda que se volta essencialmente a problemáticas de saúde. No entanto, considerando a fragilidade ou mesmo a inexistência da inserção da Psicologia nas políticas de educação, não é incomum que a rede de saúde e, especialmente, a rede básica sejam convocadas a cuidar de queixas escolares (Andrade, Corte & Gusmão, 2018; Cabral & Sawaya, 2001; Sodré, Souza & Cabral, 2021). Essa dinâmica inapropriada agrava o fenômeno da medicalização (Sodré et al., 2021), bem como embarreira o atendimento de pessoas com demandas condizentes com as atribuições da Psicologia que deve ser praticada no NASF-AB. Em Xique-Xique, acredita-se que garantir a execução da Lei da Psicologia e do Serviço Social nas redes públicas de educação básica (2019) e estender a abrangência do Centro de Atendimento Multidisciplinar em Educação Inclusiva (AMAR) são manejos que podem colaborar para que equívocos como esse sejam reparados.

O grande quantitativo de formulários de requisição para atendimento psicológico que não especificam o motivo da procura na visão do(a) requerente (48%) é outro elemento que merece atenção. Como destacado, nesses formulários, o não preenchimento de campos essenciais impacta negativamente no compartilhamento dos casos entre os(as) profissionais comprometidos(as) com a assistência. De acordo com a análise de vulnerabilidade realizada, tal ocorrência, de tão repetida no cenário estudado, classifica-se como uma vulnerabilidade programática atrelada às competências de gerentes e técnicos(as) (Ayres et al., 2006, 2009) e acaba fragilizando o processo de trabalho na saúde, já que este se propõe fundamentalmente multiprofissional. Melhorar os padrões de encaminhamento dos casos é uma ação mínima necessária ao cuidado integral e efetivo em SM (OMS, 2001). Assim, aperfeiçoar o uso de instrumentos de informação, como, por exemplo, o formulário de requisição, por quem atua nas redes locais, especialmente na RAS e nas redes que se entrelaçam cotidianamente com ela, mostra-se imprescindível ao município de Xique-Xique, que pode recorrer à EPS para tanto.

Em paralelo à opinião do(a) profissional requerente, o motivo da procura pela assistência psicológica afirmado, na ocasião do atendimento inicial, pela própria pessoa encaminhada também auxilia na circunscrição da(s) queixa(s) e da(s) demanda(s) a serem tratadas. Com base na CIAP2, a motivação da consulta apontada por quem é assistido(a) reflete a perspectiva dele(a) acerca do que está acontecendo (Brasil, 2017; WONCA, 2009). Ancorado em um modelo de atenção que centra o cuidado na pessoa e não na doença, do modo como os paradigmas da promoção da saúde e da clínica ampliada ambicionam, é indispensável que as experiências de saúde-adoecimento acolhidas nos serviços de saúde sejam contadas em primeira pessoa. Com isso, a Tabela 3 recorta os motivos mais relevantes que, segundo as pessoas em acompanhamento psicológico no NASF-AB de Xique-Xique durante o período investigado, levaram-nas a essa assistência. Destaca-se que, dentre as 58

problemáticas listadas a partir das fichas de triagem examinadas, empiricamente, optou-se por expor apenas as que atingiram pelo menos 10% do universo amostral.

TABELA 3

<i>Motivo da procura pelo atendimento individual de Psicologia declarado pela pessoa atendida</i>	<i>f_i</i>	<i>%</i>
P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros	21	36%
P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	10	17%
P03 Tristeza/Sensação de depressão	09	16%
Z23 Perda/falecimento de familiar	06	10%

No grupo P29 (Sinais/sintomas psicológicos, outros) se reúnem agravos psicológicos em geral, não especificados em outros códigos da CIAP2, que, grosso modo, remetem a alterações das funções psíquicas elementares³⁴. São exemplos desses agravos: delírios; alucinações; comportamentos estranhos; problemas em comer; estado de choque emocional; baixo nível de higiene pessoal; aparência bizarra; problemas ligados à organização do modo de vida; situações de crise psíquica e sinais/sintomas psicológicos múltiplos. Em P01 (Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão) e P03 (Tristeza/Sensação de depressão), agregam-se, respectivamente, sinais e sintomas típicos de quadros ansiosos e depressivos, já abordados nesta seção. Por sua vez, em Z23 (Perda/falecimento de familiar), encontram-se sinais e sintomas associáveis ao processo de luto por membro(a) da família, excetuando criança e parceiro(a) (para os quais existem códigos particulares) (WONCA, 2009).

Os sinais e sintomas psicológicos são causas óbvias que conduzem uma pessoa ao atendimento clínico com psicólogo(a). Talvez por isso figurem como o principal motivo declarado pelas pessoas atendidas na AB de Xique-Xique. Os sinais e sintomas de ansiedade e depressão, atravessando pelo menos 16% das experiências de saúde-adoecimento em análise, são marcados com significativa frequência como motivação para a intervenção psicológica tanto pelas próprias pessoas atendidas como pelos(as) profissionais requerentes,

³⁴No âmbito da Psicopatologia, entende-se por funções psíquicas elementares a consciência, a atenção, a orientação, as vivências do tempo e do espaço, a sensopercepção, a memória, a afetividade, a vontade, a psicomotricidade, o agir, o pensamento, o juízo de realidade e a linguagem (Dalgalarondo, 2019).

reiterando a literatura científica, que tem sinalizado a prevalência dessas problemáticas nos serviços de saúde (Cerioni & Herzberg, 2016; Souza et al., 2014). Quanto à perda/falecimento de familiares, cabe mencionar que não é incomum que processos de luto se desdobrem em casos de adoecimento psíquico. Para Biasoli et al. (2016), as definições mais corriqueiras evidenciam que, entre outras questões, a perda de familiares é fator de risco para o desencadeamento de transtornos mentais de início tardio.

Contrastar a motivação percebida pelo(a) profissional requerente com a declarada pela pessoa atendida é um manejo essencial à elaboração da história clínica, implicando nos resultados (psico)diagnósticos, bem como na construção do projeto terapêutico. Além disso, conhecer os agravos que mais persistem em um dado território possibilitará tanto que os(as) técnicos(as) aperfeiçoem seus repertórios de cuidado quanto que os(as) gestores(as) tracem prioridades para a ação. A própria lógica do apoio matricial, que orienta o trabalho da Psicologia na AB, quando inserida no NASF-AB, ratifica a importância do(a) psicólogo(a) criar intimidade com a realidade sanitária onde atua, procurando reconhecer as peculiaridades e vulnerabilidades que a constituem, a fim de oferecer respostas condizentes com as necessidades da população. No dia a dia, apesar da frequência com que se fala a respeito, buscar coerência entre as urgências do território e os cardápios dos serviços de saúde ainda se mostra um desafio a ser superado quer pela equipe assistencial quer pela equipe que se incumbem especificamente do planejamento estratégico.

Avaliação clínica: como as necessidades de saúde são percebidas pela psicóloga ofertante do atendimento individual.

No atendimento psicológico, a avaliação clínica figura como um recurso básico, porém extremamente potente, que possibilita, dentre outros encaminhamentos, a circunscrição de dois elementos interdependentes que enredam os casos acompanhados: as queixas (sinais e sintomas identificados pela própria pessoa que busca suporte, podendo fazer

referência a episódios traumáticos vividos por ela) e as demandas (questões subjacentes às queixas, sejam elas biológicas, psicológicas ou sociais, que se conectam a aspectos constitutivos da existência) (Branco, 2019). O binômio queixa(s) declarada(s) pela pessoa atendida e demanda(s) interpretada(s) pelo(a) psicólogo(a) a partir da relação terapêutica se estabelece como fio condutor de todo processo psicoterapêutico, costurando as estratégias e os projetos de cuidado propostos. Por assim dizer, nesta seção, discutir-se-ão os principais agravos à saúde associados às demandas percebidas, no atendimento inicial e ao longo de todo o acompanhamento psicológico, pela profissional de Psicologia ofertante da assistência na AB de Xique-Xique, durante o período investigado.

É esperado que, na ocasião do atendimento inicial, o(a) psicólogo(a) tenha uma visão mais restrita das problemáticas apresentadas, visto que são as consultas de retorno que permitem o fortalecimento do vínculo e a criação de intimidade entre a pessoa assistida e este(a) profissional, condições que propiciam a revelação de minúcias das histórias de vida retratadas, levantando outras impressões e hipóteses clínicas. Nessa perspectiva, é aceitável que certos agravos captados no primeiro contato com um caso se diluam à medida que o processo terapêutico avança ou mesmo que alguns agravos não sejam desvelados na ocasião do atendimento inicial, requerendo a continuidade da assistência para que aconteçam³⁵. Examinar os agravos delineados no atendimento inicial e os que vêm à tona ao longo do acompanhamento auxiliam na indicação das necessidades de saúde que assolam a população de um território específico e, por isto, faz-se tarefa fundamental do(a) profissional de Psicologia implicado(a) com a melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida da população.

³⁵Em seção adiante, intitulada *Coberturas potencial e real do atendimento individual de Psicologia via Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: avanços e entraves*, serão detalhados os números de atendimentos iniciais e de atendimentos de retorno realizados no período investigado. De antemão, vale marcar que 52% da amostra compareceram apenas ao primeiro atendimento, fato que, em alguma medida, limita a análise proposta nesta seção, apesar de não a invalidar.

Na Tabela 4, encontram-se reunidos os principais agravos descritos pela psicóloga do NASF-AB de Xique-Xique nos prontuários das pessoas assistidas em atendimento individual no intervalo estudado, enfatizando-se os dois recortes supracitados: o do atendimento inicial e o do acompanhamento psicológico na íntegra. Ao todo, somaram-se 67 agravos distintos percebidos no total de 58 atendimentos iniciais e 111 agravos destacados a partir de 167 atendimentos (entre atendimentos iniciais e retornos). Empiricamente, escolheu-se discutir apenas os seis agravos mais prevalentes em cada recorte, considerando que eles são exatamente os mesmos, mas com frequências diferentes. Tal coincidência sugere que esse conjunto de agravos é, de fato, representativo das urgências de saúde do grupo de moradores(as) xiquexiquenses que recorre à atenção psicológica na AB, merecendo observação minuciosa.

TABELA 4

Agravos à saúde percebidos pela psicóloga

		<i>f_i</i>	%
Durante o atendimento inicial	P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros	35	60%
	Z20 Problema de relacionamento com familiares	19	33%
	Z12 Problema de relacionamento com parceiro/conjugal	16	28%
	P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	15	26%
	P03 Tristeza/Sensação de depressão	13	22%
	Z29 Problema social NE	13	22%
Ao longo do acompanhamento psicológico	P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros	42	72%
	Z29 Problema social NE	27	47%
	P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	26	45%
	P03 Tristeza/Sensação de depressão	22	38%
	Z20 Problema de relacionamento com familiares	22	38%
	Z12 Problema de relacionamento com parceiro/conjugal	21	36%

Semelhante ao ocorrido na Tabela 3, o grupo P29 (Sinais/sintomas psicológicos, outros) aparece em primeiro lugar na lista dos agravos à saúde percebidos pela psicóloga quer no atendimento inicial quer ao longo de todo o acompanhamento. Os conflitos familiares e os conflitos conjugais, ambos já realçados neste capítulo, em seções anteriores, e caracterizados, frente à teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde (Ayres et al., 2006, 2009), como vulnerabilidades individuais que compõem o território xiquexiquense, são reafirmados como

problemáticas importantes a partir dos altos índices dos grupos Z20 (Problema de relacionamento com familiares) e Z12 (Problema de relacionamento com parceiro/conjugal). Os sinais e sintomas que remetem a quadros de ansiedade (P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão) e a quadros depressivos (P03 Tristeza/Sensação de depressão) também recuperam resultados expressos pregressamente no presente relato, expostos na Figura 24 e na Tabela 3, tornando relevante a problematização de mais informações a respeito.

No rol das três síndromes encontradas com mais frequência no nível primário de atenção estão incluídas a ansiedade patológica e a depressão. “Há razões suficientes para defender que as manifestações mais comuns do sofrimento mental na AB fazem parte de uma única síndrome clínica com três grupos ou dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos (somatização)” (Brasil, 2013, p. 91). Todavia, no que compete à assistência psicológica, publicação recente de Barcellos, Ferreira, Santos e Rota (2020), acerca da procura por Plantão Psicológico no Brasil, durante a pandemia do novo coronavírus, evidencia que há um predomínio da demanda atrelada à vivência da ansiedade entre aqueles(as) que recorrem a esse cuidado. É certo que, diante de situações estressoras e conflitantes, a ansiedade pode ser uma reação de defesa, colocando as pessoas em estado de alerta. No entanto, níveis excessivos de ansiedade tendem a se conectar com emoções negativas e toda uma sintomatologia de espectro variado (palpitações, dores precordiais, desconforto abdominal, inquietação etc.) (Oliveira, Antunes & Oliveira, 2017).

Nessa esteira, o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), condição crônica, incapacitante, não raramente subdiagnosticada e, por conseguinte, subtratada, tem representado altos custos diretos e indiretos para a economia da saúde, envolvendo hospitalizações e absenteísmo. No início deste século, havia uma estimativa de que entre 5 e 6,5% da população brasileira desenvolveria TAG no curso da vida (Gandarela & Pitta, 2010).

De acordo com Gonçalves et al. (2014), muitos são os motivos que explicam os elevados índices de transtornos de ansiedade no Brasil, como, por exemplo, a violência urbana e as vulnerabilidades socioeconômicas. Em paralelo, conta-se com uma série de medicamentos para auxiliar na terapêutica de transtornos desse tipo, mas boa parte tem perfil desfavorável de reações adversas (Gandarela & Pitta, 2010). Logo, é imprescindível que a RAS e, em especial, a AB se organizem em prol da diversificação das ações de cuidado às pessoas acometidas por quadros ansiosos, prevenindo que os fenômenos da medicalização e da medicamentação ganhem espaço.

Por sua vez, os transtornos depressivos, associados a altas taxas de morbidade e mortalidade, impõem-se como um desafio para a saúde pública, acarretando alto custo social, em decorrência, sobretudo, do crescimento da procura por serviços de saúde que ocasionam e da incapacitação para o trabalho que desencadeiam nas pessoas afligidas severamente (Noto & Sarin, 2010). Em 2010, a depressão atingiu quase 300 milhões de pessoas no mundo, das quais 187 milhões eram mulheres (Dalgarrondo, 2019). Segundo projeções da OMS, relatadas por Noto e Sarin (2010), considerando que menos de 25% das pessoas que sofrem com um quadro depressivo recebem diagnóstico e tratamento adequado, em 2020, este transtorno responderia pela maior causa de anos vividos com alguma incapacidade e pela segunda causa de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. Portanto, melhorar o acesso e a qualidade do acesso aos cuidados a pessoas com depressão é fundamental para reduzir os prejuízos oriundos desta patologia, o que pode refletir na diminuição das internações, aposentadorias e suicídios.

No ano de 2013, em uma pesquisa com amostra nacional do IBGE, Barros et al. (2017 como citado em Dalgarrondo, 2019) verificaram que, nas últimas duas semanas que precederam a coleta da informação, 9,7% dos(as) entrevistados(as) haviam experienciado algum episódio depressivo. Esse resultado permite inferir que, em comparação com o cenário

internacional, no Brasil, o índice de pessoas convivendo com transtornos depressivos, provavelmente, é mais elevado. Em levantamento conduzido em um município de médio porte do estado do Rio Grande do Sul, constatou-se que a depressão era o transtorno mental mais prevalente entre as pessoas que buscavam atendimento em uma UBSF (Gonçalves & Kapczinski, 2008). Para Molina et al. (2012), existe um grande volume de pessoas com necessidades de SM sendo atendidas na AB e a ocorrência de depressão entre elas é alarmante. Essa constatação corrobora a importância da interface que vinha se fortalecendo, no nível primário de atenção, entre Psicologia e SM, legitimando o papel do NASF-AB como estratégia capaz de estreitar este laço potente.

De posse dos achados da Tabela 4 e mediante a análise de vulnerabilidade efetuada, percebeu-se que a ansiedade e o humor deprimido se caracterizam como vulnerabilidades individuais atreladas às situações psicoemocionais das pessoas em acompanhamento psicológico na AB xiquexiquense (Ayres et al., 2006, 2009) e marcam fortemente este território, convocando medidas preventivas e terapêuticas mais efetivas, tanto individuais quanto coletivas, a médio e longo prazo, a fim de que a realidade sanitária local seja transformada. No influxo do aumento dos casos de ansiedade patológica e depressão no Brasil e no mundo, vale o incentivo para que as ações públicas interfiram nos condicionantes biopsicossociais de saúde-adoecimento que alcançam a população, articulando redes intersetoriais em prol da implementação de projetos, programas e políticas que promovam a vida e a qualidade de vida, a justiça social e a alegria (Ayres, 2009; Miranda & Cabral, 2019).

Por último, chama-se a atenção para a disposição do grupo Z29 (Problema social NE), que sobe de sexto agravo mais prevalente percebido pela psicóloga durante o atendimento inicial para segundo agravo que mais atravessa as experiências de saúde-adoecimento-cuidado das pessoas da amostra. São exemplos de problemas sociais abarcados por esse grupo os relacionados: ao ambiente físico (poluições em geral e outros); à instituição familiar

(suporte inadequado, acontecimentos difíceis e outros); ao estilo de vida (mania de jogos e apostas e outros); à organização do modo de vida (conflito com papel social e outros); à simulação de doença e a circunstâncias psicossociais não especificadas em outros códigos da CIAP2. Como adverte Carlos (2017), nem todos(as) que recorrem a um serviço de saúde possuem problemas “médicos”. Certas condições reconhecidas como adoecimento psíquico, na verdade, escondem questões sociais profundas, que devem ocupar cada vez mais o espaço da clínica psicológica. Para tanto, é imperativo que essa clínica se reformule, enxergando as vulnerabilidades que sobressaltam pessoas e comunidades, mudança com a qual a presente dissertação almeja contribuir.

Aspectos Relacionados à Dinâmica dos Atendimentos Individuais de Psicologia e da Rede de Atenção à Saúde Local

Durante a execução da pesquisa que sustenta esta dissertação, concomitante ao reconhecimento do perfil biossociodemográfico e à circunscrição das necessidades de saúde-adoecimento-cuidado das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB de Xique-Xique, via NASF-AB, mostrou-se pertinente discutir certos aspectos que remetem, em particular, à dinâmica dos próprios atendimentos ofertados e, de modo mais amplo, ao movimento de (des)articulação da RAS local. Isso porque o conjunto de informações consideradas estratégicas ao planejamento e à execução do trabalho em saúde deve incluir, além de dados a respeito da situação da população, indicadores que revelem as condições da rede assistencial e das ações que esta rede abriga. Portanto, oportunamente, as seções finais do presente capítulo se voltam ao exame de elementos organizacionais, sem perder de vista, contudo, lances que exprimem valores constitutivos do exercício clínico.

Presença de responsável ou acompanhante: as mulheres cuidadoras de pessoas com queixas psíquicas.

No cotidiano dos serviços de saúde, levando em consideração que a maioria das pessoas que buscam cuidado profissional apresentam alguma fragilidade aguda ou persistente, é comum que responsáveis ou acompanhantes componham a cena da intervenção. Na abordagem clínica individual da Psicologia, no caso de crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, a presença da mãe, do pai ou de outro(a) responsável, ora no espaço de atendimento, ora na sala de espera, é obrigatória, dadas as questões legais. Já para idosos(as) (pessoas com 60 anos de idade ou mais), o texto do Estatuto do Idoso (Lei do Estatuto do Idoso, 2003) sugere que eles(as) sejam acompanhados(as) por familiar ou outra pessoa de referência, mas não obriga, facultando que compareçam ao atendimento psicológico desacompanhados(as), desde que suas condições (principalmente mentais) sejam favoráveis para tal. Ainda, pessoas curateladas³⁶ (maiores de 18 anos que não estão em posse de seus direitos civis) são obrigadas a comparecer com seus(suas) curadores(as), mesmos que estes(as) não participem do atendimento na íntegra.

Em se tratando das 58 pessoas que constituíram a amostra da pesquisa em discussão, 38 delas (66%) chegaram para o atendimento individual com a psicóloga do NASF-AB de Xique-Xique sozinhas e 20 (34%) vieram acompanhadas. Não houve participação de pessoas em situação de curatela e todas as 14 (24%) menores de idade se apresentaram na companhia de seus(suas) responsáveis. Entre os(as) idosos(as), apesar de desobrigados(as), 2 (3%) trouxeram acompanhantes. Também por escolha própria, 4 (7%) adultos(as) estavam acompanhados(as) por familiar ou outra pessoa de confiança na ocasião do atendimento

³⁶No campo jurídico, a curatela é um instituto pelo qual uma pessoa denominada de curador(a) recebe o encargo de cuidar dos interesses de alguém que possui maioridade, porém se encontra incapaz de exercer sua autonomia legal. De acordo com o Código Civil (2002), estão sujeitos(as) à curatela: aqueles(as) que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; os(as) ébrios(as) habituais e os(as) viciados(as) em tóxico e os(as) pródigos(as).

inicial. No conjunto dos(as) 20 responsáveis ou acompanhantes identificadas, 18 (90%) eram do sexo feminino. A mãe é quem ocupou essa função com maior frequência. Para a OMS (2001), no seio familiar, as mulheres é que acabam arcando com o fardo mais pesado no que se refere ao cuidado de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, fato que remonta à cultura patriarcal e machista na qual, via de regra, elas estão inseridas, bem como reafirma debate exposto anteriormente a respeito do acúmulo nocivo de papéis sociais por mulheres.

Cabe acrescentar que, quase sempre, a família figura como responsável por encaminhar as pessoas com necessidades de SM aos serviços de saúde. No geral, são os(as) familiares que assumem a supervisão e o estímulo à realização de ações que uma pessoa debilitada em decorrência de um adoecimento psíquico não consegue desenvolver autonomamente (Hiany et al., 2018). Por isso, é essencial que os(as) técnicos(as) de referência para as pessoas acometidas por transtornos mentais se preocupem em integrar familiares e acompanhantes aos projetos terapêuticos, compreendendo que este(as) são estratégicos(as), uma vez que compartilham com as pessoas que demandam acolhimento os espaços mais íntimos, para além dos “consultórios”. Ressalva-se, contudo, que a presença de um(a) responsável ou acompanhante nunca deve silenciar a capacidade da pessoa assistida de narrar suas experiências de saúde-adoecimento e outras, de contar ela mesma sua história. Campo marcado pela autoridade, não é raro (e nem ético) que um(a) profissional da SM privilegie o relato de um(a) familiar ou acompanhante em detrimento do que a própria pessoa tem a dizer. Na esteira das reformas psiquiátricas, atitudes como essa devem ser deslegitimadas (Miranda & Cabral, 2016).

Categoria profissional do(a) requerente do atendimento psicológico: heranças de um processo de trabalho em saúde médico-centrado.

Conforme acordos vigentes durante o período pesquisado, estavam autorizados(as) a solicitar o atendimento individual de Psicologia via NASF-AB os(as) profissionais de nível

superior da AB (médicos[as], enfermeiros[as], dentistas e membros[as] da equipe do próprio NASF-AB), os(as) médicos(as) do HJV e os(as) psicólogos(as) alocados(as) em serviços intersetoriais (à época, nas equipes fixas e volantes dos CRASs, no CREAS e no AMAR), todos(as) eles(as) vinculados(as) à rede pública de Xique-Xique. Como exposto anteriormente, o número de requisições geradas por mês era expressivamente superior à capacidade da agenda do NASF-AB, fato que vinha sendo discutido junto à gestão municipal, no intuito de reduzir a fila e o tempo de espera. Via de regra, os(as) profissionais requerentes caracterizavam as necessidades que motivavam os encaminhamentos como de SM e viam na intervenção psicológica uma possibilidade de ampliação dos projetos terapêuticos e, em alguns casos, uma chance de aumentar a adesão ao tratamento que eles(as) mesmos(as) propunham.

Reconhecer quais categorias mais frequentemente solicitam a parceria do(a) psicólogo(a) pode auxiliar, dentre outras contribuições, na qualificação da dinâmica de referência e contrarreferência de uma rede assistencial. Nesse sentido, a Figura 25 apresenta as categorias dos(as) profissionais requerentes dos atendimentos individuais de Psicologia realizados na AB, via NASF-AB, no município em questão.

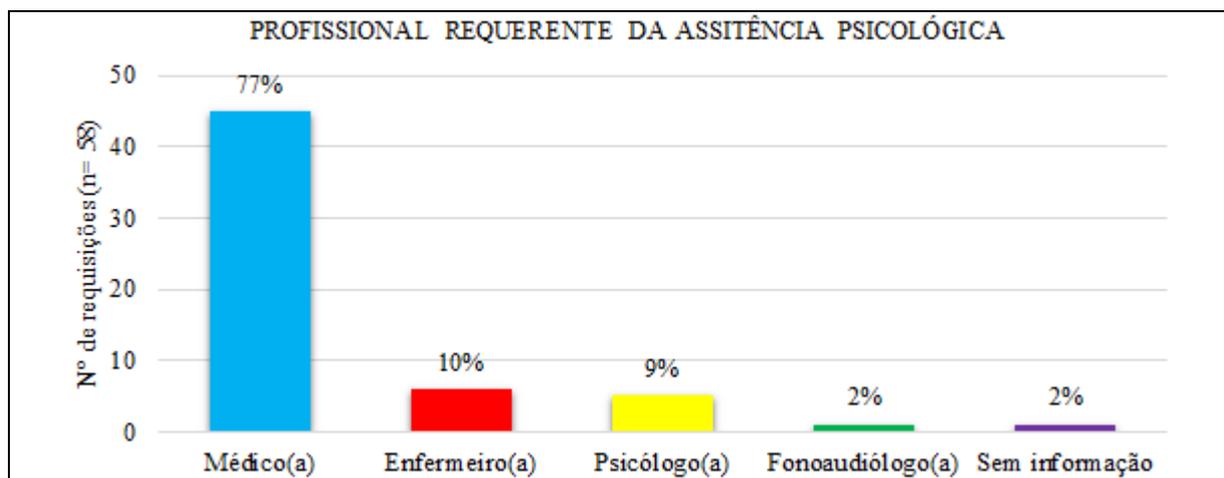


FIGURA 25

Gráfico da distribuição por categoria dos(as) profissionais responsáveis pela requisição do atendimento individual de Psicologia das pessoas assistidas na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

É evidente que os(as) médicos(as) (77%) constituem a categoria que mais requisita o atendimento clínico individual de Psicologia, seguidos(as) dos(as) enfermeiros(as) (10%) e dos(as) próprios(as) psicólogos(as) (9%). Tal panorama sugere que, apesar de distribuídos(as) na rede de saúde em número equiparável ao de médicos(as), os(as) enfermeiros(as) prescrevem a assistência psicológica quase oito vezes menos que eles(as). De maneira geral, os(as) outros(as) profissionais autorizados(as) a solicitar o atendimento individual de Psicologia via NASF-AB que não os(as) médicos(as) (enfermeiros[as], dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos[as], assistentes sociais etc.) têm usufruído pouco desta possibilidade. Talvez, esses(as) profissionais minimizem a potência da intervenção psicológica como recurso terapêutico ou mesmo estejam pouco sensibilizados(as) a perceber as demandas caracteristicamente psicológicas que atravessam os processos de saúde-adoecimento. Contudo, essas não são as únicas hipóteses factíveis sobre a baixa frequência de requisições assinadas por outros(as) profissionais que não os(as) médicos(as).

Na verdade, em face dos resultados encontrados, tem-se a impressão de que a atuação no cenário em questão segue orientada por valores oriundos do modelo biomédico e da cultura da medicalização, centrando a assistência que deveria ser multiprofissional e interdisciplinar na Medicina. Campos (2003) indica o quanto o desenvolvimento da clínica seguiu essa lógica, estreitando a compreensão das experiências de saúde-adoecimento e, conseqüentemente, restringindo a resolutividade dos casos. Mesmo diante de novas respostas aos desafios do cuidado em saúde, como o paradigma da promoção da saúde, a clínica ampliada e a referida interdisciplinaridade, os processos de trabalho ainda se mostram excessivamente médico-centrados (Marques et al., 2007; Queiroz, Oliveira & Silva, 2014), de forma que o fluxo de referências e contrarreferências é direcionado quase sempre pelo carimbo do(a) médico(a). No cotidiano de trabalho, não é raro que se entenda que somente esse(a) profissional é capaz de identificar necessidades de SM e/ou de suporte psicológico, bem como acontece repetidas vezes de um(a) profissional de outra categoria avaliar que a intervenção psicológica é necessária, mas acabar terceirizando ao(à) médico(a) a feitura da solicitação.

Pelo prisma dos princípios que fundamentam o trabalho na AB e, em especial, na ESF, experiências médico-centradas são limitantes e, portanto, devem ser superadas (Marques et al., 2007; Queiroz et al., 2014). A partir da análise de vulnerabilidade executada, entende-se que, em meio ao indicativo de implementação de propostas inovadoras, como a estratégia do cuidado compartilhado em equipe de composição multiprofissional e em rede, a manutenção de uma dinâmica de trabalho em saúde médico-centrada expressa uma vulnerabilidade programática relacionada a valores praticados por gerentes e técnicos(as) que compõem os serviços locais (Ayres et al., 2006; 2009). É provável que esse tipo de vulnerabilidade reforce condutas biologizantes e medicalizantes, negligenciando a preocupação necessária e ética com o desenvolvimento de ações contextualizadas e para além

de uma perspectiva individualizante, sem as quais não se garante uma intervenção efetiva frente aos aspectos psicossociais que atravessam os processos de saúde-adoecimento.

Outras origens das requisições para atendimento psicológico: enfocando setores e pontos da rede.

Como uma ação do cardápio do NASF-AB (serviço estratégico de apoio matricial), na teoria, todos os requerimentos de atendimento individual de Psicologia deveriam ser assinados por profissionais alocados(as) na AB/ESF. No entanto, em Xique-Xique, considerando as articulações de rede deliberadas pela gestão, outros setores (por exemplo: o setor de Urgência e Emergência do HJV) também haviam sido autorizados a originar encaminhamentos desse tipo, desde que o formulário de requisição chegasse até a CRSS mediado pela UBSF de referência para a pessoa necessitada. Salvo em situações emergenciais (quando pedidos advindos de setores vinculados a serviços da média complexidade também eram respondidos) a agenda do NASF-AB era preenchida de acordo com as pactuações mencionadas no início da seção anterior. A seguir, a Figura 26 discrimina os setores que foram responsáveis por gerar as solicitações de atendimento individual de Psicologia para o NASF-AB ao longo do período pesquisado. Conhecê-los aprofundará a análise acerca da rede local, auxiliando a identificação de acertos e fragilidades presentes na comunicação entre os(as) profissionais e seus diferentes saberes.

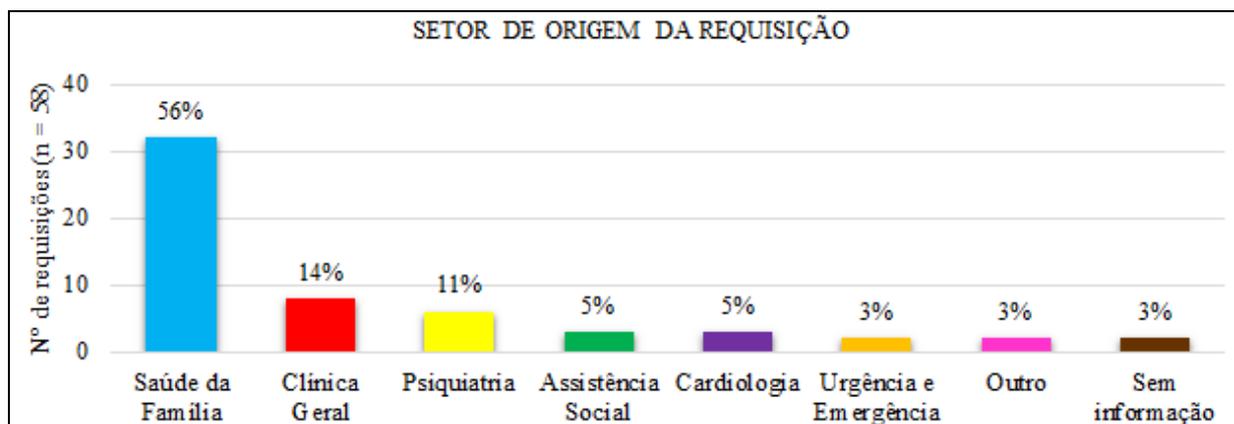


FIGURA 26

Gráfico da distribuição por setor de origem das requisições de atendimento individual de Psicologia em nome das pessoas assistidas na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Apesar das violações à lógica do apoio matricial existentes no processo de trabalho do NASF-AB em questão, expressas, por exemplo, pelo fato da CRSS ser incumbida da marcação dos atendimentos individuais de Psicologia em vez da própria psicóloga junto às equipes de referência, os dados demonstram que os(as) profissionais lotados(as) em serviços da ESF são maioria (56%) entre os(as) que requerem a assistência psicológica via NASF-AB. Por sua vez, quase todas as requisições oriundas da Clínica Geral (14%) correspondem a pessoas domiciliadas em áreas descobertas pela ESF, mas que, sempre que necessário, recebem suporte ambulatorial de médico(a) generalista, nas dependências do CSJVS. Logo, ante as demandas de SM, médicos(as) do setor de Clínica Geral do CSJVS se dividem entre acionar os(as) psicólogos(as) do Ambulatório de SM e acionar o NASF-AB. Já o setor de Psiquiatria (11%), vinculado ao CSJVS, respeitando o fluxo estabelecido para a rede, referencia as pessoas assistidas aos(as) psicólogos(as) do Ambulatório de SM. Todavia, em casos emergenciais e/ou excepcionais, a profissional do NASF-AB também intervém.

Ao longo do período pesquisado, a Assistência Social, responsável por 5% das requisições emitidas, era um dos únicos campos públicos além da saúde que disponibilizava à

comunidade xiquexiquense procedimentos de Psicologia. Contudo, como o trabalho dos(as) psicólogos(as) nesse contexto se volta a questões de base predominantemente social, boa parte das pessoas que dependiam de atenção clínica em SM eram encaminhadas ao NASF-AB. Vê-se que, gerando 5% das solicitações, a Cardiologia, setor presente no quadro do CSJVS, também requisitou diálogo com a Psicologia. Para Ventura e Rodrigues (2018), não é raro que pessoas com queixas ansiosas recorram à assistência médica com cardiologista antes de buscar cuidado em SM. Além disso, a atenção a pessoas com quadros cardiovasculares crônicos, como a HAS, costuma exigir suporte psicológico, aproximando os(as) cardiologistas dos(as) psicólogos(as). Quanto ao setor de Urgência e Emergência, no município, esta retaguarda fica a cargo do HJV e foram os(as) médicos(as) plantonistas deste ponto da rede que carimbaram 3% dos requerimentos de atendimento individual de Psicologia enviados ao NASF-AB.

No cotidiano de trabalho em Xique-Xique, chama a atenção o fato de, costumeiramente, a equipe da UBSF não se sentir responsável pelo caso encaminhado à CRSS para marcação de atendimento psicológico se a requisição é assinada por profissional de outro ponto de atenção. Quando isso ocorre, o(a) psicólogo(a) do NASF-AB não deve se eximir do compromisso de sensibilizar a equipe de referência a assumir um papel que é dela: o de facilitar os projetos terapêuticos de sua população adscrita, ainda que outro setor esteja a prestar assistência continuada. Dessa maneira, o NASF-AB colabora com a costura de furos que se abrem na rede básica, legitimando o caráter estratégico do apoio matricial como perspectiva de intervenção interdisciplinar e compartilhada (Campos, 1999; Campos & Domitti, 2007; Chiaverini, 2011). Como serviço volante, no cenário nacional, o NASF-AB vinha se mostrando indispensável à qualificação das ações da AB, visto que interferia direta e positivamente nas vidas das pessoas e famílias, bem como na realidade socio sanitária dos territórios (Brocardo et al., 2018; Melo et al., 2018; Tesser, 2017).

Junto com o exame do setor de origem, a observação dos pontos da rede onde são geradas as requisições para atendimento psicológico na AB de Xique-Xique ajuda a revelar os trânsitos usuais entre os serviços na realidade local. O compartilhamento de casos e o trabalho em rede são performances estimuladas com vistas a assegurar o princípio da integralidade do cuidado em saúde, além de, claro, ampliar a resolutividade de demandas que adentram o SUS, quer pelo nível primário de atenção, porta principal, quer por outro nível (Brasil, 2017; Miranda, Coelho & Moré, 2012; Vieira et al., 2020). Destarte, entender como as responsabilidades com a SM da população são partilhadas, sobretudo pelos serviços públicos, interessa ao aprimoramento das práticas em saúde. Em seguida, a Figura 27 reúne alguns pontos de atenção que, frequentemente, acionam o NASF-AB para atendimento individual de Psicologia.

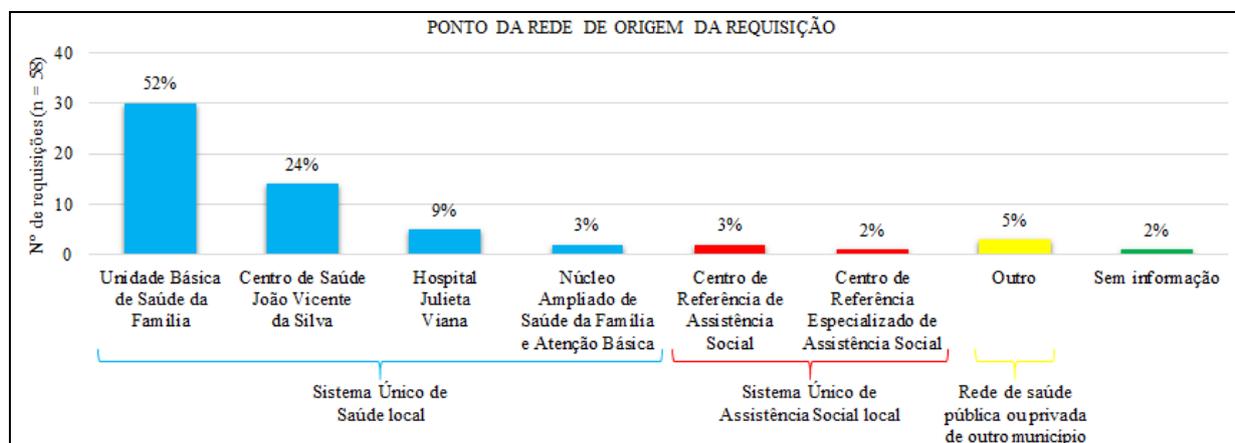


FIGURA 27

Gráfico da distribuição por ponto da rede de origem das requisições de atendimento individual de Psicologia em nome das pessoas assistidas na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Estabelecimentos intrasetoriais ao NASF-AB, isto é, componentes do SUS, encaminharam 88% das pessoas que utilizaram as vagas de atendimento individual de Psicologia da AB de Xique-Xique. Como supracitado, em tese, com base nos arranjos do apoio matricial, as UBSs ou UBSFs é que deveriam gerar todas as solicitações para tal ação.

Porém, dadas as particularidades locais, essas unidades, apesar de representarem o ponto de atenção que mais solicita, respondem apenas por, aproximadamente, metade (52%) das requisições que saem da CRSS para o NASF-AB. Em segundo lugar está o CSJVS, estabelecimento de origem de 24% dos requerimentos, em virtude, principalmente, da assistência médica individual prestada a pessoas que residem em áreas descobertas pela ESF e das consultas psiquiátricas ofertadas. Ainda, cabe destacar que serviços ligados ao SUAS (CRAS e CREAS) carimbam 5% dos pedidos de atendimento individual de Psicologia na AB, indicando que têm chegado até os(as) psicólogos(as) técnicos(as) da Assistência Social demandas psicológicas características de processos de saúde-adoecimento.

Percebe-se que, em alguma medida, o conjunto formado pelos serviços que têm dividido os casos recebidos com a psicóloga do NASF-AB exprime os acordos sobre encaminhamentos, referências e contrarreferências mobilizados pela gestão municipal, já que o trabalho da referida profissional tem se conectado prioritariamente com as eABs e eSFs e, de modo secundário, com o HJV e os estabelecimentos das redes intersetoriais que possuem profissionais de Psicologia em suas equipes. Mesmo assim, vale destacar que ampliar a capacidade do Ambulatório de SM para atendimento psicológico, bem como garantir mais presença da Psicologia e da abordagem individual em Psicologia em outros setores (por exemplo, na educação) preencherá lacunas existentes na rede municipal referentes à assistência psicológica e, provavelmente, permitirá que os(as) psicólogos(as) alocados na AB atuem exclusivamente junto às UBSs e UBSFs, alcançando mais pessoas e fortalecendo as ações de SM neste âmbito.

Ainda, cabe enfatizar que, baseado na análise de vulnerabilidade aplicada aos prontuários estudados, o fato da lógica do apoio matricial (apresentada como diretriz nos documentos norteadores do trabalho do NASF-AB) ser violada conforma uma vulnerabilidade programática ligada à (in)sustentabilidade do projeto deste serviço frente à

dinâmica organizativa adotada na RAS de Xique-Xique (Ayres et al., 2006, 2009). Segundo Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017):

Atualmente, gestores e profissionais da saúde que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), em ESF e em Nasf encontram-se diante de desafios para executar as prescrições das políticas públicas referentes à APS e ao apoio matricial. Muitas resistências e dificuldades permeiam o caminho desses profissionais, sobretudo daqueles que querem realizar ações diferenciadas no território em que trabalham e garantir que o Nasf possa realizar plenamente sua função, desenvolvendo apoio matricial, PTS, clínica ampliada, entre outras tecnologias previstas, para que o atendimento consiga alcançar as metas da integralidade e da resolutividade prescritas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (pp. 695-696).

Acredita-se que cuidar dessa vulnerabilidade permitiria qualificar as práticas de saúde em prol do fortalecimento da perspectiva do cuidado compartilhado em rede e do trabalho de natureza interdisciplinar, ampliando as chances de uma intervenção contextualizada e efetiva.

Cobertura de Saúde da Família: retratos do acesso à Atenção Básica.

O percentual de cobertura da população por eSFs é um famoso indicador que, no planejamento estratégico em saúde, auxilia na eleição de prioridades para a ação. Por assim dizer, genericamente, a cobertura se define como um índice que mede o acesso a determinado serviço ou procedimento (Travassos & Martins, 2004) e, de maneira específica, a cobertura de Saúde da Família é uma taxa que expressa quão longe a ESF tem ido dentro de um dado território, revelando questões importantes sobre o acesso a cuidados de saúde caracterizados como básicos. Segundo o que preconiza a PNAB (Portaria da PNAB, 2017), Xique-Xique tem porte para implantar, no mínimo, 13 e, no máximo, 23 equipes, entre eABs e eSFs. No intervalo pesquisado, a rede de saúde local dispunha de 12 UBSFs em funcionamento, constituídas por 1 eSF cada, de acordo com as especificações da Tabela 5 que segue.

TABELA 5
Unidades Básicas de Saúde da Família de Xique-Xique, Bahia, Brasil

Zona	Nome	Referência territorial
Urbana	Clodoaldo Magalhães Avelino	Bairro Pedrinhas
	Dr. Alfredo Henrique Sampaio	Bairro Ponta da Ilha
	Dr. Délio Souza Ledoux	Bairro Senhor do Bonfim
	Edilson Avelino Oliveira	Bairro Paramelos
	Francisco Marçal da Silva	Bairro Conjunto Habitacional Raul Teixeira Braga
	Salvador Costa	Bairro Polivalente
	Samuel Rodrigues Soares	Bairro Santa Marta
Rural	Admilson Figueiredo	Povoado Nova Iguita/Marrecas Nova
	Alda Carlos da Cunha	Povoado Marrecas Velha
	Antônio Luís Camandaroba	Povoado Utinga
	Creusa Alves Santana	Povoado Boa Vista
	Izídrio Alves Bessa	Povoado Copixaba

Conforme menção em capítulo anterior, entre novembro de 2017 e fevereiro de 2019, o município alcançou, em média, 79% de cobertura de AB e 70% de cobertura de ESF (Brasil, 2021). Esses números já foram superiores, contudo, com as mudanças sofridas pela PNAB (Portaria da PNAB, 2017), um conjunto de leis e normativas estabeleceu nova modalidade de financiamento da AB, outro cardápio de ofertas e um esquema diferente de composição das equipes, induzindo aproximações entre Estado e empresas privadas para a gestão e provisão dos serviços e enfraquecendo a lógica territorial e comunitária de cuidado integral e interdisciplinar (Giovannella et al., 2021), o que tem impactado negativamente no indicador de cobertura em discussão. Na Figura 28, os(as) participantes da amostra são classificados(as) quanto à cobertura de seus territórios de domicílio pela ESF, com destaque à UBSF que têm como referência.

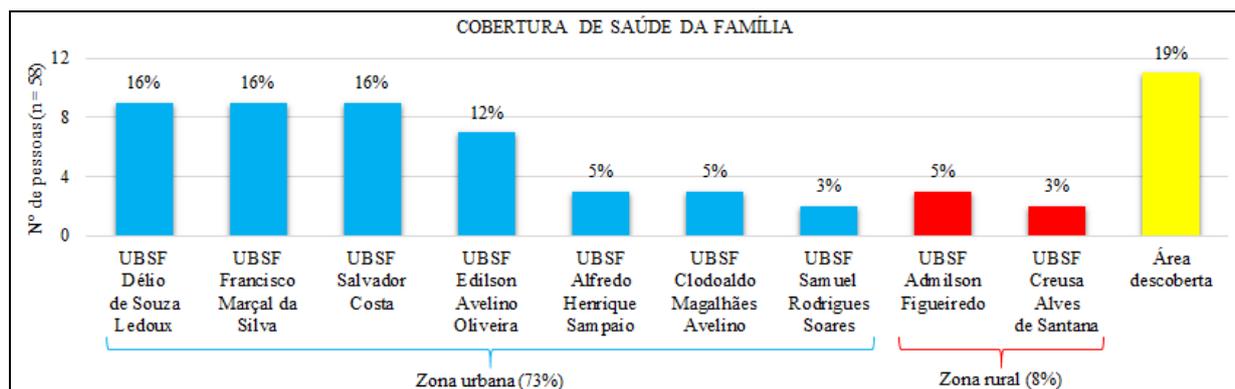


FIGURA 28

Gráfico da distribuição por cobertura de Saúde da Família das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Percebe-se que 81% das pessoas acompanhadas pela psicóloga do NASF-AB residem em áreas cobertas e 19% em áreas descobertas (sendo 9% de áreas descobertas urbanas e 10% rurais), índices que, em alguma medida, refletem a média de cobertura de Saúde da Família dos meses alcançados com o estudo. Geralmente, os(as) domiciliados(as) em áreas descobertas dependem de um amparo mais atento por parte dos(as) ACSs, profissionais que devem se empenhar de maneira estratégica para que a rede básica não se torne inacessível. No caso de Xique-Xique, durante o período do estudo, quem morava em área descoberta contava, ainda, com atendimentos de médico(a) generalista e enfermeiro(a), nas dependências do CSJVS. É indispensável que o grupo gestor siga analisando o território e avaliando o acesso, no intuito de ampliar as coberturas da AB e da ESF àqueles(as) que estão à margem. Um nível primário de atenção amplo e fortalecido previne que condições sensíveis à AB lotem ambulatórios de especialidades e serviços hospitalares, reforçando a potência do cuidado comunitário.

A Figura 28 também demonstra que as UBSFs Délio de Souza Ledoux, Francisco Marçal da Silva e Salvador Costa eram referência, cada uma, para 16% das pessoas em acompanhamento psicológico na AB, ficando a UBSF Edilson Avelino Oliveira com 12%. Juntas, essas quatro unidades respondiam pela utilização de 60% das vagas de atendimento

individual de Psicologia do NASF-AB. Vale destacar que apenas duas das cinco UBSFs rurais aparecem no gráfico (Figura 28). Não se pode precisar por quais motivos algumas unidades demandavam a assistência psicológica com mais frequência do que outras, contudo, algumas hipóteses são levantadas. Há chances, por exemplo, de que o conjunto de vulnerabilidades que acarretam necessidades de SM seja maior nos territórios adscritos³⁷ às UBSFs mais presentes do que nas outras áreas. Além disso, supõe-se que as equipes dessas unidades em evidência sejam tanto mais atentas a identificar questões de SM junto às pessoas que acolhem quanto mais cientes das contribuições da Psicologia para com estes quadros. Por último, vale reiterar os problemas de acessibilidade que atingem as comunidades rurais, como debatidos antes daqui.

Coberturas potencial e real do atendimento individual de Psicologia via Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: avanços e entraves.

No cenário nacional, desde meados dos anos 2000, o acesso a cuidados em SM, quer individuais ou coletivos, vinha se ampliando exponencialmente (Brasil, 2015). A magnitude dessa questão dentro das políticas públicas brasileiras requer atenção aos processos de monitoramento e avaliação do acesso aos serviços de saúde, uma vez que podem contribuir para a melhoria da qualidade e o alargamento do alcance da assistência (Brasil, 2017). Isso porque uma avaliação do acesso a determinado procedimento que se apresenta como terapêutico, por exemplo, lança um olhar para atributos relacionados à disponibilidade e à distribuição social de recursos, levantando hipóteses a respeito das necessidades das pessoas e dos contextos sociais nos quais elas estão inseridas (Tesser et al., 2018). Nessa perspectiva, aferir a cobertura potencial e a cobertura real ou utilização de uma dada estratégia de cuidado

³⁷Território adscrito é a porção geográfica de abrangência de uma UBS ou UBSF, pela qual a(s) equipe(s) que compõe(m) este equipamento deve(m) se responsabilizar, tomando as marcas socio sanitárias e culturais existentes como fenômenos de interesse às práticas de cuidado em saúde locais (Portaria da PNAB, 2017).

possibilita uma análise de abrangência capaz de revelar os avanços e os entraves presentes na estruturação das ofertas e serviços.

Para Travassos e Martins (2004), o conceito de cobertura apresenta dupla perspectiva: 1) observar a capacidade de oferta de um serviço, discriminando a proporção da população que tem acesso potencial a ele, e 2) perceber em que medida os recursos ofertados são realmente aproveitados por uma dada população. Dessa maneira, a cobertura potencial representa a relação entre população de uma área, serviços e recursos disponíveis, ou seja, a oferta de um procedimento em função de um parâmetro populacional, e a cobertura real, sinônimo de utilização, apresenta a população que efetivamente usufruiu de determinadas ações ou programas. Por esse viés, as principais razões para a distância entre cobertura potencial e cobertura real frequentemente se associam a: disponibilidade da força de trabalho e sua distribuição geográfica; mudanças no perfil epidemiológico; facilidade de acesso ao serviço e características da gestão. Logo, a cobertura real dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento da pessoa que os procura com as características dos próprios serviços e dos(as) profissionais que os conduzem (Chaves, Cruz, Barros & Figueiredo, 2011).

Durante o intervalo pesquisado, foram agendados, em média, 4 atendimentos por pessoa do universo amostral, somando 242 marcações referentes a atendimentos individuais de Psicologia no NASF-AB de Xique-Xique. Desse total, 167 atendimentos (69%) foram realizados, sendo que 30 pessoas (52%) compareceram apenas ao primeiro atendimento, 9 pessoas (16%) receberam 2 atendimentos e a pessoa mais atendida esteve em 18 atendimentos. Em decorrência de falta justificada ou não por parte da pessoa agendada, 75 atendimentos marcados (31%) não aconteceram. A esse respeito, cabe mencionar que, conforme pactuações junto à gestão e contrato de trabalho firmado no atendimento inicial, toda pessoa em acompanhamento tinha direito a uma falta e duas faltas acarretavam alta administrativa. Por assim dizer, em fevereiro de 2019, tinha-se o seguinte cenário: 40 pessoas

(69%) haviam recebido alta administrativa, sendo 37 (64% da amostra) por falta aos atendimentos, 2 (3% da amostra) por encaminhamento ao CAPS e 1 (2% da amostra) por mudança de cidade; 11 pessoas (19%) tinham recebido alta clínica; 1 pessoa (2%) tinha recebido alta por solicitação e 6 pessoas (10%) seguiam em acompanhamento.

Em termos de cobertura, traduz-se que, no referido período, apesar de ainda pequena em face do contingente populacional demandante e da fila de espera que existia na CRSS, a oferta de atendimento individual de Psicologia pelo NASF-AB foi subutilizada, visto que o potencial de cobertura era significativamente maior que a cobertura real. Com base no cotidiano de trabalho, especula-se que o tempo de espera para agendamento do primeiro atendimento, bastante longo (na maioria das vezes, podendo chegar a um ano), dificultava a vinculação das pessoas ao serviço. Conforme os rigores da análise de vulnerabilidade aplicada à saúde realizada, tanto a subutilização dos atendimentos oferecidos quanto a extensa fila e o comprido tempo de espera exprimem vulnerabilidades programáticas presentes na rede assistencial em foco (Ayres et al., 2006, 2009). Nesse sentido, estudos a respeito da acessibilidade aos recursos disponíveis podem auxiliar na formulação de soluções às dificuldades encontradas, facilitando, por conseguinte, que mais pessoas sejam beneficiadas (Cunha & Vieira-da-Silva, 2010; Donabedian, 1988).

Faz-se importante constar que, não raramente, quando tinham a chance de ser atendidas, algumas pessoas já não apresentavam a(s) necessidade(s) que motivou(aram) a procura pela assistência. No Prontuário 11, por exemplo, em evolução referente ao atendimento inicial, lê-se: “indica desaparecimento dos sintomas ansiosos que existiam quando foi solicitado o acompanhamento psicológico, há cerca de nove meses”. Ainda, a prática dos encaminhamentos por parte dos(as) profissionais autorizados(as) para tal carecia de qualificação, como enfatizará discussão adiante. Em algumas ocasiões, as pessoas sequer sabiam o que as levou a serem referenciadas ou mesmo desconheciam a função do suporte

psicológico. Por fim, mesmo com as fragilidades, é evidente o mérito do NASF-AB frente à democratização do atendimento clínico de Psicologia na modalidade individual em Xique-Xique, bem como diante do fortalecimento da rede de assistência em SM local, a RAPS municipal. Alimentar esse processo de avanço da Psicologia nas políticas de saúde, sem dúvida, impulsionará a garantia do cuidado integral como princípio do SUS.

Trabalho vivo em saúde: a perspectiva do cuidado em rede.

Como dispositivo clínico inovador e potente, além de abrigar inúmeras pessoas e suas histórias de vida inusitadas, o atendimento individual de Psicologia na AB cumpre uma função também valiosa frente à construção de PTSs, agenciando as possibilidades que brotam dos territórios existenciais onde o cuidado acontece. Dentre outras oportunidades, tal agenciamento propicia que o(a) psicólogo(a) crie intimidade com a RAS na qual está inserido(a) e com outras redes que se conectam a ela, revelando que uma atenção integral, ancorada na visão biopsicossocial de ser humano, não pode se dar fora da articulação entre diversos setores e pontos das redes. Destarte, a perspectiva do cuidado em rede é a que fundamenta verdadeiramente o processo de trabalho na saúde (Portaria da RAS, 2010), o qual, em virtude da natureza daquilo que produz, pode ser entendido como um trabalho vivo em ato, que integra múltiplas tecnologias (Merhy, 2002) e pressupõe o exercício contínuo da intersubjetividade (Ayres, 2009).

Para Merhy e Franco (2009), o trabalho em saúde é sempre coletivo, pois não há trabalhador(a) sozinho(a) que dê conta do mundo vasto e plural das necessidades de saúde. “No panorama do setor saúde brasileiro, a formação de redes de trabalho visa à criação de formas organizacionais de cooperação e coordenação mútuas com objetivos de qualificar o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde da população” (Cunha et al., 2016, p. 237). Nesse diapasão, determinadas análises permitem identificar padrões de ação envolvendo componentes da RAS e das redes intersetoriais que colaboram com ela, descortinando

aspectos curiosos relacionados à dinâmica do trabalho vivo em saúde. Portanto, nesta seção, examinar-se-ão os desfechos dos atendimentos iniciais realizados pela profissional de Psicologia do NASF-AF de Xique-Xique durante o intervalo pesquisado (Figura 29) e as conexões que, ao longo dos acompanhamentos, no intuito de responder às queixas e demandas apresentadas pelas pessoas atendidas, estabeleceram-se entre diversos serviços disponíveis no município (Figura 30).

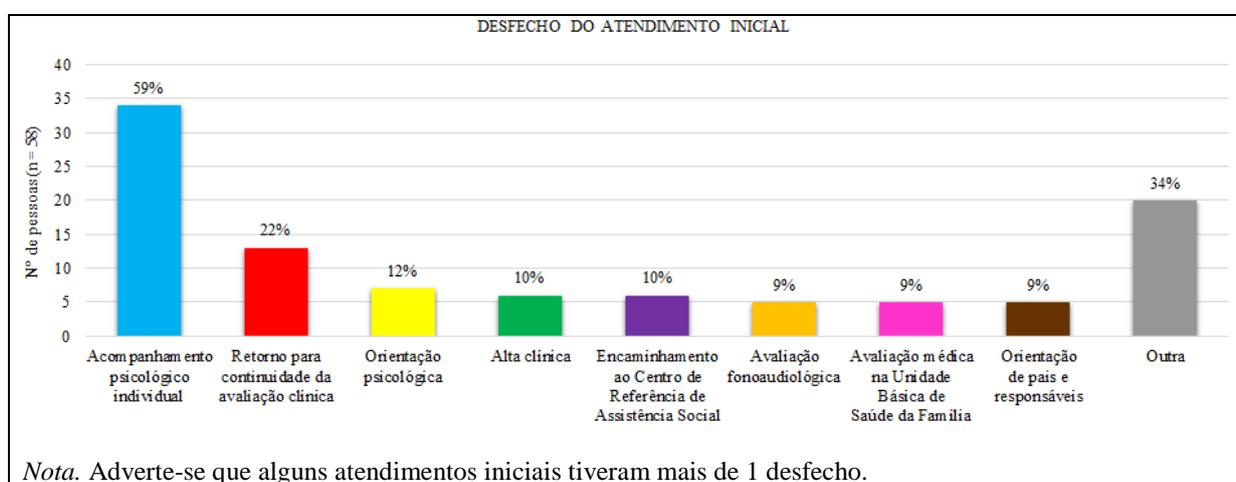


FIGURA 29

Gráfico da distribuição por desfecho do atendimento inicial das pessoas assistidas em atendimento individual de Psicologia na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

A respeito dos desfechos dos atendimentos iniciais ofertados, destaca-se a indicação de uma assistência psicológica continuada (59%), expressa na Figura 29 por “Acompanhamento psicológico individual”. Em meio aos(as) requerentes da intervenção psicológica, bem como dentre as próprias pessoas que necessitam deste amparo persiste uma representação social que, frequentemente, resume a clínica psicológica ao atendimento clínico em Psicologia na modalidade individual. Em discussão pregressa, fora apontado que esse entendimento é equivocado. Por assim dizer, o atendimento inicial de Psicologia executado a partir do NASF-AB deve exercer uma espécie de “triagem” dos casos e das

necessidades de saúde percebidas, a fim de orientar se o atendimento individual periódico é realmente a conduta mais adequada ou se, de repente, a Psicologia pode melhor contribuir a partir de outro arranjo. Ainda, como demonstrado na figura em questão, em 22% das situações foi agendado retorno para prosseguimento da avaliação clínica, o que significa que o primeiro contato não foi suficiente para esclarecer o caso acolhido e, conseqüentemente, estabelecer um sentido à terapêutica.

Em “Orientação psicológica” (12%) e “Orientação de pais e responsáveis” (9%), julgou-se pertinente uma abordagem essencialmente psicoeducativa das problemáticas clínicas identificadas, tomando por psicoeducação a ampliação do conhecimento acerca do(s) agravo(s) em evidência e dos cuidados que podem ser direcionados a ele(s), enfocando, respectivamente, a própria pessoa assistida e os(as) familiares dela (Lemes & Ondere, 2017). Já com o desfecho “Alta clínica” (10%), indicou-se o quantitativo de pessoas que foram encaminhadas para assistência psicológica individual, contudo, logo no primeiro atendimento, ficou afirmada a inexistência de demanda para tal. A esse respeito, cabe mencionar que, há certas requisições que demoram tanto para ser respondidas que, quando o são, a pessoa envolvida não demonstra mais a necessidade de suporte. Acontece também de o(a) profissional requerente solicitar o procedimento de maneira totalmente verticalizada, impositiva, não participando a pessoa atendida, que chega à consulta de Psicologia sem saber o motivo que a levou até lá, sinalizando desinteresse em receber este tipo de cuidado.

Por sua vez, os encaminhamentos ao CRAS (10%) e para avaliação fonouaudiológica (9%) ou médica (9%) fazem notar que, em Xique-Xique, com frequência, os atendimentos individuais de Psicologia via NASF-AB incitam movimentos de rede, valorizando a interdisciplinaridade e a intersetorialidade no âmbito das práticas de saúde. Em meio às vulnerabilidades programáticas destacadas neste relato, as quais despotencializam a mudança de modelo de atenção em curso, assistir a essas mobilizações (mesmo que pareçam pontuais

frente à amplitude do SUS xiquexiquense) denota que o cuidado em rede, apesar dos furos encontrados, é realidade no cenário local. Além do mais, os desfechos em foco sugerem a presença tanto do CRAS quanto de serviços que oferecem suporte fonoaudiológico e médico no município, dando brecha para que sejam examinados com mais detalhes os trânsitos que, amiúde, sustentam o trabalho coletivo no território. Na Figura 30, reúnem-se todos os pontos de atenção do SUS e das redes intersetoriais ligadas a ele que foram acionados a partir dos atendimentos individuais, ao longo dos 58 acompanhamentos concretizados.

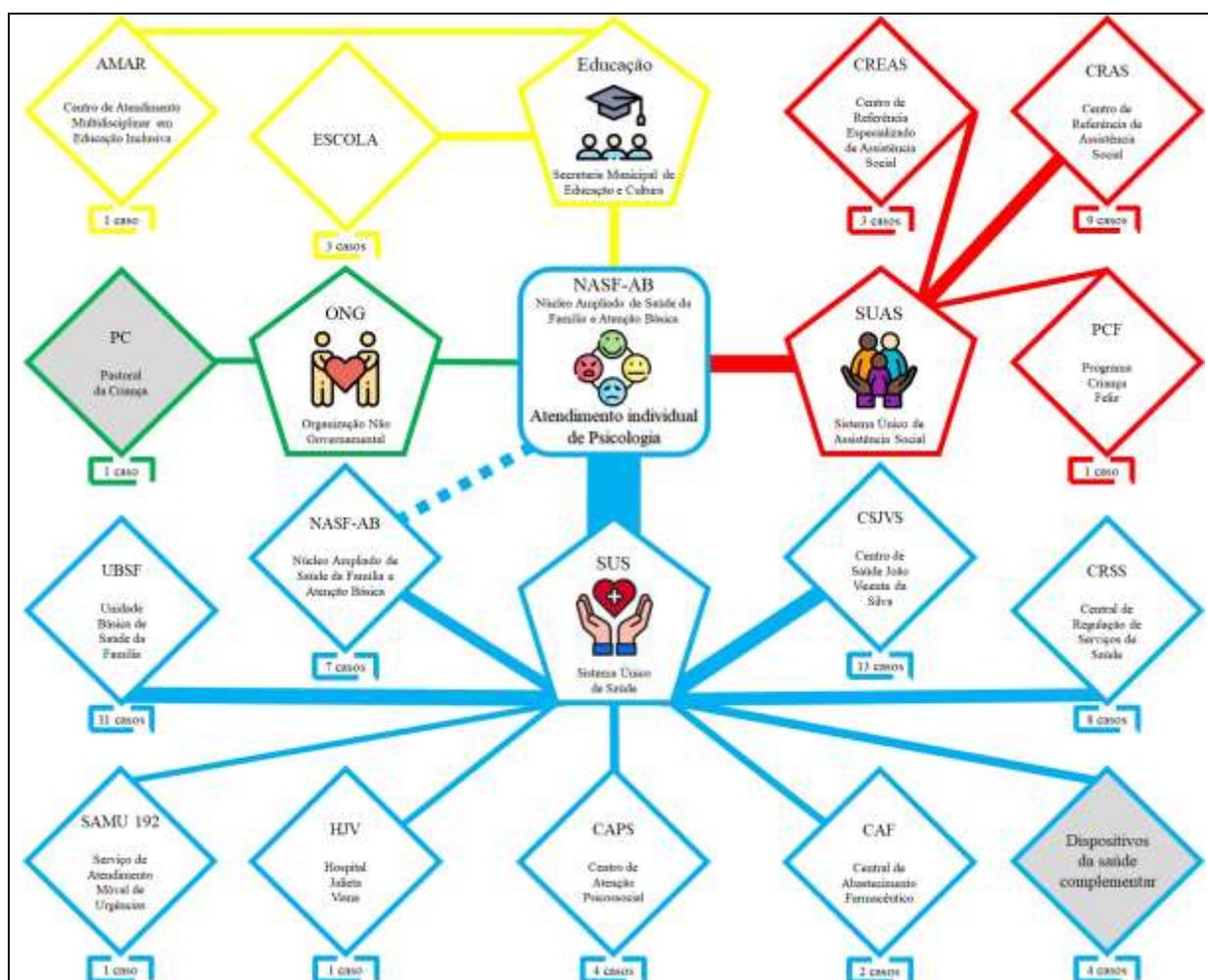


FIGURA 30

Quadro sinóptico dos pontos de atenção do SUS e das redes intersetoriais acionados a partir dos atendimentos individuais de Psicologia ofertados na AB, via NASF-AB, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, em Xique-Xique, Bahia, Brasil.

Os pentágonos à mostra representam as quatro redes ativadas pelos casos que chegaram até a psicóloga do NASF-AB. São elas: a própria RAS; a rede socioassistencial; a rede de educação e a rede de serviços do terceiro setor. Já os losangos, estes demarcam quais pontos de atenção foram convocados dentro de cada uma das redes, registrando o respectivo número de pessoas encaminhadas da assistência psicológica individual a eles. Vale ressaltar que os losangos destacados em cinza remetem a ofertas privadas ou não governamentais ao passo que todas as ofertas financiadas por políticas públicas estão preenchidas pela cor branca. Vê-se que estabelecimentos da RAS (CSJVS, UBSF etc.) são os mais referenciados, revelando um investimento em iniciativas intrasetoriais. Em segundo lugar, um grupo de serviços do SUAS (CRAS, CREAS e Programa Criança Feliz [PCF]) retrata os principais manejos intersetoriais. Em terceiro, estão simbolizados recursos vinculados à SEMEC (Escola e AMAR) que se corresponsabilizaram pelo andamento dos projetos terapêuticos. Por último, tem-se que a PC auxiliou em uma situação determinada.

Na opinião de Moreira et al. (2011), para que sejam efetivas, as intervenções em saúde e, sobretudo, as que focalizam necessidades atreladas à SM, devem contar com a participação de inúmeros setores públicos, como, por exemplo, a educação, a assistência social e outros, visto que o cuidado integral requer ações de naturezas diversas, que englobem aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A colaboração intersetorial é fundamental para assegurar que as políticas de SM, pautadas na Reforma Psiquiátrica e na Luta Antimanicomial, sejam fortalecidas (OMS, 2001), bem como para facilitar que melhores condições de vida sejam agenciadas (Alves & Rodrigues, 2010). Por isso, compreende-se que a desarticulação do trabalho em rede é um dificultador da implementação da clínica ampliada (Ferreira, 2008). No território xiquexiquense, contudo, como demonstrado pelo estudo dos prontuários psicológicos da AB aqui descrito, o NASF-AB exerce a função de dispositivo

estratégico de articulação do cuidado em rede, dada a quantidade de estabelecimentos que convida a se juntar a ele na trilha por respostas às questões de saúde da população.

Entretanto, com base na teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde (Ayres et al., 2006, 2009), a atual conjuntura de deterioração do projeto do NASF-AB instaura uma vulnerabilidade programática não só no município de Xique-Xique, mas por todo o Brasil, visto que deslegitima uma proposta exitosa que, há mais de uma década, qualificava o acesso à saúde e as ações de AB. Diante dos resultados e discussões expostos neste extenso capítulo, é perceptível o quanto o NASF-AB se fazia lugar cativo para uma Psicologia e uma clínica psicológica em metamorfose, instigando-a a seguir questionando seus valores tradicionais e experimentando novos fazeres. A insustentabilidade de propostas irreverentes como a do apoio matricial na AB, via NASF-AB, sem dúvida, desmobiliza o crescimento da inserção dos(as) psicólogas neste nível de atenção, impactando negativamente na resolutividade dos casos, principalmente de SM, além de estreitar vias precípuas de democratização da saúde. É lastimável que tal retrocesso esteja a acontecer.

Considerações Finais

Neste capítulo derradeiro, reúnem-se duas passagens importantes. A primeira delas, intitulada *Síntese das condições vulnerabilizantes que afetam as experiências de saúde-adoecimento-cuidado dos(as) moradores(as) de Xique-Xique, Bahia, Brasil*, ancorada no estudo de prontuários psicológicos da AB desenvolvido e, em particular, na análise de vulnerabilidade aplicada à saúde realizada a partir da proposta de Ayres et al. (2006, 2009), contempla um resumo das vulnerabilidades que assolam o território xiquexiquense e que, por assim dizer, circunscrevem as demandas de saúde-adoecimento-cuidado da população local. Por sua vez, intitulada *Nenhum passo atrás: em defesa da assistência psicológica na Atenção Básica via apoio matricial*, a segunda e última passagem torna público um manifesto, fruto desta intensa experiência dissertativa, em defesa da permanência da Psicologia e dos(as) psicólogos(as) na AB, enfocando o apoio matricial como arranjo que fornece subsídios à ampliação da clínica psicológica no âmbito do SUS, em geral, e das políticas de SM, em específico.

Síntese das Condições Vulnerabilizantes que Afetam as Experiências de Saúde-Adoecimento-Cuidado dos(as) Moradores(as) de Xique-Xique, Bahia, Brasil

Em tom conclusivo, mostra-se pertinente resgatar o conjunto de condições vulnerabilizantes que atravessam as experiências de saúde-adoecimento-cuidado das pessoas acompanhadas em atendimento individual pela psicóloga do NASF-AB de Xique-Xique, de novembro de 2017 a fevereiro de 2019, o qual foi descortinado ao longo do capítulo anterior, que enfocou resultados e discussão. As informações retratadas são sugestivas das realidades enfrentadas não só pelas pessoas envolvidas diretamente na investigação, mas também por parte da população xiquexiquense, caracterizando-se como estratégicas ao planejamento das ações públicas locais, tanto de saúde quanto oriundas das demais políticas, como a assistência social e a educação. Participam do referido conjunto diversos elementos que enredam a vida

e, por vezes, restringem suas possibilidades, atrelados tanto à dimensão individual quanto às dimensões social e programática da vulnerabilidade, como classificam Ayres et al. (2006, 2009).

Na dimensão individual, articularam-se aspectos ligados aos relacionamentos interpessoais familiares, como os conflitos familiares em geral e os em decorrência do uso problemático de drogas por parte de membro(a) da família, e aos relacionamentos interpessoais afetivo-sexuais, como os conflitos conjugais. Logo, na abordagem das experiências de saúde-adoecimento, a forma como as pessoas interagem com seus(suas) semelhantes, em especial, com os(as) que convivem cotidianamente, deve ser levada em consideração, desde a interpretação dos sinais e sintomas clínicos até a projeção da terapêutica. Também nessa dimensão, destacam-se certas situações psicoemocionais. A ideação suicida e a tentativa de suicídio, a ansiedade (sobretudo a patológica) e o humor deprimido persistente se apresentam como estados que fragilizam as pessoas, produzindo vasta demanda para o setor saúde. Examiná-los com atenção abrirá brechas para que as condutas adotadas sejam mais efetivas. No tocante a redes e suportes sociais, a recorrência da queixa sobre redes sociais de apoio fragilizadas indica que este acontecimento interfere negativamente nas condições de saúde dos(as) moradores(as) de Xique-Xique, podendo ser alvo de intervenção das políticas de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Na dimensão social, agrupam-se características que oprimem as vivências subjetivas de pessoas da amostra. No rol das relações intergrupais, as relações desiguais de gênero, representadas pelo acúmulo nocivo de papéis sociais por mulheres, e de cor ou raça devem ser tratadas com afinco, por meio de medidas intersetoriais a longo prazo. No que diz respeito à escolarização, a baixa escolaridade marca a população de Xique-Xique, sinalizando a importância do investimento em políticas educacionais e afirmativas, que contribuam para que mais moradores(as) se mantenham nas escolas e universidades. O binômio trabalho e

renda revela outro fenômeno que tem atravessado os processos de saúde-adoecimento dos(as) xiquexiquenses, especialmente dos(as) que compõem a PEA: o desemprego. Aperfeiçoar as estratégias de geração de emprego e renda, reduzindo as altas taxas de desemprego e trabalho informal pode refletir na melhoria da qualidade de vida geral, transformando, inclusive, outra ocorrência problemática neste cenário: a pobreza. Grosso modo, relacionada à disponibilidade de recursos materiais, a pobreza provoca sérios danos à saúde, estreitando os acessos a serviços básicos e as chances de vida digna. Cuidar para superá-la constitui um imperativo ético ante um projeto de sociedade inclusivo e democrático.

A presença constante da violência no território de Xique-Xique é outro elemento que pesa sob as experiências individuais de sofrimento psíquico, de maneira que o não estar livre de coerções violentas ou não poder se defender delas tem tornado uma parcela dos(as) xiquexiquenses mais suscetível ao desenvolvimento de transtornos mentais. Implementar iniciativas voltadas a uma cultura de paz, entre outros ganhos, atenuará os impactos do adoecimento no cenário em questão. Usualmente, referências culturais também são apontadas como aspectos que deixam pessoas e grupos mais ou menos vulneráveis a determinadas enfermidades. No caso em exame, percebeu-se que a cultura da medicalização, nutrida por atitudes medicamentadoras, dentre outros prejuízos, acaba embarreirando a ampliação da clínica em SM, visto que reforça uma visão biologizante e individualizante de fenômenos biopsicossociais, negligenciando compreensões imperiosas em torno da vulnerabilidade aplicada à saúde. Por esse viés, é imprescindível que as práticas de saúde e, particularmente, a práxis psicológica sejam reformuladas, a fim de que os(as) profissionais destes campos trabalhem alinhados(as) com princípios como o da integralidade.

Por último, na dimensão programática se reuniram alguns acontecimentos que expressam limites ao andamento da RAS municipal. Acerca dos recursos disponíveis, as análises realizadas sugerem que a demanda reprimida para assistência psicológica na

modalidade individual na AB, ilustrada por longo tempo de espera para marcação do primeiro atendimento e extensa fila, denunciam que a oferta do procedimento por uma única psicóloga alocada no NASF-AB não é suficiente. Na contramão, há também uma subutilização dos atendimentos que essa profissional dá conta de ofertar, dada a elevada quantidade de pessoas que são agendadas e não comparecem. É preciso pensar saídas para ambos os impasses, ambicionando o aumento das coberturas potencial e real do atendimento individual de Psicologia. Além disso, ficou evidente a necessidade de rever questões ligadas a valores e competências de gerentes e técnicos(as) que atuam em Xique-Xique. O processo de trabalho em saúde persiste médico-centrado, sem contar que as solicitações de assistência psicológica emitidas carecem de maior atenção, no sentido de que os formulários de requisição sejam mais precisos ao comunicar as impressões do(a) requerente sobre o caso referenciado. Aqui, aposta-se na EPS para que hiatos e modelos tradicionais sejam debatidos.

Ademais, há indícios de que, ao longo do intervalo de interesse, o processo de trabalho no NASF-AB de Xique-Xique violava a lógica do apoio matricial, reforçando posturas contrárias aos compromissos legitimados pelo paradigma da promoção da saúde e pela própria clínica ampliada. Frente à teoria da vulnerabilidade aplicada à saúde (Ayres et al., 2006, 2009), a insustentabilidade de uma proposta inovadora como a do NASF-AB, que, por mais de uma década, rendeu frutos exitosos, classifica-se como uma condição vulnerabilizante atrelada à dimensão programática. Lutar contra os retrocessos se configura como uma necessidade para qual os(as) profissionais de saúde, comprometidos(as) com a garantia do direito à saúde, não podem fechar os olhos. Enfim, admitindo que, em virtude das condições objetivas, toda pesquisa, por mais arrojada que seja, sempre lança um olhar parcial para a realidade, a síntese produzida com a análise de vulnerabilidade que compõe esta dissertação é passível de revisões, requerendo novos investimentos a fim de que mais

acontecimentos associáveis à saúde, ao adoecimento e ao cuidado sejam reconhecidos e elaborados teoricamente.

Nenhum Passo Atrás: em Defesa da Assistência Psicológica na Atenção Básica via Apoio Matricial

O saber-fazer da Psicologia no Brasil vem passando por transformações ao longo do tempo. Iniciamos nossa prática atrelada à Medicina, com foco nas questões individuais e numa perspectiva curativa e trabalhamos muito tempo com a ideia de saúde como ausência de qualquer enfermidade. A necessidade de transformação da nossa prática surge a partir da configuração da nossa sociedade, onde a desigualdade marca profundamente a constituição do nosso enlaçamento social. Desigualdade originada por múltiplos fatores, desde o racismo estrutural e institucional presente no cotidiano até um modelo econômico que privilegia uma pequena parcela da sociedade, produzindo verdadeiras “castas” sociais. O acesso à saúde, numa sociedade como a nossa, apresenta um quadro onde as classes sociais mais abastadas sempre tiveram seus médicos de família e seus planos de saúde e as populações menos favorecidas apelavam para os “curandeiros” e outras formas de cuidado (CFP, 2019, p. 58).

Nessa esteira, a inserção dos(as) psicólogos(as) na AB ilustra grande conquista tanto para a categoria como para a população, que teve suas possibilidades de cuidado acrescidas e passou a se beneficiar com procedimentos anteriormente restritos àqueles(as) que podiam pagar. Ancorada em legislação específica (Portaria de criação do NASF, 2008), a criação do NASF-AB impulsionou a participação da Psicologia a se consolidar no nível primário do SUS, apresentando a ética assistencial e técnico-pedagógica do apoio matricial como mote para a reformulação da clínica psicológica. O NASF-AB se tornou, então, lugar cativo da Psicologia e do(a) psicólogo(a) na AB, mostrando-se um dispositivo fértil para o desenvolvimento de ações inovadoras, mesmo diante dos inúmeros obstáculos que impediam

seu funcionamento pleno. Todavia, com as diversas manobras do grupo à frente do governo federal atualmente, que tornaram facultativa a manutenção das equipes do NASF-AB e retomaram tendências ambulatoriais, o trabalho territorial e comunitário em saúde se vê constrangido à produtividade de caráter quantitativo e, por conseguinte, a intervenção psicológica parece cada vez mais ameaçada por princípios mercadológicos.

É mister que os municípios exerçam a autonomia que ainda lhes resta e resistam aos desmandos de um projeto político antidemocrático, que não vislumbra a saúde como direito e, em paralelo, provoca o desaquecimento de estratégias conectadas ao paradigma da promoção da saúde e aos arranjos da clínica ampliada. É inegável que não se faz saúde sem interdisciplinaridade, sem intersetorialidade, sem cuidado em rede, sem o combate incansável às vulnerabilidades que enredam as realidades socio sanitárias, tal como indicaram os resultados da investigação que fundamenta esta dissertação. Saúde tem a ver com os projetos de felicidade das pessoas (Ayres, 2009), com a capacidade delas de lutar contra tudo e todos(as) que as oprimem (Tavares, 2010). Inúmeros(as) profissionais inseridos(as) no NASF-AB Brasil afora vinham dando esse recado, renegando modelos reducionistas e apontando a imponência de uma intervenção em saúde contextualizada, tecida por muitas mãos. O NASF-AB estava a ensinar a Psicologia sobre um agir mais criativo perante as reais necessidades de saúde da população, bem como a respeito de um olhar mais crítico para os processos de formação de psicólogos(as).

A maioria dos(as) profissionais de Psicologia enfatiza que a verdadeira formação para a saúde se dá na própria experiência de atuação na saúde pública e não anteriormente à entrada nos serviços deste âmbito (Ferreira, 2008). Com isso, a fim de que as incursões da Psicologia e dos(as) psicólogos(as) pelas políticas públicas de saúde aconteçam de maneira responsável e afinada com os compromissos sociais assumidos nas últimas décadas pela profissão, é imprescindível que cada ator(atriz) crie intimidade com as peculiaridades do

município onde se insere, colocando-se mais como apoiador(a) das pessoas que procuram ajuda (do modo como sugere o apoio matricial) do que como detentor(a) de um conhecimento técnico impessoal ou impositor(a) de decisões acerca da caminhada de outrem (Onocko-Campos et al., 2012). Portanto, de maneira geral, qualificar a formação em saúde é pré-requisito para a sustentabilidade do SUS. No caso da Psicologia, são vários os desafios postos. Reorientar as propostas político-pedagógicas das graduações e revisar os planos de competências e habilidades dos(as) profissionais para que respondam efetivamente às demandas nas situações concretas de intervenção estão entre eles (Dimenstein, 2011).

Uma formação em Psicologia potente deve estimular que o(a) psicólogo(a) perceba e questione as opressões, as violências e as desigualdades socioeconômicas vividas por quem carece de assistência em SM, a fim de que o fenômeno da medicalização seja erradicado, deixando o espaço para que seja ocupado por uma clínica política, capaz de melhorar as circunstâncias em meio às quais as pessoas “nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem” (Alves & Rodrigues, 2010, p. 131). Para tanto, a ciência psicológica pode e deve contribuir, entendendo de uma vez por todas que aspectos sociais são geradores de problemas sociais, mas também de adoecimento psíquico, além de se desapegando de ideologias dominantes, para que tenha condições de formular outras epistemologias e métodos (Damasceno & Zanillo, 2018). Parafraseando Campos (2003), é essa Psicologia reformulada e ampliada que a AB convoca. É essa Psicologia que falta à qualificação da SM na AB. Era em par com esse ideal de Psicologia que o NASF-AB transformava histórias individuais e coletivas.

Destarte, no sertão Xique-Xique ou em qualquer canto do país, a Psicologia precisa estar atenta perante os retrocessos anunciados, fortalecendo os movimentos de vida que circulam no território ao passo que defende a própria permanência nas equipes de saúde vinculadas à AB. Integralizada a presente dissertação, não resta dúvida de que, vestidos(as)

de apoio matricial, os(as) psicólogos(as) podem vivenciar arranjos ímpares, capazes de sentenciar posturas ultrapassadas e agenciar valores e intenções mais alinhados com os princípios do SUS. Que ouçam o grito: nenhum passo atrás! É direito dos(as) moradores(as) de Xique-Xique e dos(as) brasileiros(as) a continuidade do que já se conquistou, o que inclui uma assistência psicológica acessível, disposta a estudar os impactos das macropolíticas nas micropolíticas que tramam a existência de cada um(a). Por fim, para que não se esqueça: mais que aumentar a resiliência aos infortúnios do meio, o atendimento clínico de Psicologia na modalidade individual deve inclinar-se à expansão da habilidade humana de rebelião, para que todos(as) sejam livres.

Referências

- Aguiar, S. G., & Ronzani, T. M. (2007). Psicologia social e saúde coletiva: reconstruindo identidades. *Psicologia em Pesquisa*, 1(2), 11-22. Recuperado em 11 de outubro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472007000200003&lng=pt&tlng=pt
- Almeida-Filho, N. (2010). Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(12), 2234-2249. doi: 10.1590/S0102-311X2010001200003
- Almeida-Filho, N., Lessa, I., Magalhães, L., Araújo, M. J., Aquino, E., James, S. A., & Kawachi, I. (2004). Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: Interactions of gender, ethnicity, and social class. *Social Science & Medicine*, 59(7), 1339–1353. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.11.037
- Alvarenga, M. S. (2012). *Risco e vulnerabilidade: razões e implicações para o uso na Política Nacional de Assistência Social* (Dissertação de mestrado). Repositório Institucional da UEFS. Recuperado de <https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/6497/1/Mirella%20Souza%20Alvarenga.pdf>
- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131. Recuperado em 08 de outubro de 2020, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200003&lng=pt&tlng=pt
- Andrade, J. A. P., Corte, D. S., & Gusmão, L. V. N. (2018). Queixas escolares no contexto do NASF-BNH: um estudo a partir dos Estágios Supervisionados I e III. *Rev. Saberes UNIJIPA*, 10(3), 143-154. Recuperado em 06 de janeiro de 2022, de <https://unijipa.edu.br/por-que-a-unijipa/revista-saberes/edicao-10/>

- Andrade, L. S., & Francischetti, I. (2019). Referência e contrarreferência: compreensões e práticas. *Saúde & Transformação Social*, 10(1/2/3), 54-63. Recuperado em 24 de maio de 2021, de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/5281/5636>
- Anselmi, L., Barros, F. C., Minten, G. C., Gigante, D. P., Horta, B. L., & Victora, C. G. (2008). Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*, 42(supl. 2), 26-33. doi: 10.1590/S0034-89102008000900005
- Araújo, E. M., Costa, M. C. N., Hogan, V. K., Araújo, T. M., Dias, A. B., & Oliveira, L. O. A. (2009). A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(31), 383-394. doi: 10.1590/S1414-32832009000400012
- Araya, R., Lewis, G., Rojas, G., & Fritsch, R. (2003). Education and income: which is more important for mental health? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(7), 501-555. doi: 10.1136/jech.57.7.501
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial.
- Ayres, J. R. C. M. (2002). Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(supl. 1), 28-42. doi: 10.1590/S1415-790X2002000400005
- Ayres, J. R. C. M. (2009). *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO.
- Ayres, J. R. C. M. (2011). Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(9), 1866-1867. doi: 10.1590/S0102-311X2011000900022

- Ayres, J. R. C. M., Calazans, G. J., Saletti, H. C., Filho, & França, I., Júnior. (2006). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior, & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 375-417). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M., França, I., Júnior, Calazans, G. J., & Saletti, H. C., Filho. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Eds.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 121-143). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barata, R. B. (2009). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barcellos, A. A. C. G., Ferreira, M. L. L, Santos, M. A. M., & Rota, C., Júnior (2020). Plantão Psicológico online em tempos de pandemia: um relato de experiência. *Revista Unimontes Científica*, 22(2), 1–15. doi: 10.46551/ruc.v22n2a10
- Barletta, J. B., Paixão, A. L. R., Feitosa, E. P. S., Oliveira, K. S., & Santos, L. A. (2012). O prontuário psicológico como recurso para pesquisa e atuação: repensando a formação da competência profissional. *Revista Psicologia e Saúde*, 4(2), 135-142. Recuperado em 05 de maio de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200006&lng=pt&tlng=pt
- Barros, C. A., & Oliveira, T. L. (2009). Saúde mental de trabalhadores desempregados. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 9(1), 86-107. Recuperado em 21 de maio de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572009000100006&lng=pt&tlng=pt
- Barros, S., Batista, L. E., Dellosi, M. E., & Escuder, M. M. L. (2014). Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. *Saúde e Sociedade*, 23(4), 1235-1247. doi: 10.1590/S0104-12902014000400010

- Barros, S., Campos, P. F. S., & Fernandes, J. J. (Eds.). (2014). *Atenção à saúde de populações vulneráveis*. São Paulo: Manole.
- Bastos, F. I. P. M., Vasconcellos, M. T. L., Boni, R. B., Reis, N. B., & Coutinho, C. F. S. (Eds.). (2017). *III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira*. Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz.
- Batista, L. E., Escuder, M. M. L., & Pereira, J. C. R. (2004). A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Revista de Saúde Pública*, 38(5), 630-636. doi: 10.1590/S0034-89102004000500003
- Batistella, C. (2007). Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In A. F. Fonseca, & A. D. Corbo (Eds.), *O território e o processo saúde-doença* (pp. 25-49). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Benseñor, I. M., Pereira, A. C., Tannuri, A. C., Valeri, C. M., Akashi, D., Fucciolo, D. Q., . . . , Lotufo, P. A. (1998). Hipertensão arterial sistêmica e morbidade psiquiátrica em ambulatório de hospital terciário. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 56(3A), 406-411. doi: 10.1590/S0004-282X1998000300009
- Bezerra, I. C., Jorge, M. S. B., Gondim, A. P. S., Lima, L. L., & Vasconcelos, M. G. F. (2014). "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18(48), 61-74. doi: 10.1590/1807-57622013.0650
- Biasoli, T. R., Moretto, M. C. & Guariento, M. E. (2016). Baixa escolaridade e doenças mentais em idosos: possíveis correlações. *Revista de Ciências Médicas*, 25(1), 1-10. Recuperado em 03 de março de 2021, de <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-833184>
- Bicalho, C., Lacerda, M., & Catafesta, F. (2008). Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. *Cogitare Enfermagem*, 13(1), 118-123. doi: 10.5380/ce.v13i1.11972

- Blay, S. L., Andreoli, S. B., Fillenbaum, G. G., & Gastal, F. L. (2007). Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *The American journal of geriatric psychiatry*, *15*(9), 790-799. doi: 10.1097/JGP.0b013e3180654179
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2014). Reflexões epistemológicas sobre o SUS e atuação do psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *34*(3), 745-760. doi: 10.1590/1982-3703001052013
- Böing, E., Crepaldi, M. A., & Moré, C. L. O. O. (2009). A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *29*(4), 813-845. doi: 10.1590/S1414-98932009000400013
- Bordin, I. A. S., & Paula, C. S. (2007). Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Kohn (Eds.), *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil* (pp. 101-117). Porto Alegre: Artmed.
- Borges, G., Acosta, I., & Sosa, A. L. (2015). Suicide ideation, dementia and mental disorders among a community sample of older people in Mexico. *International journal of geriatric psychiatry*, *30*(3), 247–255. doi: 10.1002/gps.4134
- Branco, P. C. C. (2019). Do acolhimento da queixa à compreensão da demanda na terapia centrada no cliente. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, *21*(3), 13-24. Recuperado em 24 de agosto de 2021 de https://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=309
- Brasil. Controladoria-Geral da União. (2021a). *Portal da Transparência*. Recuperado de <http://www.portaltransparencia.gov.br/>
- Brasil. Ministério da Cidadania, Secretaria Especial de Desenvolvimento Social, Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. (2020a). *Guia para acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Academia da saúde*. Brasília: Autor.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Recuperado de <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. (1997). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2015). *Saúde Mental em Dados 12*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Mental, Coordenação de Gestão da Atenção Básica. (2003). *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (2010a). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2013). *Cadernos de Atenção Básica, n. 34: Saúde mental*. Brasília: Autor.

- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2010). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. (2009). *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. (2021). *e-Gestor Atenção Básica*. Recuperado de <https://egestorab.saude.gov.br/>
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. (2019). *Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. (2016). *Painel de Indicadores do SUS Nº 10: Temático Saúde da População Negra*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. (2002). *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. (2021b). *Boletim epidemiológico 33: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (2010b). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST/Aids. (2003a). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2004) *HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: a*

humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. (2016a). *Caderno de Orientações Técnicas: Atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas*. Brasília: Autor.

Brasil. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde, Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde. (2018). *Diretrizes Clínicas em Saúde Mental*. Vitória: Autor.

Brasil. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, VIII Gerência Regional de Saúde, Coordenação de Atenção à Saúde. (2017). *Guia de monitoramento e avaliação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Petrolina: Autor.

Bretanha, A. F., Facchini, L. A., Nunes, B. P., Munhoz, T. N., Tomasi, E., & Thumé E. (2015). Depressive symptoms in elderly living in areas covered by Primary Health Care Units in urban area of Bagé, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 1-12. doi: 10.1590/1980-5497201500010001

Brocardo, D., Andrade, C. L. T., Fausto, M. C. R., & Lima, S. M. L. (2018). Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde em Debate*, 42(esp. 1), 130-144. doi: 10.1590/0103-11042018s109

Buss, P. M. (2009). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Eds.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (p. 19-42). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Cabral, B. E. B., & Morato, H. T. P. (2013). A questão de pesquisa como bússola: notas sobre o processo de produção de conhecimento em uma perspectiva fenomenológica existencial.

In C. L. B. T. Barreto, H. T. P. Morato, & M. T. Caldas (Eds.), *Prática psicológica na perspectiva fenomenológica* (pp. 159-181). Curitiba: Juruá.

Cabral, E., & Sawaya, S. M. (2001). Concepções e atuação profissional diante das queixas escolares: os psicólogos nos serviços públicos de saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 6(2), 143-155. doi: 10.1590/S1413-294X2001000200003

Camargo, R. C. V. F. (2010). Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 6(2), 231-254. Recuperado em 02 de outubro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000200002&lng=pt&tlng=pt

Campos, F. C. B., & Guarido, E. L. (2007). O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In M. J. P. Spink (Ed.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 81-103). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Campos, G. W. S. (1994). Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da Saúde. In L. C. O. Cecílio (Ed.), *Inventando a mudança na saúde* (pp.29-87). São Paulo: Hucitec.

Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403. doi: 10.1590/S1413-81231999000200013

Campos, G. W. S. (2003). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In G. W. S. Campos, *Saúde paidéia* (pp. 51-67). São Paulo: Hucitec.

Campos, G. W. S. (2006). Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior, & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 41-80). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Campos, G. W. S. (2016). Saúde mental e atenção primária: apoio matricial e núcleos de apoio à saúde da família. In M. Nunes, & F. L. P. Landim (Eds.), *Saúde Mental na atenção básica: política e cotidiano* (pp. 29-46). Salvador: EDUFBA.
- Campos, G. W. S., & Amaral, M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 849-859. doi: 10.1590/S1413-81232007000400007
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200016
- Campos, G. W. S., Gutiérrez, A. C., Guerrero, A. V., & Cunha, G. T. (2008). Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In G. W. S. Campos, & A. V. Guerrero (Eds.), *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada* (pp. 132-153). São Paulo: Hucitec.
- Canguilhem, G. (2012). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Caponi, S. (2003). A saúde como abertura ao risco. In D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Eds.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 55-77). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Caponi, S. (2011). A hereditariedade mórbida: de Kraepelin aos neokraepelinianos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(30), 833-852. doi: 10.1590/S0103-73312011000300004
- Cardoso, R. V. (2014). *Medicalização e o cuidado em saúde na Estratégia de Saúde da Família* (Dissertação de mestrado). Repositório da Produção Científica e Intelectual da UNICAMP. Recuperado de http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312682/1/Cardoso_RaquelVaz_M.pdf

- Carlos, D., Neto. (2017). A (des)medicalização na atenção primária: o surgimento de um novo cenário na saúde pública. *Revista Científica Fagoc – Saúde, 1*(2), 9-14. Recuperado em 29 de julho de 2021, de <https://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/148>
- Carmo, M. E., & Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública, 34*(3), 1-14. doi: 10.1590/0102-311X00101417
- Carvalho, L. F., & Dimenstein, M. (2004). O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia (Natal), 9*(1), 121-129. doi: 10.1590/S1413-294X2004000100014
- Carvalho, S. R., Rodrigues, C. O., Costa, F. D., & Andrade, H. S. (2015). Medicalização: uma crítica (im)pertinente? *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 25*(4), 1251-1269. doi: 10.1590/S0103-73312015000400011
- Castel, R. (2005). *A insegurança social: o que é ser protegido?* Petrópolis: Vozes.
- Cerioni, R. A. N., & Herzberg, E. (2016). Expectativas de pacientes acerca do atendimento psicológico em um serviço-escola: da escuta à adesão. *Psicologia: Ciência e Profissão, 36*(3), 597-609. doi: 10.1590/1982-3703001402014
- César, K. G., Takada, L. T., Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Nascimento, L. F. C., Oliveira, M. O., . . . , & Daré, P. (2013). Prevalence of depressive symptoms among elderly in the city of Tremembé, Brazil: Preliminary findings of an epidemiological study. *Dementia & Neuropsychologia, 7*(3), 252-257. doi: 10.1590/S1980-57642013DN70300004
- Chaves, G. (2016, 24 de abril). Como a idade influencia o aparecimento de transtornos mentais. *Correio Braziliense*. Recuperado de https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/revista/2016/04/24/interna_revista_correio,528706/como-a-idade-influencia-o-aparecimento-de-transtornos-mentais.shtml

- Chaves, S. C. L., Cruz, D. N., Barros, S. G., & Figueiredo, A. L. (2011). Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(1), 143-154. doi: 10.1590/S0102-311X2011000100015
- Chiaverini, D. H. (Ed.). (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Cintra, J. G. A. (2014, 9 de abril). Do Desquite ao Divórcio. *Jurídico Certo*. Recuperado de <https://juridicocerto.com/artigos/jgcintra/do-desquite-ao-divorcio-371>
- Cintra, M. S., & Bernardo, M. H. (2017). Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(4), 883-896. doi: 10.1590/1982-3703000832017
- Código Civil, Presidência da República, nº 10.046 (2002).
- Coelho, E. B. S., Bolsoni, C. C., Conceição, T. B., & Verdi, M. I. M. (2014). *Políticas públicas no enfrentamento da violência*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Coelho, J. A. M. (2019, 26 de agosto). Baixa escolaridade facilita aparecimento de doenças mentais em idosos. *Instituto de Neurociências Dr. João Quevedo*. Recuperado de <https://www.injq.com.br/single-post/2017/05/04/n%C3%ADvel-de-escolaridade-baixo-pode-facilitar-o-aparecimento-de-doen%C3%A7as-mentais-em-idosos>
- Coimbra, V. C. C., Oliveira, M. M., Vila, T. C., & Almeida, M. C. P. (2005). A atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(1), 113-111. Recuperado em 27 de abril de 2021, de <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/847/1020>
- Conselho Federal de Psicologia. Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde*. Brasília: Autor.

- Constituição Federal, Presidência da República (1998).
- Cordioli, A. V. (Ed.). (2011). *Psicofármacos: consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed.
- Costa, J. F. (1985). *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Cunha, A. B. O., & Vieira-da-Silva, L. M. (2010). Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 725-737. doi: 10.1590/S0102-311X2010000400015
- Cunha, F. M., Bavaresco, C. S., Santos, T. C., Ozorio, J. C., Ferreira, A. V., Ribeiro, D. T., . . . , Ferla, A. A. (2016). A importância da articulação do trabalho em rede: a experiência do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-AB. In L. B. Gomes, L. G. Barbosa, & A. A. Ferla. Freitas (Eds.), *A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas* (pp. 235-250). Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Cunha, G. T. (2005). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec.
- Curvo, D. R., Matos, A. C. V., Sousa, W. L. & Paz, A. C. A. (2018). Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 10(25), 58-82. Recuperado em 01 de dezembro 2020, de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69614>
- Dalgalarrondo, P. (2007). Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34(supl. 1), 25-33. doi: 10.1590/S0101-60832007000700005
- Dalgalarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.

- Damasceno, M. G., & Zanello, V. M. L. (2018). Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(3), 450-464. doi: 10.1590/1982-37030003262017
- Decreto do Cadastramento Único para Programas do Governo Federal, Câmara dos Deputados, nº 6.137 (2007).
- Deleuze, G. (1990). ¿Que és un dispositivo? In E. Balbier, G. Deleuze, & H. I. Dreyfus (Eds.), *Michel Foucault, filósofo* (pp. 15-161). Barcelona: Gedisa.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Demarzo, M. M. P., Oliveira, C. A., & Gonçalves, D. A. (2012). *Prática clínica da Estratégia Saúde da Família – organização e registro*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.
- Dias, M. K., Ferigato, S. H., & Fernandes, A. D. S. A. (2020). Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 595-602. doi: 10.1590/1413-81232020252.09182018
- Diehl, L., & Marin, A. H. (2016). Adoecimento mental em professores brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(2), 64-85. Recuperado em 27 de maio de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072016000200005&lng=pt&tlng=pt
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63. doi: 10.1590/S1413-73722001000200008
- Dimenstein, M. (2011). Contribuições da psicologia social para a saúde como direito e construção de cidadania. In B. Medrado, & W. Galindo (Eds.), *Psicologia social e seus*

movimentos: 30 anos de ABRAPSO (pp. 161-182). Recife: Editora Universitária da UFPE.

Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2007). Desafios para o fortalecimento da psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In M. J. P. Spink (Ed.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 207-234). São Paulo: Casa dos Psicólogos.

Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(esp.), 232-245. doi: 10.1590/S1414-98932012000500017

Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 63-74. doi: 10.1590/S0104-12902009000100007

Donabedian, A. (1988). *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. Cidade do México: Biblioteca de la Salud.

Dutra, E. (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(2), 371-378. doi: 10.1590/S1413-294X2002000200018

Emenda Constitucional que modifica o sistema de previdência social, Presidência da República, nº 20 (1998).

Emenda Constitucional que suprime o requisito de prévia separação para a dissolubilidade do casamento pelo divórcio, Presidência da República, nº 66 (2010).

Faro, A., & Pereira, M. E. (2011). Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 16(3), 271-278. doi: 10.1590/S1413-294X2011000300009

Féres-Carneiro, T., & Lo Bianco, A. C. (2013). Psicologia Clínica: uma identidade em permanente construção. In O. H. Yamamoto, & V. V. Gouveia (Eds.), *Construindo a*

Psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica (pp. 99-119). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ferreira, A. A. L. (2005). O múltiplo surgimento da Psicologia. In A. M. Jacó-Vilela, A. A. L. Ferreira, & F. T. Portugal (Eds.), *História da psicologia: rumos e percursos* (pp. 13-46). Rio de Janeiro: Nau.

Ferreira, C. R., Isaac, L., & Ximenes, V. S. (2018). Cuidar de idosos: um assunto de mulher? *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(1), 108-125. Recuperado em 02 de outubro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000100007&lng=pt&tlng=pt

Ferreira, J. L., Neto. (2008). Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 110-118. doi: 10.1590/S0102-79722008000100014

Ferreira, J. L., Neto. (2010). A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(2), 390-403. Recuperado em 11 de abril de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200013&lng=pt&tlng=pt

Ferreira, J. L., Neto. (2017). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta.

Ferreira, R. A. M. (2015). *Psicologia clínica: uma perspectiva de intervenção* (Dissertação de mestrado). Repositório das Universidades Lusíada. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11067/1750>

Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

Foucault, M. (1999). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

Franco, C. M., & Franco, T. B. (2010). *Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde*. e-Disciplinas da USP. Recuperado de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf

- Freitas, P. M., Costa, R. S. N., Rodrigues, M. S., Ortiz, B. R. A., & Santos, J. C. (2020).
Influência das relações familiares na saúde e no estado emocional dos
adolescentes. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(4), 95-109. doi: 10.20435/pssa.vi.1065
- Gama, C. A. P., Onocko-Campos, R. T., & Ferrer, A. L. (2014). Saúde mental e vulnerabilidade
social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia
Fundamental*, 17(1), 69-84. doi: 10.1590/S1415-47142014000100006
- Gandarela, L. M., & Pitta, J. C. N. (2010). Transtorno de ansiedade generalizada. In T. M.
Fidalgo, & D. X. Silveira (Eds.), *Manual de Psiquiatria* (pp. 127-132). São Paulo: Roca.
- Gil, C. R. R. (2006). Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e
singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1171-
1181. doi: 10.1590/S0102-311X2006000600006
- Giovanella, L. (2018). Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*,
34(8), 1-5. doi: 10.1590/0102-311X00029818
- Giovanella, L., Bousquat, A., Schenkman, S., Almeida, P. F., Sardinha, L. M. V., & Vieira, M.
L. F. P. (2021). Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram
as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(supl. 1),
2543-2556. doi: 10.1590/1413-81232021266.1.43952020
- Giovanetti, M. R., Santos, N. J. S., Westin, C. P., Darré, D., & Gianna, M. C. (2007). A
implantação do quesito cor/raça nos serviços de DST/Aids no Estado de São
Paulo. *Saúde e Sociedade*, 16(2), 163-170. doi: 10.1590/S0104-12902007000200016
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. London:
Tavistock.
- Gomes, C. A. R., Silva, A. K., Cavalcante, L. M., & Hüning, S. M. (2019). Diálogos da
Psicologia com Michel Foucault. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31(1), 20-26. doi:
10.22409/1984-0292/v31i1/5590

- Gonçalves, D. A., Mari, J. J., Bower, P., Gask, L., Dowrick, C., Tófoli, L. F., . . . , & Fortes, S. (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública*, *30*(3), 623-632. doi: 10.1590/0102-311X00158412
- Gonçalves, D. M., & Kapczinski, F. (2008). Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, *24*(9), 2043-2053. doi: 10.1590/S0102-311X2008000900010
- Gonçalves, M. A., & Portugal, F. T. (2012). Alguns apontamentos sobre a trajetória da Psicologia social comunitária no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *32*(esp.), 138-153. doi: 10.1590/S1414-98932012000500010
- Gonçalves, M. A., & Portugal, F. T. (2016). Análise histórica da Psicologia Social Comunitária no Brasil. *Psicologia & Sociedade*, *28*(3), 562-571. doi: 10.1590/1807-03102016v28n3p562
- Guerra, A. M. C. (2002). O social na clínica e a clínica no social: sutilezas de uma prática. In A. M. C. Guerra, B. D. Gonçalves, & J. O. Moreira (Eds.). *Clínica e Inclusão Social: novos arranjos subjetivos e novas formas de intervenção* (pp. 29-48). Belo Horizonte: Edições do Campo Social.
- Guimarães, J. M. N., Lopes, C. S., Baima, J., & Sichieri, R. (2009). Depression symptoms and hypothyroidism in a population-based study of middle-aged Brazilian women. *Journal of affective disorders*, *117*(1-2), 120-123. doi: 10.1016/j.jad.2008.12.012
- Guimarães, T. A. A., & Rosa, L. C. S. (2019). A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, *22*(44), 111-138. Recuperado em 11 de agosto de 2021, de http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf

- Gutierrez, P. R., & Oberdiek, H. I. (2001). Concepções sobre a saúde e a doença. In S. M. Andrade, D. A. Soares, & L. Cordoni Júnior (Eds.), *Bases da saúde coletiva* (pp. 1-25). Londrina: UEL.
- Hiany, N., Vieira, M. A., Gusmão, R. O. M. & Barbosa, S. F. (2018). Perfil epidemiológico dos transtornos mentais na população adulta no Brasil: uma revisão integrativa. *Enfermagem Atual In Derme*, 86(24), 1-11. doi: 10.31011/reaid-2018-v.86-n.24-art.676
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, M. E., Junior, Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for The Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51-77. doi: 10.1111/1468-5914.00119
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). *Sistema IBGE de Recuperação Automática*. Recuperado de <https://sidra.ibge.gov.br>
- Iyer, P. R., Taptich, B. J., & Bernocchi-Losey, D. (1993). *Processo e diagnóstico em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Janczura, R. (2012). Risco ou vulnerabilidade social? *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 11(2), 301-308. Recuperado em 16 de junho de 2021, de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12173>
- Jorge, T. N. S. (2006). *Manual dos Benefícios Previdenciários*. Rio de Janeiro: Lumen Juris.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 861-866. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300019
- Koch, A. S., & Rosa, D. D. (2021, 10 de abril). Transtornos mentais na adolescência. *ABC da Saúde*. Recuperado de <https://www.abcdasaude.com.br/psiquiatria/transtornos-mentais-na-adolescencia>
- Labate, B. C., Goulart, S. L., Fiore, M., MacRae, E., & Carneiro, H. (Eds.). (2008). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA.

- Laurenti, R. (1991). Novos aspectos da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 25(6), 407-417. Recuperado em 23 de março de 2021, de <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/1991.v25n6/407-417>
- Lei da Psicologia e do Serviço Social nas redes públicas de educação básica, Presidência da República, nº 13.935 (2019).
- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Presidência da República, nº 9.394 (1996).
- Lei do divórcio, Presidência da República, nº 6.515 (1977).
- Lei do Estatuto da Criança e do Adolescente, nº 8.069 (1990).
- Lei do Estatuto do Idoso, nº 10.741 (2003).
- Lei Orgânica da Saúde, Presidência da República, nº 8.080 (1990).
- Lei Orgânica da Saúde, Presidência da República, nº 8.142 (1990a).
- Lei Paulo Delgado, Presidência da República, nº 10.216 (2001).
- Lei que aprova o Plano Nacional de Educação, Presidência da República, nº 13.005 (2014).
- Lei que delimita os bairros da zona urbana do município de Xique-Xique, Prefeitura Municipal de Xique-Xique, nº 1.331 (2021).
- Lei que suprime as exceções legais permissivas do casamento infantil, Presidência da República, nº 13.811 (2019).
- Leite, D. C., Andrade, A. B., & Bosi, M. L. M. (2013). Inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(4), 1167-1187. doi: 10.1590/S0103-73312013000400008
- Lemes, C. B., & Ondere, J., Neto. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28. doi: 10.9788/TP2017.1-02
- Lima, G. R. N. (2019). *Entre o Delírio e o Silêncio: práticas discursivas e religiosidade na atenção psicossocial* (Dissertação de mestrado). Dissertações de mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia – UNIVASF. Recuperado de

https://portais.univasf.edu.br/cpgpsi/pesquisa/publicacoes/arquivos-dissertacoes/defesa_0028_grecianonato.pdf

- Lopes, C. S., Abreu, G. A., Santos, D. F., Menezes, P. R., Carvalho, K. M. B., Cunha, C. F., . . . , & Szklo, M. (2016). ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 50(supl. 1), 1s-9s. doi: 10.1590/s01518-8787.2016050006690
- Lopes, C. S., Faerstein, E., & Chor, D. (2003). Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6), 1713-1720. doi: 10.1590/S0102-311X2003000600015
- Lopes, F. (2005). Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In Brasil. Fundação Nacional de Saúde, *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade* (pp. 9-48). Brasília: Funasa.
- Ludermir, A. B., & Melo, D. A., Filho. (2002). Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*, 36(2), 213-221. doi: 10.1590/S0034-89102002000200014
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2011). Expansão e interiorização da Psicologia: reorganização dos saberes e poderes na atualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 296-313. doi: 10.1590/S1414-98932011000200008
- Mangualde, A. A. S., Botelho, C. C., Soares, M. R., Costa, J. F., Junqueira, A. C. M., & Vidal, C. E. L. (2012). Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. *Mental*, 10(19), 235-248. Recuperado em 27 de julho de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272012000200006&lng=pt&tlng=pt

- Marinho, E., Linhares, F., & Campelo, G. (2011). Os programas de transferência de renda do governo impactam a pobreza no Brasil? *Revista Brasileira de Economia*, 65(3), 267-288. doi: 10.1590/S0034-71402011000300003
- Marques, G. Q., Leal, S. M. C., Lima, M. A. D. S., Bonilha, A. L. L., & Lopes, M. J. M. (2007). As práticas e o cotidiano de profissionais em serviços públicos de saúde, na ótica de estudos acadêmicos. *Brazilian Journal of Nursing*, 6(2). Recuperado em 17 de agosto de 2021, de <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.660/194>
- Marsiglia, R. G., Silveira, C., & Carneiro, N., Junior. (2007). Brasil: indicadores sociodemográficos e características das políticas públicas na década de 1990. In M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Kohn (Eds.), *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil* (pp. 17-37). Porto Alegre: Artmed.
- Matsuzaka, C. T. (2010). Transtornos depressivo e ansioso em idosos. In T. M. Fidalgo, & D. X. Silveira (Eds.), *Manual de Psiquiatria* (pp. 331-338). São Paulo: Roca.
- Matta, G. C., & Morosini, M. V. G. (2009). Atenção à saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Recuperado de <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>
- Medeiros, D., & Tófoli, L. F. (2018). Mitos e evidências na construção das políticas sobre drogas. In Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, *Boletim de Análise Político-Institucional: Políticas de Drogas* (pp. 53-61). Brasília: Autor.
- Medeiros, J. (2021, 23 de março). Tudo sobre Benefícios Eventuais. *GESUAS*. Recuperado de <https://www.gesuas.com.br/blog/beneficios-eventuais>
- Medida Provisória que institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil, Presidência da República, nº 1.061 (2021).

Meira, E. C., Reis, L. A., Gonçalves, L. H. T., Rodrigues, V. P., & Philipp, R. R. (2017).

Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. *Escola Anna Nery*, 21(2), 1-8. doi: 10.5935/1414-8145.20170046

Melo, E. A., Miranda, L., Silva, A. M., & Limeira, R. M. N. (2018). Dez anos dos Núcleos de

Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde em*

Debate, 42(esp. 1), 328-340. doi: 10.1590/0103-11042018s122

Mello, M. F., Mello, A. A. F., & Kohn, R. (2007). Introdução. In M. F. Mello, A. A. F. Mello, &

R. Kohn (Eds.), *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil* (pp. 11-15). Porto Alegre:

Artmed.

Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.

Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2009). Trabalho em saúde. *Dicionário da Educação Profissional*

em Saúde. Recuperado de

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>

Mesquita, A. M. O., & Deslandes, S. F. (2010). A construção dos prontuários como expressão

da prática dos profissionais de saúde. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 664-673. doi:

10.1590/S0104-12902010000300017

Mielke, F. B., Kohlrausch, E., Olschowsky, A., & Schneider, J. F. (2010). A inclusão da família

na atenção psicossocial: uma reflexão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(4), 761-

765. doi: 10.5216/ree.v12i4.6812

Minayo, M. C. S. (Ed.). (2010). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis:

Vozes.

Minayo, M. C. S., & Deslandes, S. F. (1998). A complexidade das relações entre drogas, álcool

e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1), 35-42. doi: 10.1590/S0102-

311X1998000100011

- Miranda, A. C. S. (2018, maio). *Necessidades de saúde de uma população ribeirinha: Levantamento das queixas acolhidas na Atenção Básica*. Apresentação de trabalho no 8º Fórum de Mobilização Antimanicomial do Sertão do Submédio São Francisco, 5ª Mostra de Atenção Psicossocial, Juazeiro, BA.
- Miranda, A. C. S., & Cabral, B. E. B. (2016). Vozes da loucura: Reflexões críticas a partir de narrativas de pessoas que viveram uma internação psiquiátrica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 8(19), 42-66. Recuperado em 06 de março de 2022, de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69056>
- Miranda, A. C. S., & Cabral, B. E. B. (2019, maio/junho). “*A alegria deixa você mais jovem*”: *Reflexões sobre a experiência de saúde-adoecimento-cuidado*. Apresentação de trabalho no Encontro de Fenomenologias do Vale do São Francisco, II Ciclo de Debates sobre Pesquisa e Fenomenologia, Petrolina, PE.
- Miranda, C. A., Tarasconi, C. V., & Scortegagna, S. A. (2008). Estudo epidêmico dos transtornos mentais. *Avaliação Psicológica*, 7(2), 249-257. Recuperado em 24 de fevereiro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000200015&lng=pt&tlng=pt
- Miranda, F. A. C., Coelho, E. B. S., & Moré, C. L. O. O. (2012). *Projeto terapêutico singular*. Florianópolis: UFSC.
- Modesto, T. N., & Santos, D. N. (2007). Saúde Mental na Atenção Básica. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31(1), 19-24. Recuperado em 10 de janeiro de 2021, de <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/1546/1/artigo%20repositorio11.pdf>
- Molina, M. R. A. L., Wiener, C. D., Branco, J. C., Jansen, K., Souza, L. D. M., Tomasi, E., . . . , Pinheiro, R. T. (2012). Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(6), 194-197. Recuperado em 07 de janeiro

de 2022, de

<https://www.scielo.br/j/rpc/a/PhszbyTJCdXHzjfvmsV4g5h/?lang=pt&format=pdf>

Monteiro, D. D., Reichow, J. R. C., Sais, E. F., & Fernandes, F. S. (2020). Espiritualidade / religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 40(98), 129-139. Recuperado em 05 de março de 2021, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100014&lng=pt&tlng=pt

Moraes, R. C. P., & Castro-Silva, C. R. (2016). Sentidos e Processos Psicossociais envolvidos na Inclusão pelo Trabalho na Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 748-762. doi: 10.1590/1982-3703002372015

Moreira, J. K. P., Bandeira, M., Cardoso, C. S., & Scalon, J. D. (2011). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 221-226. doi: 10.1590/S0047-20852011000300012

Moreira, J. O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 608-621. doi: 10.1590/S1414-98932007000400004

Mosmann, C., & Falcke, D. (2011). Conflitos conjugais: motivos e frequência. *Revista da SPAGESP*, 12(2), 5-16. Recuperado em 26 de outubro de 2021, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5493567>

Motta, C. C. L. (2015). Apresentação/Psicologia Social e Saúde: da dimensão cultural à político-institucional. In Guanaes-Lorenzi, C., Motta, C. C. L., Borges, L. M., Zurba, M. C., & Vecchia, M. D. (Eds.), *Psicologia Social e Saúde: da dimensão cultural à político-institucional* (pp. 3-9). Florianópolis: ABRAPSO.

- Muhl, C. (2020). O itinerário terapêutico da pessoa com transtorno mental: pontos de inflexão. *Revista do NUFEN*, 12(3), 198-216. doi: 10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.nº03artigo81
- Musial, D. C., & Marcolino-Galli, J. F. (2019). Vulnerabilidade e risco: apontamentos teóricos e aplicabilidade na Política Nacional de Assistência Social. *O Social em Questão*, 22(44), 291-306. Recuperado em 21 de junho de 2021, de [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_SL2%20\(1\).pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_SL2%20(1).pdf)
- Naloto, D. C. C., Lopes, F. C., Barberato, S., Filho, Lopes, L. C., Fiol, F. S. D., & Bergamaschi, C. C. (2016). Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(4), 1267-1276. doi: 10.1590/1413-81232015214.10292015
- Nascimento, D. D. G., & Oliveira, M. A. C. (2010). Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O mundo da Saúde*, 34(1), 92-96. doi: 10.15343/0104-7809.201019296
- Navarini, V., & Hirdes, A. (2008). A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4), 680-688. doi: 10.1590/S0104-07072008000400008
- Norgren, M. B. P., Souza, R. M., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. A. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(3), 575-584. doi: 10.1590/S1413-294X2004000300020
- Nota Técnica sobre o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e o Programa Previne Brasil, Ministério da Saúde, nº 3 (2020).
- Noto, C. S., & Sarin, L. (2010). Transtorno depressivo maior. In T. M. Fidalgo, & D. X. Silveira (Eds.), *Manual de Psiquiatria* (pp. 105-113). São Paulo: Roca.

- Oliveira, D. V., Antunes, M. D., & Oliveira, J. F. (2017). Ansiedade e sua relação com a qualidade de vida em idosos: revisão narrativa. *Cinergis – Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul*, 18(4), 316-322. doi: 10.17058/cinergis.v18i4.9951
- Oliveira, F. (2019, 5 de julho). População Economicamente Ativa (PEA). *Educa Mais Brasil*. Recuperado de <https://www.educamaisbrasil.com.br/enem/geografia/populacao-economicamente-ativa-pea>
- Oliveira, F. B. (2008). *Gestão da clínica e clínica ampliada: Sistematizando e exemplificando princípios e proposições para a qualificação da assistência hospitalar* (Dissertação de mestrado). Repositório Institucional da Fiocruz. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2421>
- Oliveira, J. A. S., & Ramos, M. N. P. (2021). Conflitos intergeracionais na família e saúde mental dos idosos. *Revista Kairós-Gerontologia*, 24(1), 213-231. doi: 10.23925/2176-901X.2021v24i1p213-231
- Onocko-Campos, R. T., Campos, G. W. S., Ferrer, A. L., Corrêa, C. R. S., Madureira, P. R., Gama, C. A. P., . . ., & Nascimento, R. (2012). Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 43-50. doi: 10.1590/S0034-89102011005000083
- Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Palombini, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Gonçalves, L. L. M., . . ., Borges, L. R. (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2889-2898. doi: 10.1590/S1413-81232013001000013
- Ordi, H. G. (2008). Un paseo por la historia de la psicología clínica y de la salud: entrevista a Helio Carpintero. *Clínica y Salud*, 19(1), 121-129. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180613876006>

- Organização Internacional do Trabalho. (2021). O que é trabalho infantil [Postagem em blog]. Recuperado de https://www.ilo.org/brasil/temas/trabalho-infantil/WCMS_565163/lang-pt/index.htm
- Organização Mundial de Faculdades, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família. (2009). *Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)*. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Genebra: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Determinantes da saúde: os fatos sólidos*. Dinamarca: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *CID-11 para estatísticas de mortalidade e morbidade*. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Organização Pan-Americana de Saúde. (2018). *Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030? – Síntese*. Brasília: Autor.
- Paim, J. S. (2008). Modelos de atenção à saúde no Brasil. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (Eds.), *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 547-573). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Paim, J. S., & Almeida-Filho, N. (2000). *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade.
- Panozzo, E. A. L., & Monteiro, J. K. (2013). Aposentadoria e saúde mental: uma revisão de literatura. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(2), 199-209. Recuperado em 25 de maio de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172013000200005&lng=pt&tlng=pt

- Passarinho, J. G. N. (2017). Whitaker, R. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. *Revista de Psicologia da UNESP*, 16(2), 38-43. Recuperado em 06 de agosto de 2021, de <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1429>
- Paz, S. F., Melo, C. C., & Soriano, F. M. (2012). A violência e a violação de direitos da pessoa idosa em diferentes níveis: individual, institucional e estatal. *O social em questão*, 15(28), 57-84. Recuperado em 5 de junho de 2021, de <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/4artigo.pdf>
- Pechansky, F., Szobot, C. M., & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26(supl. 1), 14-17. doi: doi.org/10.1590/S1516-44462004000500005
- Peres, W. S. (2010). Cartografias clínicas, dispositivos de gêneros, estratégia saúde da família. *Revista Estudos Feministas*, 18(1), 205-220. doi: 10.1590/S0104-026X2010000100013
- Pitta, A. (Ed.). (2016). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Pochmann, M. (2020). Tendências estruturais do mundo do trabalho no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 89-99. doi: 10.1590/1413-81232020251.29562019
- Portaria da Política Nacional de Atenção Básica, Ministério da Saúde, nº 648 (2006).
- Portaria da Política Nacional de Atenção Básica, Ministério da Saúde, nº 2.436 (2017).
- Portaria da Política Nacional de Atenção Básica, Ministério da Saúde, nº 2.488 (2011).
- Portaria da Política Nacional de Promoção da Saúde, Ministério da Saúde, nº 687 (2006).
- Portaria da Rede de Atenção Psicossocial, Ministério da Saúde, nº 3.088 (2011).
- Portaria da Rede de Atenção Psicossocial, Ministério da Saúde, nº 3.588 (2017).
- Portaria da Rede de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, nº 4.279 (2010).
- Portaria de criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Ministério da Saúde, nº 154 (2008).

Portaria de redefinição do registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental, Ministério da Saúde, nº 99 (2020).

Portaria do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, Ministério da Saúde, nº 148 (2012).

Portaria do novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde/Programa Previnê Brasil, Ministério da Saúde, nº 2979 (2019).

Portaria do Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa, Ministério da Educação, nº 826 (2017).

Portaria que estabelece diretrizes e normas para os atendimentos ambulatorial e hospitalar em saúde mental, Ministério da Saúde, nº 224 (1992).

Queiroz, D. M., Oliveira, L. C., & Silva, M. R. F. (2014, abril). *Desvelando situações-limite e potencialidades para a produção de saberes e práticas na saúde da família*.

Apresentação de trabalho no 11º Congresso Internacional da Rede Unida, Fortaleza, CE.

Rabelo, M. C. (1993). Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 316-325. doi:

10.1590/S0102-311X1993000300019

Reis, D. C., Flisch, T. M. P., Vieira, M. H. F., & Santos, W. S., Junior (2012). Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação,

Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. *Epidemiologia e*

Serviços de Saúde, 21(4), 663-674. doi: 10.5123/S1679-49742012000400016

Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 1, 01 de abril de 2009, Diário Oficial da União – Seção 1, p. 90 (2009).

Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 5, 30 de março de 2010, Diário Oficial da União – Seção 1, p. 90 (2010).

Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, 24 de maio de 2016, Diário Oficial da União – Seção 1, pp. 44-46 (2016).

Revel, J. (2005). *Michel Foucault: conceitos essenciais*. São Carlos: Claraluz.

Ribas-Prado, M. C., Calais, S. L., & Cardoso, H. F. (2016). Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda. *Interação em Psicologia*, 20(3), 330-340. doi: 10.5380/psi.v20i3.35133

Rocha, S. V., Almeida, M. M. G., Araújo, T. M., & Virtuoso, J. S., Júnior. (2010). Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(4), 630-640. doi: 10.1590/S1415-790X2010000400008

Rodrigues, P. M., Paraboni, P., Arpini, D. M., Brandolt, C. R., Lima, J. V., & Cezar, P. K. (2017). O registro em prontuário coletivo no trabalho do psicólogo na Estratégia Saúde da Família. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 22(2), 195-202. doi: 10.22491/1678-4669.20170020

Rodrigues, R. C., Marinho, T. P. C., & Amorim, P. (2010). Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl. 1), 1615-1625. doi: 10.1590/S1413-81232010000700073

Rosa, B. P. G. D., & Winograd, M. (2011). Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicologia & Sociedade*, 23(esp.), 37-44. doi: 10.1590/S0102-71822011000400006

Sánchez, A. I. M., & Bertolozzi, M. R. (2007). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 319-324. doi: 10.1590/S1413-81232007000200007

- Santos, A. F., Filho, Silva, F. J. P., Takara, T. R. T., & Mari, J. J. (2010). Epidemiologia dos transtornos mentais. In T. M. Fidalgo, & D. X. Silveira (Eds.), *Manual de Psiquiatria* (pp. 3-12). São Paulo: Roca.
- Santos, J. L. F., & Westphal, M. F. (1999). Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, 13(35), 71-87. doi: 10.1590/S0103-40141999000100007
- Santos, M. J., & Kassouf, A. L. (2007). Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. *Economia Aplicada*, 11(1), 5-26. doi: 10.1590/S1413-80502007000100001
- Santos, N. L., Roesch, D., & Cruz, L. R. (2014). Vulnerabilidade e risco social: produção de sentidos no campo socioassistencial. *Revista Jovens Pesquisadores*, 4(1), 119-127. Recuperado em 21 de junho de 2021, de <https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/download/4515/3366>
- Santos, R. A. B. G., Uchôa-Figueiredo, L. R., & Lima, L. C. (2017). Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde em Debate*, 41(114), 694-706. doi: 10.1590/0103-1104201711402
- Saraceno, B. (2016). Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In A. Pitta (Ed.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 193-198). São Paulo: Hucitec.
- Saraceno, B. (2016a). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In A. Pitta (Ed.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 19-26). São Paulo: Hucitec.
- Schlösser, A. (2014). Interface entre saúde mental e relacionamento amoroso: um olhar a partir da psicologia positiva. *Pensando famílias*, 18(2), 17-33. Recuperado em 27 de fevereiro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200003&lng=pt&tlng=pt

- Schmidt, E. (2019). Paracelso e Paragranum: ensaio de uma nova medicina? *Revista Médica de Minas Gerais*, 29(e-2022), 1-7. doi: 10.5935/2238.3182.20190016
- Schneider, D. R. (2002). *Novas perspectivas para a psicologia clínica: um estudo a partir da obra "Saint Genet: comédien et martyr" de Jean-Paul Sartre* (Tese de doutorado). Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial. Recuperado de <https://psiclin.ufsc.br/dissertacoes-e-teses/>
- Scliar, M. (1987). *Do mágico ao social: A trajetória da saúde pública*. Porto Alegre: L&PM.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2012). A medida positiva dos afetos: bem-estar subjetivo em pessoas casadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1), 11-20. doi: 10.1590/S0102-79722012000100003
- Silva, M. L. (2005). Racismo e os efeitos na saúde mental. In L. E. Batista, & S. Kalckmann (Eds.), *Seminário saúde da população negra Estado de São Paulo 2004* (pp. 129-132). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Silva, N. G., Barros, S., Azevedo, F. C., Batista, L. E., & Policarpo, V. C. (2017). O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 100-114. doi: 10.1590/s0104-12902017164968
- Silveira, A. F. (2015). *Uso indiscriminado de benzodiazepínicos na Atenção Básica no município de Lagoa Santa – Minas Gerais* (Dissertação de mestrado). Biblioteca Virtual do Nescon. Recuperado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/uso-indiscriminado-benzodiazepinicos-AB.pdf>
- Smolen, J. R., & Araújo, E. M. (2017). Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12), 4021-4030. doi: 10.1590/1413-812320172212.19782016

- Soares, A. L. O., & Abrão, L. G. M. (2015). A saúde mental do professor. *Intercursos Revista Científica*, 14(1), 7-26. Recuperado em 27 de maio de 2021, de <https://revista.uemg.br/index.php/intercursosrevistacientifica/article/view/2507>
- Sodré, E. B., Sousa, L. C. B., & Cabral, B. E. B. (2021). Queixa escolar: uma análise dos encaminhamentos de alunos aos serviços de saúde. *Psicologia da Educação*, (52), 44-53. doi: 10.23925/2175-3520.2021i52p44-53
- Souza, F. P., Santos, D. F. G., & Vivian, A. G. (2014). Motivos da busca de atendimento psicológico em uma clínica escola da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS: pesquisa documental. *Aletheia*, (43-44), 24-36. Recuperado em 24 de agosto de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000100003&lng=pt&tlng=pt
- Souza, L. E. P. F. (2014) Saúde pública ou saúde coletiva? *Revista Espaço para a saúde*, 15(4), 7-21. Recuperado em 12 de abril de 2021, de http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/saude_publica_4.pdf
- Souza, M. P. R. (2005). Prontuários revelando os bastidores do atendimento psicológico à queixa escolar. *Estilos da Clínica*, 10(18), 82-107. Recuperado em 04 de maio de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000100008&lng=pt&tlng=pt
- Sposati, A. (2009). Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil* (pp. 13-55). Brasília: Autor.
- Stevanim, L. F. (2019, Dezembro). Previne Brasil: mudança sem debate. *Radis*, pp. 19-21.

- Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1079-1097. doi: 10.1590/S0103-73312010000400002
- Tavares, J. (2010, Outubro). Saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, pp. 4-5.
- Tesser, C. D. (2017). Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 21(62), 565-578. doi: 10.1590/1807-57622015.0939
- Tesser, C. D., Norman, A. H., & Vidal, T. B. (2018). Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*, 42(esp. 1), 361-378. doi: 10.1590/0103-11042018s125
- Toledo, L. M., & Sabroza, P. C. S. (Eds.). (2013). *Violência: orientações para profissionais da Atenção Básica de saúde*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz.
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(supl. 2), S190-S198. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800014
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2000). Intervenção psicológica em centros de saúde. In I. Trindade, & J. A. C. Teixeira (Eds.), *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp. 23-36). Lisboa: Climepsi Editores.
- Vasconcelos, E. M. (2004). Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. *Mnemosine*, 1(0), 73-90. Recuperado em 06 de março de 2022, de https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41339/pdf_8

- Ventura, T. S., & Rodrigues, B. B. (2018). Traços de um coração doente: Psicologia em diálogo com a Cardiologia. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 7(3), 463- 478. doi: 10.17267/2317-3394rpds.v7i3.2030
- Vieira, D. K. R., Britto, J. A. A., Assis, A. S., Barreto, L. C. L., & Imbuzeiro, C. A. (2020). *Compartilhamento do cuidado entre os níveis da atenção à saúde: ambulatório especializado e Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz.
- Vlahov, D., Galea, S., Gibble, E., & Freudenberg, N. (2005). Perspectives on urban conditions and population health. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 949-957. doi: 10.1590/S0102-311X2005000300031
- Whitaker, R. (2017). *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Wieczorkiewicz, A. K., & Baade, J. H. (2020). Família e escola como instituições sociais fundamentais no processo de socialização e preparação para a vivência em sociedade. *Revista Educação Pública*, 20(20), 1-6. Recuperado em 28 de julho de 2021, de <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/20/20/familia-e-escola-como-instituicoes-sociais-fundamentais-no-processo-de-socializacao-e-preparacao-para-a-vivencia-em-sociedade>
- Yasui, S. (2009). A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 1-9. doi: 10.5007/cbsm.v1i1.68432
- Zamora, M. H. (2012). Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Fractal*, 24(3), 563-578. doi: 10.1590/ S1984-02922012000300009

Apêndice A

Ficha de Triagem



ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS PSICOLOGIA

Núcleo de Apoio à



Saúde da Família

FICHA DE TRIAGEM

DATA: ____/____/____

I. REFERÊNCIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____

CATEGORIA/ESPECIALIDADE: _____

USF DE REFERÊNCIA: _____ ACS: _____

II. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME: _____

RESPONSÁVEL (se menor de 18 anos ou outra condição): _____

SEXO: () MASCULINO () FEMININO DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

RG: _____ CPF: _____

CARTÃO SUS: _____ RAÇA/COR: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: () _____ ESCOLARIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____ DIMENSÃO ESPIRITUAL: _____

III. ASPECTOS SOCIAIS

OCUPAÇÃO (Qual? Remunerada? Fixa ou esporádica?): _____

RENDIA FAMILIAR FIXA: () SIM () NÃO COMPOSIÇÃO FAMILIAR: _____

BENEFÍCIO: () NÃO () SIM _____

CONDIÇÕES DE MORADIA: () PRÓPRIA () ALUGADA () CEDIDA () OUTRA _____

SITUAÇÃO DE RISCO SOCIAL (Dependência grave de substância; violência; situação de rua, entre outras.):

() NÃO () SIM _____

SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL (Dimensão econômico-social, insegurança alimentar ou patrimonial.):

() NÃO () SIM _____

OUTRAS QUESTÕES SOCIAIS: _____

IV. HISTÓRICO DO PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA

É/FOI ACOMPANHADO EM SERVIÇO DE SAÚDE E/OU ESPECIALIZADO EM SAÚDE MENTAL: () SIM ()

NÃO

QUAL/QUAIS: _____

MOTIVO: _____

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S): _____

HISTÓRICO DE ADOECIMENTO MENTAL NA FAMÍLIA: () SIM () NÃO **PARENTESCO:** _____

INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA: () SIM () NÃO **HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO** (Motivo? Tipo de Instituição? Recorrência? Tempo de permanência?): _____

USA MEDICAMENTO PSICOTRÓPICO: () SIM () NÃO **HÁ QUANTO TEMPO:** _____

ESPECIFICAR: _____

USA MEDICAMENTO DE OUTRA CLASSE: () SIM () NÃO **HÁ QUANTO TEMPO:** _____

ESPECIFICAR: _____

ATIVIDADES DE PROMOÇÃO À SAÚDE E/OU OUTRA TERAPÊUTICA: _____

JÁ FEZ CONSULTA COM PSQUIATRA: () SIM () NÃO **ÚLTIMA VEZ:** _____

V. ASPECTOS RELACIONADOS AO USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

VI. AVALIAÇÃO CLÍNICA

COMO A PESSOA SE PERCEBE (Destacar queixas/demandas atuais.): _____

COMO A PESSOA É PERCEBIDA (Consciência; atenção; orientação; sensopercepção; memória; afetividade; vontade; psicomotricidade; pensamento; linguagem, entre outras dimensões. Destacar alterações, potencialidades e habilidades.): _____

VII. OUTRAS INFORMAÇÕES/OBSERVAÇÕES

VII. ENCAMINHAMENTO/CONCLUSÃO

RESPONSÁVEL PELA TRIAGEM:

Apêndice B

Recortes dos bancos de dados produzidos

BANCO DE DADOS 1

Informações biossociodemográficas, clínicas e organizacionais disponíveis na ficha de triagem e no formulário de solicitação do atendimento

Nº	Data do atendimento inicial	Data de nascimento	Id.	Responsável/Acompanhante	Parentesco do(a) responsável/acompanhante	Sexo	Cor ou raça	Zona de domicílio
01	11/01/2018	24/04/2000	17	S	Mãe	M	Pardo(a)	Urbana
02	05/07/2018	05/07/1933	85	S	Filha	F	Pardo(a)	Urbana
03	16/08/2018	19/12/2003	14	S	Mãe	M	Pardo(a)	Urbana
04	22/03/2018	02/05/1997	20	N	-	F	Preto(a)	Urbana
05	24/10/2018	22/10/1964	54	N	-	F	Pardo(a)	Urbana

Continua...

BANCO DE DADOS 2

Agravos à saúde apresentados pelas pessoas assistidas como motivo da procura pelo atendimento

Nº	“Como a pessoa se percebe”	Código do CIAP2
01	Queixa de <u>rituais obsessivo-compulsivos</u> com conteúdo de limpeza há cerca de 2 anos, os quais ocasionam <u>ansiedade intensa, irritação, restrição da vivência da alegria</u> e sofrimento.	P79 Fobia/perturbação compulsiva P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão P04 Sentir/comportar-se de forma irritável/zangada P03 Tristeza/Sensação de depressão
02	<u>História psicossomática (gastrite nervosa e outros sintomas associados)</u> há cerca de 1 ano (início em março/2017). Sem queixas no momento.	P75 Somatização
03	Necessidade de acompanhamento fonoaudiológico.	N66 Referenciado a outro prestador/enfermeiro/assistente social/terapeuta
04	Refere episódio de <u>crise psíquica</u> com <u>tentativa de suicídio</u> no mês de janeiro. Enfatiza <u>sintomas depressivos</u> .	P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros P77 Suicídio/Tentativa de suicídio P03 Tristeza/Sensação de depressão
05	Queixa-se de <u>vivências conflituosas no ambiente de trabalho</u> .	Z05 Problemas com condições de trabalho

Continua...

BANCO DE DADOS 3

Agravos à saúde percebidos pela psicóloga na avaliação clínica conduzida no atendimento inicial

Nº	“Como a pessoa é percebida”	Código do CIAP2
01	Consciente e orientado em tempo e espaço. Colaborativo, porém <u>dependente da presença da mãe</u> para o andamento dos atendimentos (envolvimento da mãe nos rituais). <u>Ideias obsessivo-compulsivas</u> de limpeza. <u>Restrição da convivência social</u> em decorrência do adoecimento.	P28 Limitação funcional/incapacidade P79 Fobia/perturbação compulsiva Z11 Problema relacionado com estar doente
02	Consciente e orientada em tempo e espaço. Memória preservada. Comunicativa. Autonomia preservada. <u>História de sintomas físicos associados à ansiedade (nervosismo)</u> . <u>Preocupação</u> com familiares. Vivências referidas típicas da etapa de vida atual (<u>envelhecimento</u>).	P75 Somatização P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão P05 Sensação/comportamento senil
03	Consciente e orientado em tempo e espaço. Histórico de acompanhamento fonoaudiológico	N19 Perturbações da fala N66 Referenciado a outro

- por apresentar dificuldade na fala. Sem queixas e demandas psicológicas.
- 04 Consciente e orientada em tempo e espaço; reflexiva; ideação suicida há cerca de 3 anos c/ histórico de tentativa (automutilação, ingestão excessiva de medicamento, afogamento); ansiedade intensa; conflitos familiares (relação com o pai) envolvendo conflito moral; desamparo familiar e redes sociais externas fragilizadas; fim de relacionamento amoroso.
- 05 Consciente e orientada em tempo e espaço. Chorosa. Sente-se deprimida e abatida. Queixa-se de vivência de humilhação por superiores no ambiente de trabalho. Assédio moral no trabalho? Alterações do sono e do apetite. Usando calmante. Receio de envergonhar as filhas. Vergonha de sair à rua. Crises hipertensivas de fundo emocional (nervoso e silenciamento). Autoconceito prejudicado: “não sei mais quem eu sou” (SIC). História de trabalho religioso. “Meu coração está endurecendo” (SIC). Desejo de morrer.

prestador/enfermeiro/assistente social/terapeuta

- P77 Suicídio/Tentativa de suicídio
 P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão
 Z20 Problema de relacionamento com familiares
 Z04 Problema socio-cultural
 Z29 Problema social NE
 Z15 Perda ou falecimento do parceiro/companheiro
- P03 Tristeza/Sensação de depressão
 P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros
 Z05 Problemas com condições de trabalho
 P06 Perturbação do sono
 T03 Perda de apetite
 P75 Somatização
 P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão

Continua...

BANCO DE DADOS 4

Outros agravos à saúde mencionados na ficha de triagem

Nº	“Outras informações/observações”	Código do CIAP2
01	<u>Socialização prejudicada por transtorno mental</u> . Participa de atividades sociais vinculadas à Igreja Católica. Experiência de liderança.	Z11 Problema relacionado com estar doente P28 Limitação funcional/incapacidade
02	Queixa de <u>desrespeito por parte de profissional de saúde</u> : “Carro velho não tem mais jeito” (SIC).	Z10 Problema relacionado com sistema de saúde
03	Era acompanhado por fonoaudiólogo do NASF-AB. <u>Médico escreveu encaminhamento para psicólogo</u> , porém a <u>intenção era encaminhar para fonoaudiólogo</u> .	Z10 Problema relacionado com sistema de saúde
04	<u>Conflitos familiares</u> . Nomeia o próprio sofrimento como “depressão”. <u>HD do médico: Transtorno depressivo</u> . Genitor a expulsou de casa na ocasião de término de um relacionamento amoroso. Morou no RJ e em SP.	Z20 Problema de relacionamento com familiares P76 Perturbações depressivas
05	Demonstra <u>preocupação com a situação financeira</u> em decorrência da situação atual de <u>dispensa do trabalho</u> (um dos vínculos). Uso de medicamento psicotrópico sem prescrição médica. <u>Acompanhamento com cardiologista</u> . <u>Depressão na juventude/início da vida adulta (isolamento da família e sobrecarga de responsabilidades)</u> . Em <u>situação de crise</u> no momento do atendimento.	Z01 Pobreza/problemas econômicos Z05 Problemas com condições de trabalho K29 Outros sinais/sintomas cardiovasculares P76 Perturbações depressivas Z29 Problema social NE P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros

Continua...

BANCO DE DADOS 5

Agravos à saúde mencionados ao longo das evoluções dos atendimentos

Nº	Excertos das evoluções	Código do CIAP2
01	Rituais envolvendo <u>conflitos identitários</u> ; <u>não aceitação</u> do cuidado necessário com o <u>adoecimento</u> ; <u>limites na convivência social</u> ;	P23 Sinais/sintomas relacionados ao comportamento do adolescente P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros

interferência nas atividades escolares; acompanhamento psicoterapêutico particular interrompido por questões financeiras; recusa ser atendido na ausência da mãe (dependência/limitação); ansioso e agitado (não senta durante o atendimento); limitações das vivências familiares, escolares e religiosas em decorrência da experiência com o TOC; segue em atividades grupais com dificuldade; amparo familiar (principalmente materno); solicitação para concessão de BPC em andamento; 01 considera estigmas (louco e incapaz) caso venha a receber o BPC; atrasa para o atendimento em decorrência dos rituais; dificuldade de aceitação da condição clínica; receio de exclusão e discriminação; dependência da presença da mãe para andamento do atendimento; uso descontínuo dos medicamentos psicotrópicos; episódios de agressividade; falta ao atendimento em decorrência dos rituais; atrasos na escola em decorrência dos rituais; dificuldade para concluir o ano letivo (mãe e filho solicitam suporte para sensibilizar a escola quanto ao uso de métodos mais adequados à condição clínica atual); diretor da escola queixa-se de que 01 costuma se envolver em conflitos com colegas (tem atitudes discriminatórias); apresenta rituais obsessivo-compulsivos durante o atendimento; expectativa de concluir o ensino médio e ingressar na faculdade (projeto de vida); necessidade de adaptações metodológicas no processo de ensino-aprendizagem formal em decorrência da condição clínica; ritualização obsessiva; ansiedade intensa; Sertralina e Risperidona (com prescrição – mesma informação da ficha de triagem); inseguro/comportamento desconfiado; conflitos com a convivência social; atividades diárias prejudicadas; dificuldades escolares; sintomas limitantes e de difícil remissão; desligamento do psiquiatra provoca agitação e medo; inclusão dos irmãos nos rituais (estresse familiar); não se sente “normal” desde o aparecimento dos sinais e sintomas obsessivo-compulsivos; refere se sentir melhor com o fim do compromisso escolar, pois tem mais tempo para executar os rituais; queixa-se de ociosidade e ansiedade; mãe e filho narram sobre perícia do INSS para concessão do BPC (destacam necessidade do auxílio financeiro do benefício); encaminhamento ao CREAS para assessoria jurídica; renova receita do psiquiatra com o médico da UBSF; aguarda marcação de consulta com psiquiatra; mãe relata que se sente sobrecarregada com a participação nos rituais e demonstra preocupação com a filha mais nova (imitando o comportamento ritualístico de 01); 01 foi orador da turma na formatura de conclusão do ensino médio; episódios de frustração (envolvendo os rituais).

Z11 Problema relacionado com estar doente
 Z28 Limitação funcional/incapacidade
 Z28 Limitação funcional/incapacidade
 Z01 Pobreza/problemas econômicos
 Z10 Problema relacionado com sistema de saúde
 P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão
 P04 Sentir/comportar-se de forma irritável/zangada
 Z04 Problema socio-cultural
 P79 Fobia/perturbação compulsiva
 P24 Dificuldades específicas de aprendizagem
 Z07 Problemas relacionados com educação
 Z24 Problema de relacionamento com amigos
 Z29 Problema social NE

- 03 Foi encaminhamento ao psicólogo por erro de registro do médico.
- 04 Refere se sentir mais cuidada pelos familiares posterior às tentativas de suicídio.
- 05 Situação de crise nos últimos dias. Pico hipertensivo durante o atendimento. Enfermeira do CSJVS presta assistência durante atendimento. Cardiologista prescreve Sertralina e solicita avaliação psiquiátrica. Chorosa. “Dias terríveis”. Diffícil aceitação da dispensa do trabalho. Adoecimento familiar (tristeza). Crise de autoconceito. Ideação suicida. Sentimento de vergonha. Questiona capacidade laboral. Insônia. Prescrição psiquiátrica: Carbolitium, Sertralina e Alprazolam. Medicamentos contribuindo com o controle da hipertensão (somatização?). “Tomaria um remédio para ser feliz caso tivesse”. Amparo familiar e preparativos para casamento da filha (fatores de proteção – suicídio). Sensação de fracasso. Dor de cabeça intensa (preocupação com a gravidade). Picos hipertensivos (histórico de hospitalização). Trauma do trabalho. Sentimento de culpa. Sensação de incapacidade e fragilidade. Sobrecarga de responsabilidades. Sofreu com atitudes racistas de um familiar para com seu esposo. Desamparo da família de origem. Amparo na família do esposo. Dificuldade para se proteger e passividade desde a infância – percebia-se insegura e descuidada. Enfatiza memórias ruins. Solicita orientação sobre concessão de auxílio-doença. Buscou atendimento de emergência com psiquiatra. Prescrição: Carbolitium, Alprazolam, Pamelor e Setralina. Relata que pediu veneno ao esposo em momento de dor. Isolamento social. Queda de cabelo. Crise durante o atendimento (conversiva?) – desmaio, pico hipertensivo e desorientação têmporo-espaial. Orientação a familiar. Hospitalização em decorrência de crise psíquica. Humor deprimido. Desmotivação. Pediu demissão do outro vínculo de trabalho que tinha. Receio do julgamento alheio. Sofrimento no trabalho. Pensamento obsessivo? Delírio de perseguição? “Arrasando monstros” em vez de elaborar sofrimento vivido. Nova prescrição psiquiátrica: Carbolitium, Carbamazepina, Nortriptilina, Alprazolam, Assert e Betina. Solicitação de TC de crânio. Realizou perícia junto ao INSS (auxílio-doença). Alterações da volição. História de depressão na juventude. Autocuidado incipiente. Dificuldade em desenvolver cuidados laborais. Necessidade de cuidados intensivos em Saúde Mental.
- Z10 Problema relacionado com sistema de saúde
- P77 Suicídio/Tentativa de suicídio
- P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros
- K87 Hipertensão com complicações
- P03 Tristeza/Sensação de depressão
- Z05 Problemas com condições de trabalho
- Z29 Problema social NE
- P77 Suicídio/Tentativa de suicídio
- P06 Perturbação do sono
- P75 Somatização
- N01 Cefaléia
- A27 Medo de outra doença NE
- P82 Estresse pós-traumático
- Z04 Problema socio-cultural
- P28 Limitação funcional/incapacidade
- S23 Queda de cabelo/calvície
- P20 Alterações da memória
- Z06 Problemas de desemprego
- P76 Perturbações depressivas

Continua...

BANCO DE DADOS 6

Compilado das informações sobre os agravos à saúde envolvidos nas experiências de saúde-adoecimento das pessoas atendidas

Nº

Código do CIAP2

-
- 01 P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão
P03 Tristeza/Sensação de depressão
P04 Sentir/comportar-se de forma irritável/zangada
P23 Sinais/sintomas relacionados ao comportamento do adolescente
P24 Dificuldades específicas de aprendizagem
P28 Limitação funcional/incapacidade
P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros
P79 Fobia/perturbação compulsiva
Z01 Pobreza/problemas econômicos
Z04 Problema socio-cultural
Z07 Problemas relacionados com educação
Z10 Problema relacionado com sistema de saúde
Z11 Problema relacionado com estar doente
Z24 Problema de relacionamento com amigos
Z28 Limitação funcional/incapacidade
Z29 Problema social NE
- 03 P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão
P05 Sensação/comportamento senil
P75 Somatização
Z10 Problema relacionado com sistema de saúde
- 03 N19 Perturbações da fala
N66 Referenciado a outro prestador/enfermeiro/assistente social/terapeuta
Z10 Problema relacionado com sistema de saúde
- 04 P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão
P03 Tristeza/Sensação de depressão
P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros
P76 Perturbações depressivas
P77 Suicídio/Tentativa de suicídio
Z04 Problema socio-cultural
Z15 Perda ou falecimento do parceiro/companheiro
Z20 Problema de relacionamento com familiares
Z29 Problema social NE
- 05 A27 Medo de outra doença NE
K29 Outros sinais/sintomas cardiovasculares
K87 Hipertensão com complicações
N01 Cefaléia
P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão
P03 Tristeza/Sensação de depressão
P06 Perturbação do sono
P20 Alterações da memória
P28 Limitação funcional/incapacidade
P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros
P75 Somatização
P76 Perturbações depressivas
P77 Suicídio/Tentativa de suicídio
P82 Estresse pós-traumático
S23 Queda de cabelo/calvície
T03 Perda de apetite
Z01 Pobreza/problemas econômicos
Z04 Problema socio-cultural
Z05 Problemas com condições de trabalho
Z06 Problemas de desemprego
Z29 Problema social NE

Continua...

BANCO DE DADOS 7

Marcadores de vulnerabilidade individual, social e programática

Vulnerabilidade individual	
Relatos sobre situação psicoemocional (desejo de morte, ideação suicida e histórico de tentativa de suicídio)	04 Tentativas de suicídio (automutilação, ingestão abusiva de medicamento e afogamento).
	05 Desejo de morte e ideação suicida. Relata que pediu veneno ao esposo em momento de dor.
	15 Tentativa de suicídio (enforcamento).
	19 Tentativa de suicídio (ingestão abusiva de medicamento).
	25 Desejo de morte e ideação suicida. “Vontade de correr da vida” (SIC), porém afirma que não tem coragem de colocar a própria vida em risco. Continua...
Vulnerabilidade social	
Relatos sobre vivência de violência	02 Violência institucional. Violência contra à pessoa idosa.
	05 Violência no trabalho (assédio moral). Violência relacionada à cor ou raça (racismo).
	08 Violência conjugal.
	18 Violência sexual (estupro). Obs.: gravidez.
	24 História de violência sexual na infância. Violência de gênero (homofobia). Desrespeito por parte de familiares à sua orientação sexual. Continua...
Vulnerabilidade programática	
Relatos sobre percalços no itinerário de cuidado	01 Desligamento do psiquiatra (vínculos precários/fragilização da rede) provoca agitação e medo (“deixa a sessão tranquilo em decorrência da garantia da continuidade da assistência”). Aguarda marcação de consulta com psiquiatra. Acompanhamento psicoterapêutico particular interrompido por questões financeiras.
	02 Queixa de desrespeito por parte de profissional de saúde: “Carro velho não tem mais jeito” (SIC). Demora no agendamento (na ocasião do atendimento inicial, não apresentava mais necessidade de intervenção psicológica).
	03 Era acompanhado por fonoaudiólogo do NASF-AB. Médico escreveu encaminhamento para psicólogo, porém a intenção era encaminhar para fonoaudiólogo. “Foi encaminhado ao psicólogo por erro de registro do médico”.
	06 Apresentou resistência em ser reavaliada pela psiquiatra.
	07 Pai se queixa de dificuldades financeiras atuais para custear terapêutica até então prescrita para 07. Em atendimento na rede pública de município vizinho em decorrência da ausência de oferta assistencial específica na rede local. Continua...

<p>900 Cefaleia de cluster 901 Nevralgia facial/ganglion de Bell 902 Nevralgia da trigêmeo 903 Síndrome do nariz do coelho/síndrome do canal lacrimal 904 Nevralgia occipital/síndrome parietal 905 Cefaleia tensional 906 Outros distúrbios do sistema neurológico</p> <p>PSICOLÓGICO P</p> <p>907 Sensação de ansiedade/nervosismo/ansiedade 908 Reação aguda ao estresse 909 Tristezas/Sensação de desânimo 910 Sensação de culpa de forma intensa/culpado 911 Sensação de comprometimento sexual 912 Perturbação do sono 913 Diminuição do desejo sexual 914 Diminuição da satisfação sexual 915 Preocupação com a preferência sexual 916 Falta de interesse sexual 917 Problemas de alimentação da criança 918 Medo de doenças 919 Encopresis/outros problemas de incontinência fecal 920 Abuso obscuro de álcool 921 Abuso agudo de álcool 922 Abuso do tabaco 923 Abuso de medicação 924 Abuso de drogas 925 Alterações de memória 926 Síndromes/sintomas relacionados ao comportamento da criança 927 Síndromes/sintomas relacionados ao comportamento do adolescente 928 Dificuldades específicas de aprendizagem 929 Problemas de fase de vida de adulto 930 Medo de perturbações mentais 931 Limitação funcional/incapacidade 932 Síndromes/sintomas psicológicos, outros</p> <p>933 Demência 934 Outras síndromes orgânicas NE 935 Esquizofrenia 936 Psicose atípica 937 Transtorno ansioso/estado de ansiedade 938 Somatização 939 Perturbações depressivas 940 Transtorno obsessivo compulsivo 941 Neurastenia 942 Fobia/perturbação compulsiva 943 Perturbações de personalidade 944 Perturbação fóbica 945 Estrés pós-traumático 946 Transtorno de pânico 947 Transtorno de personalidade 948 Transtorno de personalidade 949 Outras perturbações psicológicas</p> <p>RESPIRATORIO R</p> <p>950 Dor atribuída ao aparelho respiratório 951 Dificuldade respiratória, dispnéia 952 Respiração ruidosa 953 Outros problemas respiratórios 954 Tosse 955 Hemorragia nasal/epistaxe 956 Espirros/congestão nasal 957 Outros sinais/sintomas nasais 958 Sinais/sintomas dos sinus paranasais 959 Sinais/sintomas da garganta 960 Sinais/sintomas da voz 961 Hiperreflexia 962 Exacerbação/insuficiência asmática 963 Medo de outras doenças respiratórias 964 Limitação funcional/incapacidade 965 Sinais/sintomas do aparelho respiratório, outros 966 Tosse crônica/perturbada 967 Infecção estreptocócica da orofaringe 968 Abscesso/furúnculo no nariz 969 Infecção aguda do aparelho respiratório superior (OMS) 970 Sinusite crônica/aguda 971 Amigdalite aguda 972 Laringite/traqueíte aguda 973 Bronquite/bronquiolite aguda 974 Bronquite crônica 975 Gripes 976 Influenza 977 Influenza epidêmica 978 Outras infecções respiratórias 979 Neoplasia maligna dos brônquios/pulmão 980 Outras neoplasias respiratórias malignas 981 Neoplasia benigna respiratória 982 Corpo estranho nasal/faringe/laringe/tráqueia 983 Outra lesão respiratória 984 Malformação congênita do aparelho respiratório 985 Hipertrofia dos adenóides/adenoidite 986 Neoplasia respiratória NE 987 Doença pulmonar obstructiva crônica 988 Asma 989 Síndrome de hiperventilação 990 Outras doenças respiratórias</p> <p>PELE S</p> <p>991 Dor/inflamação/dorência da pele 992 Prurido</p>	<p>993 Vertigão 994 Tumor/inchaco focalizado 995 Tumor/inchaco generalizado 996 Erupção cutânea focalizada 997 Erupção cutânea generalizada 998 Alterações da cor da pele 999 Infecção dos dentes das mãos/pés 1000 Furunculose/abscesso 1001 Infecção pós-traumática de pele 1002 Picada ou mordedura de inseto 1003 Mordedura animal/humana 1004 Queimadura/focalizada 1005 Queimadura generalizada 1006 Corpo estranho na pele 1007 Traumatismo/contusão 1008 Abcesso/abscesso de cabelo 1009 Laceração/corte 1010 Outra lesão cutânea 1011 Cisto/cistíctides 1012 Sinais/sintomas do tórax da pele 1013 Sinais/sintomas das unhas 1014 Queda de cabelos/cílios 1015 Sinais/sintomas do cabelo/cílios/cabelado 1016 Medo de câncer de pele 1017 Medo de outra doença da pele 1018 Limitação funcional/incapacidade 1019 Sinais/sintomas da pele, outros 1020 Cisto/pilosebáceo 1021 Sinais/sintomas do tórax da pele 1022 Sinais/sintomas das unhas 1023 Queda de cabelos/cílios 1024 Sinais/sintomas do cabelo/cílios/cabelado 1025 Medo de câncer de pele 1026 Medo de outra doença da pele 1027 Limitação funcional/incapacidade 1028 Sinais/sintomas da pele, outros</p> <p>1029 Neoplasia maligna da pele 1030 Outras infecções da pele 1031 Lipoma 1032 Neoplasia cutânea benigna/incurta 1033 Carcinoma/Quadrante solar/queratose solar 1034 Hemangioma/telangiectasia 1035 Nevus/naevus de pele 1036 Lesões da pele congênitas, outras 1037 Impetigo 1038 Cisto pilosebáceo 1039 Dermite seborréica 1040 Dermite de contato/alérgica 1041 Dermite de contato 1042 Foliculite 1043 Piorreia 1044 Doença da glândula sudorípara 1045 Cisto sebáceo 1046 Úlceras escaras 1047 Molusco contagioso 1048 Acne 1049 Úlceras crônicas da pele 1050 Lúscula 1051 Outras doenças da pele</p> <p>ENDÓCRINO/METABÓLICO E NUTRICIONAL T</p> <p>1052 Sede excessiva 1053 Açúcar no suor 1054 Perda de apetite 1055 Problemas alimentares de lactante/criança 1056 Problemas alimentares do adulto 1057 Aumento de peso 1058 Perda de peso 1059 Anorexia do crescimento 1060 Desidratação 1061 Medo de câncer do sistema endócrino 1062 Medo de outra doença endócrina/metabólica 1063 Infecção endócrina 1064 Sinais/sintomas endócrinos/metabólicos/nutricionais, outros 1065 Infecção endócrina 1066 Neoplasia maligna da tireoide 1067 Neoplasia benigna da tireoide 1068 Outra neoplasia endócrina NE 1069 Cisto do canal tirogênico 1070 Malformação congênita endócrina/metabólica 1071 Bazo 1072 Obesidade 1073 Excesso de peso 1074 Hipotireoidismo/hipertireoidismo 1075 Hipotireoidismo/hipertireoidismo 1076 Hipotireoidismo/hipertireoidismo 1077 Hipotireoidismo 1078 Diabetes insulino-dependente 1079 Diabetes insulino-dependente 1080 Diabetes não insulino-dependente 1081 Deficiência vitamínica/nutricional 1082 Gota 1083 Alteração no metabolismo dos lipídios 1084 Outras doenças endócrinas/metabólicas/nutricionais</p> <p>URINÁRIO U</p> <p>1085 Dor/irritação/dorência 1086 Infecção/freqüente/urgência urinária/poliúria 1087 Incontinência urinária 1088 Outros problemas com a micção 1089 Hematuria 1090 Outros sinais/sintomas urinários 1091 Retenção urinária 1092 Sinais/sintomas da bexiga, outros 1093 Sinais/sintomas dos rins 1094 Medo de câncer no aparelho urinário 1095 Medo de outra doença urinária 1096 Limitação funcional/incapacidade</p>	<p>1097 Sinais/sintomas aparelho urinário, outros 1098 Pelve/perine 1099 Cistrite/outra infecção urinária 1100 Uterite 1101 Neoplasia maligna do rim 1102 Neoplasia benigna do rim 1103 Neoplasia maligna do aparelho urinário, outra 1104 Neoplasia benigna do aparelho urinário 1105 Neoplasia do aparelho urinário NE 1106 Lesões traumáticas do aparelho urinário 1107 Malformação congênita do aparelho urinário 1108 Síndrome nefrótica/síndrome nefrótica 1109 Albuminúria/proteinúria/urêmia 1110 Cálculo urinário 1111 Análise de urina anormal NE 1112 Outros diagnósticos urinários</p> <p>GRAVIDEZ, PARTO E PLANEJAMENTO FAMILIAR W</p> <p>1113 Questão sobre gravidez 1114 Medo de estar grávida 1115 Hemorragia antes do parto 1116 Vômitos/injúrias durante a gravidez 1117 Complicação pós-parto 1118 Concepção oral 1119 Concepção intra-uterina/Dispositivo intra-uterino (DIU) 1120 Esterilização 1121 Concepção/vitros 1122 Infertilidade/subfertilidade 1123 Hemorragia pós-parto 1124 Sinais/sintomas pós-parto 1125 Sinais/sintomas da mamariação 1126 Percepção com a imagem corporal na gravidez 1127 Medo de complicações na gravidez 1128 Limitação funcional/incapacidade 1129 Sinais/sintomas da gravidez, outros 1130 Sepsis/infecção pós-parto 1131 Infecções que complicam a gravidez 1132 Neoplasia maligna relacionada com gravidez 1133 Neoplasia benigna/incurta relacionada com a gravidez 1134 Lesões traumáticas que complicam a gravidez 1135 Malformação congênita que complica a gravidez 1136 Abortos 1137 Gravidez não desejada 1138 Gravidez ectópica 1139 Temor gravídico/OMS 1140 Anestesia epidural 1141 Aborto espontâneo 1142 Anestesia geral 1143 Diabetes do tipo 1 1144 Parto sem complicações de nascido vivo 1145 Parto com complicações de nascido vivo 1146 Parto com complicações de nascido morto 1147 Parto normal 1148 Outros problemas de parto durante a gravidez 1149 Outras complicações do parto 1150 Outros problemas da gravidez/parto</p> <p>GENITAL FEMININO X</p> <p>1151 Dor genital 1152 Dor menstrual 1153 Dor no intermestruo 1154 Relação sexual dolorosa na mulher 1155 Menstruação escassa/ausente 1156 Menstruação excessiva 1157 Menstruação irregular/frequente 1158 Hemorragia intermenstrual 1159 Sinais/sintomas pré-menstruais 1160 Dor no ato da menstruação 1161 Sinais/sintomas da menopausa/ climatério 1162 Hemorragia pós-menopausa 1163 Hemorragia pós-coital 1164 Secção vaginal 1165 Sinais/sintomas da vagina 1166 Sinais/sintomas do vulva 1167 Sinais/sintomas da perine/feminina 1168 Dor da mama feminina 1169 Tumor ou nódulo na mama feminina 1170 Sinais/sintomas da mama da mulher 1171 Sinais/sintomas da mama feminina, outros 1172 Preocupação com a aparência da mama feminina 1173 Medo de doença de transmissão sexual 1174 Medo de disfunção sexual 1175 Medo de câncer genital 1176 Medo de câncer na mama 1177 Medo de outra doença genital/mama 1178 Limitação funcional/incapacidade 1179 Sinais/sintomas do aparelho genital feminino, outra 1180 SIDA feminina 1181 Gonorreia feminina 1182 Candidíase genital feminina 1183 Tricomoníase genital feminina 1184 Doença inflamatória pélvica 1185 Neoplasia maligna do colo 1186 Neoplasia maligna da mama feminina 1187 Neoplasia maligna genital feminina, outra 1188 Fibrose cística 1189 Neoplasia benigna da mama feminina/ fibroadenoma 1190 Neoplasia benigna genital</p>	<p>1191 Neoplasia genital feminina, outra NE 1192 Lesão traumática genital feminina 1193 Malformação congênita genital 1194 Vaginose bacteriana 1195 Doença do colo NE 1196 Colheita de Pap smear/citopatologia cervicovaginal 1197 Proctite reto-vaginal 1198 Doença fibrotica da mama 1199 Síndrome da tensão pré-menstrual 1200 Herpes genital feminino 1201 Condição acumulada feminino 1202 Infecção por clamídia 1203 Doença genital feminina, outra</p> <p>GENITAL MASCULINO Y</p> <p>1204 Dor no pênis 1205 Dor no escroto/testículos 1206 Secção uretral 1207 Sinais/sintomas do pênis, outros 1208 Sinais/sintomas do escroto/testículos, outros 1209 Sinais/sintomas da próstata 1210 Impotência NE 1211 Sinais/sintomas da função sexual masculina, outros 1212 Infertilidade/subfertilidade masculina 1213 Esterilização masculina 1214 Planejamento familiar, outros 1215 Sinais/sintomas da mama masculina 1216 Medo de disfunção sexual masculina 1217 Medo de doença sexualmente transmissível 1218 Medo de câncer genital masculino 1219 Limitação funcional/incapacidade 1220 Sinais/sintomas, outros 1221 SIDA masculina 1222 Gonorreia masculina 1223 Herpes genital 1224 Prostatite/vesiculite seminal 1225 Orquite/epididite 1226 Balanite/balanopostite 1227 Condição acumulada 1228 Neoplasia maligna da próstata 1229 Neoplasia maligna genital masculina, outra 1230 Neoplasia benigna genital masculina, outra 1231 Pterose/papiloma balanar 1232 Hiposplâdia 1233 Testículo não descido/Criptorquidia/Testículo ectópico 1234 Malformação genital congênita masculina, outra 1235 Diabetes gestacional 1236 Hipertensão benigna da gestante/Hipertensão primária benigna 1237 Hipertensão</p> <p>PROBLEMAS SOCIAIS Z</p> <p>1238 Doença genital masculina, outra 1239 Polízia/problemas econômicos 1240 Problemas relacionados à água/saneamento 1241 Problemas de habitação/educação 1242 Problemas relacionados com sistema de segurança social 1243 Problemas de ordem legal 1244 Problema relacionado com sistema de saúde 1245 Problema relacionado com etnia/aborto 1246 Problema de relacionamento com parceiro/comparar 1247 Problema comportamental do parceiro/comparar 1248 Problema por doença do parceiro/comparar 1249 Perda ou falhanço do parceiro/comparar 1250 Problema de relacionamento com tripa 1251 Problema com relação de cônjuge 1252 Problema de relacionamento com familiares 1253 Problema por doença familiar 1254 Perda/falhanço de família 1255 Problema de relacionamento com amigos 1256 Medo ou sentimento violento 1257 Medo de problema social 1258 Limitação funcional/incapacidade 1259 Problema social NE</p> <p>PROCEDIMENTOS</p> <p>SINAIS/SINTOMAS</p> <p>INFECÇÕES</p> <p>NEOPLASIAS</p> <p>TRAUMATISMOS</p> <p>ANOMALIAS CONGÊNITAS</p> <p>OUTROS DIAGNÓSTICOS</p>
--	---	---	---

Apêndice D

Tabelas de frequência produzidas

TABELA DE FREQUÊNCIA 1 <i>Motivos da procura pelo atendimento individual de Psicologia</i>	f_i	%
P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros	21	36%
P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	10	17%
P03 Tristeza/Sensação de depressão	09	16%
Z23 Perda/falecimento de familiar	06	10%
P06 Perturbação do sono	05	9%
P24 Dificuldades específicas de aprendizagem	05	9%
P75 Somatização	05	9%
Z20 Problema de relacionamento com familiares	05	9%
P04 Sentir/comportar-se de forma irritável/zangada	04	7%
P20 Alterações da memória	04	7%
P74 Distúrbio ansioso/estado de ansiedade	04	7%
Z25 Ato ou acontecimento violento	04	7%
P76 Perturbações depressivas	03	5%
P79 Fobia/perturbação compulsiva	03	5%
P99 Outras perturbações psicológicas	03	5%
Z12 Problema de relacionamento com parceiro/conjugal	03	5%
Z15 Perda ou falecimento do parceiro/companheiro	03	5%
Z29 Problema social NE	03	5%
P02 Reação aguda ao estresse	02	3%
P77 Suicídio/Tentativa de suicídio	02	3%
P82 Estresse pós-traumático	02	3%
Z01 Pobreza/problemas económicos	02	3%
Z04 Problema socio-cultural	02	3%
Z19 Perda ou falecimento de criança	02	3%
A01 Dor generalizada /múltipla	01	2%
A04 Debilidade/cansaço geral/fadiga	01	2%
A05 Sentir-se doente	01	2%
A25 Medo de morrer/medo da morte	01	2%
A27 Medo de outra doença NE	01	2%
D09 Náusea	01	2%
K04 Palpitações/percepção dos batimentos cardíacos	01	2%
N01 Cefaléia	01	2%
N07 Convulsões/ataques	01	2%
N66 Referenciado a outro prestador/enfermeiro/assistente social/terapeuta	01	2%
P10 Gaguejar/balbuciar/tiques	01	2%
P15 Abuso crônico de álcool	01	2%
P16 Abuso agudo de álcool	01	2%
P17 Abuso do tabaco	01	2%
P19 Abuso de drogas	01	2%
P22 Sinais/sintomas relacionados ao comportamento da criança	01	2%
P27 Medo de perturbações mentais	01	2%
P28 Limitação funcional/incapacidade	01	2%
P85 Retardo/Atraso mental	01	2%
P98 Outras psicoses NE	01	2%
R02 Dificuldade respiratória, dispneia	01	2%
R05 Tosse	01	2%
T03 Perda de apetite	01	2%
T85 Hipertireoidismo/tireotoxicose	01	2%
W01 Questão sobre gravidez	01	2%
W18 Sinais/sintomas pós-parto	01	2%
W79 Gravidez não desejada	01	2%
W82 Aborto espontâneo	01	2%

W93 Parto com complicações de natimorto	01	2%
Z03 Problemas de habitação/vizinhança	01	2%
Z05 Problemas com condições de trabalho	01	2%
Z10 Problema relacionado com sistema de saúde	01	2%
Z21 Problema comportamental de familiar	01	2%
Z24 Problema de relacionamento com amigos	01	2%

TABELA DE FREQUÊNCIA 2

<i>Agravos percebidos na avaliação clínica conduzida no atendimento inicial</i>	<i>f_i</i>	<i>%</i>
P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros	35	60%
Z20 Problema de relacionamento com familiares	19	33%
Z12 Problema de relacionamento com parceiro/conjugal	16	28%
P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	15	26%
P03 Tristeza/Sensação de depressão	13	22%
Z29 Problema social NE	13	22%
P75 Somatização	10	17%
Z04 Problema socio-cultural	10	17%
Z23 Perda/falecimento de familiar	10	17%
P77 Suicídio/Tentativa de suicídio	09	16%
P04 Sentir/comportar-se de forma irritável/zangada	06	10%
P79 Fobia/perturbação compulsiva	06	10%
Z01 Pobreza/problemas econômicos	06	10%
Z25 Ato ou acontecimento violento	06	10%
P06 Perturbação do sono	05	9%
Z05 Problemas com condições de trabalho	05	9%
P20 Alterações da memória	04	7%
P76 Perturbações depressivas	04	7%
Z11 Problema relacionado com estar doente	04	7%
Z13 Problema comportamental do parceiro/companheiro	04	7%
Z22 Problema por doença familiar	04	7%
P23 Sinais/sintomas relacionados ao comportamento do adolescente	03	5%
P24 Dificuldades específicas de aprendizagem	03	5%
P82 Estresse pós-traumático	03	5%
Z15 Perda ou falecimento do parceiro/companheiro	03	5%
Z21 Problema comportamental de familiar	03	5%
A01 Dor generalizada /múltipla	02	3%
A04 Debilidade/cansaço geral/fadiga	02	3%
A25 Medo de morrer/medo da morte	02	3%
P18 Abuso de medicação	02	3%
P22 Sinais/sintomas relacionados ao comportamento da criança	02	3%
P28 Limitação funcional/incapacidade	02	3%
P98 Outras psicoses NE	02	3%
T03 Perda de apetite	02	3%
W79 Gravidez não desejada	02	3%
Z03 Problemas de habitação/vizinhança	02	3%
Z10 Problema relacionado com sistema de saúde	02	3%
Z14 Problema por doença do parceiro/companheiro	02	3%
Z18 Problema com criança doente	02	3%
A05 Sentir-se doente	01	2%
A80 Lesão traumática/acidente NE	01	2%
A92 Alergia/reação alérgica NE	01	2%
K27 Medo de outra doença cardiovascular	01	2%
K29 Outros sinais/sintomas cardiovasculares	01	2%
K86 Hipertensão sem complicações	01	2%
K87 Hipertensão com complicações	01	2%
L20 Sinais/sintomas das articulações NE	01	2%
N19 Perturbações da fala	01	2%
N66 Referenciado a outro prestador/enfermeiro/assistente social/terapeuta	01	2%

P05 Sensação/comportamento senil	01	2%
P10 Gaguejar/balbuciar/tiques	01	2%
P15 Abuso crônico de álcool	01	2%
P17 Abuso do tabaco	01	2%
P25 Problemas da fase de vida de adulto	01	2%
P74 Distúrbio ansioso/estado de ansiedade	01	2%
P85 Retardo/Atraso mental	01	2%
T10 Atraso do crescimento	01	2%
T29 Sinais/sintomas endocrinológicos/metabólicos/nutricionais, outros	01	2%
W01 Questão sobre gravidez	01	2%
W82 Aborto espontâneo	01	2%
W96 Outras complicações do puerpério	01	2%
X07 Menstruação irregular/frequente	01	2%
X11 Sinais/sintomas da menopausa/climatério	01	2%
Z02 Problemas relacionados a água/alimentação	01	2%
Z06 Problemas de desemprego	01	2%
Z19 Perda ou falecimento de criança	01	2%
Z24 Problema de relacionamento com amigos	01	2%

TABELA DE FREQUÊNCIA 3

Outros agravos mencionados na ficha de triagem

	<i>f_i</i>	%
Z01 Pobreza/problemas econômicos	09	16%
Z10 Problema relacionado com sistema de saúde	09	16%
Z29 Problema social NE	09	16%
Z20 Problema de relacionamento com familiares	06	10%
P76 Perturbações depressivas	04	7%
P77 Suicídio/Tentativa de suicídio	04	7%
Z04 Problema socio-cultural	04	7%
Z12 Problema de relacionamento com parceiro/conjugal	04	7%
Z19 Perda ou falecimento de criança	04	7%
W01 Questão sobre gravidez	03	5%
W78 Gravidez	03	5%
Z13 Problema comportamental do parceiro/companheiro	03	5%
Z21 Problema comportamental de familiar	03	5%
Z25 Ato ou acontecimento violento	03	5%
P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros	03	5%
P03 Tristeza/Sensação de depressão	02	3%
P28 Limitação funcional/incapacidade	02	3%
Z06 Problemas de desemprego	02	3%
Z11 Problema relacionado com estar doente	02	3%
Z15 Perda ou falecimento do parceiro/companheiro	02	3%
A92 Alergia/reação alérgica NE	01	2%
K29 Outros sinais/sintomas cardiovasculares	01	2%
P15 Abuso crônico de álcool	01	2%
P16 Abuso agudo de álcool	01	2%
P19 Abuso de drogas	01	2%
P23 Sinais/sintomas relacionados ao comportamento do adolescente	01	2%
P24 Dificuldades específicas de aprendizagem	01	2%
P27 Medo de perturbações mentais	01	2%
P82 Estresse pós-traumático	01	2%
P98 Outras psicoses NE	01	2%
W84 Gravidez de alto risco	01	2%
X29 Sinais/sintomas do aparelho genital feminino, outra	01	2%
Z02 Problemas relacionados a água/alimentação	01	2%
Z05 Problemas com condições de trabalho	01	2%
Z09 Problema de ordem legal	01	2%
Z18 Problema com criança doente	01	2%
Z22 Problema por doença familiar	01	2%

Z23 Perda/falecimento de familiar	01	2%
-----------------------------------	----	----

TABELA DE FREQUÊNCIA 4		
<i>Agravos mencionados nas evoluções dos atendimentos</i>	<i>f_i</i>	<i>%</i>
P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros	19	33%
Z29 Problema social NE	17	29%
P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	10	17%
Z25 Ato ou acontecimento violento	10	17%
Z21 Problema comportamental de familiar	09	16%
P03 Tristeza/Sensação de depressão	08	14%
P06 Perturbação do sono	08	14%
Z04 Problema socio-cultural	08	14%
Z12 Problema de relacionamento com parceiro/conjugal	07	12%
Z20 Problema de relacionamento com familiares	07	12%
Z23 Perda/falecimento de familiar	07	12%
P20 Alterações da memória	06	10%
P24 Dificuldades específicas de aprendizagem	06	10%
P28 Limitação funcional/incapacidade	06	10%
P75 Somatização	06	10%
Z01 Pobreza/problemas econômicos	06	10%
A04 Debilidade/cansaço geral/fadiga	05	9%
P04 Sentir/comportar-se de forma irritável/zangada	05	9%
P82 Estresse pós-traumático	05	9%
Z10 Problema relacionado com sistema de saúde	05	9%
Z22 Problema por doença familiar	05	9%
N19 Perturbações da fala	04	7%
P23 Sinais/sintomas relacionados ao comportamento do adolescente	04	7%
P74 Distúrbio ansioso/estado de ansiedade	04	7%
P76 Perturbações depressivas	04	7%
P77 Suicídio/Tentativa de suicídio	04	7%
Z03 Problemas de habitação/vizinhança	04	7%
Z28 Limitação funcional/incapacidade	04	7%
A25 Medo de morrer/medo da morte	03	5%
N29 Sinais/sintomas do sistema neurológico, outros	03	5%
P02 Reação aguda ao estresse	03	5%
P27 Medo de perturbações mentais	03	5%
P79 Fobia/perturbação compulsiva	03	5%
P85 Retardo/Atraso mental	03	5%
Z06 Problemas de desemprego	03	5%
Z07 Problemas relacionados com educação	03	5%
Z08 Problema relacionado com sistema de segurança social	03	5%
Z13 Problema comportamental do parceiro/companheiro	03	5%
Z15 Perda ou falecimento do parceiro/companheiro	02	3%
A27 Medo de outra doença NE	02	3%
N28 Limitação funcional/incapacidade	02	3%
P07 Diminuição do desejo sexual	02	3%
P25 Problemas da fase de vida de adulto	02	3%
P81 Perturbação hipercinética	02	3%
P99 Outras perturbações psicológicas	02	3%
W82 Aborto espontâneo	02	3%
Z02 Problemas relacionados a água/alimentação	02	3%
Z11 Problema relacionado com estar doente	02	3%
Z14 Problema por doença do parceiro/companheiro	02	3%
Z18 Problema com criança doente	02	3%
Z24 Problema de relacionamento com amigos	02	3%
A01 Dor generalizada /múltipla	01	2%
A03 Febre	01	2%
A05 Sentir-se doente	01	2%

A06 Desmaio/síncope	01	2%
A80 Lesão traumática/acidente NE	01	2%
D09 Náusea	01	2%
D12 Obstipação	01	2%
D21 Problemas de deglutição	01	2%
D73 Gastroenterite, presumível infecção	01	2%
F05 Outras perturbações visuais	01	2%
F95 Estrabismo	01	2%
K87 Hipertensão com complicações	01	2%
L14 Sinais/sintomas da coxa/perna	01	2%
L19 Sinais/sintomas musculares NE	01	2%
L28 Limitação funcional/incapacidade	01	2%
N01 Cefaléia	01	2%
N07 Convulsões/ataques	01	2%
N81 Outra lesão do sistema neurológico	01	2%
P10 Gaguejar/balbuciar/tiques	01	2%
P11 Problemas de alimentação da criança	01	2%
P16 Abuso agudo de álcool	01	2%
P17 Abuso do tabaco	01	2%
R05 Tosse	01	2%
S23 Queda de cabelo/calvície	01	2%
T03 Perda de apetite	01	2%
T05 Problemas alimentares do adulto	01	2%
T07 Aumento de peso	01	2%
T10 Atraso do crescimento	01	2%
T29 Sinais/sintomas endocrinológicos/metabólicos/nutricionais, outros	01	2%
T85 Hipertireoidismo/tireotoxicose	01	2%
W18 Sinais/sintomas pós-parto	01	2%
W78 Gravidez	01	2%
X29 Sinais/sintomas do aparelho genital feminino, outra	01	2%
X45 Educação em saúde/aconselhamento/dieta	01	2%
X78 Fibromioma uterino	01	2%
X89 Síndrome da tensão pré-menstrual	01	2%
Z05 Problemas com condições de trabalho	01	2%

TABELA DE FREQUÊNCIA 5

Compilado dos agravos

	f_i	%
P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros	42	72%
Z29 Problema social NE	27	47%
P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	26	45%
P03 Tristeza/Sensação de depressão	22	38%
Z20 Problema de relacionamento com familiares	22	38%
Z12 Problema de relacionamento com parceiro/conjugal	21	36%
P06 Perturbação do sono	17	29%
Z04 Problema socio-cultural	17	29%
P75 Somatização	16	28%
Z01 Pobreza/Problemas econômicos	16	28%
Z23 Perda/Falecimento de familiar	16	28%
Z25 Ato ou acontecimento violento	15	26%
Z10 Problema relacionado com sistema de saúde	14	24%
P77 Suicídio/Tentativa de suicídio	13	22%
Z21 Problema comportamental de familiar	13	22%
P04 Sentir/comportar-se de forma irritável/zangada	12	21%
P76 Perturbações depressivas	12	21%
P20 Alterações da memória	10	17%
P28 Limitação funcional/incapacidade	09	16%
Z15 Perda ou falecimento do parceiro/companheiro	09	16%
Z22 Problema por doença familiar	09	16%

A04 Debilidade/cansaço geral/fadiga	08	14%
P24 Dificuldades específicas de aprendizagem	08	14%
P79 Fobia/perturbação compulsiva	08	14%
Z13 Problema comportamental do parceiro/companheiro	08	14%
P82 Estresse pós-traumático	07	12%
Z11 Problema relacionado com estar doente	07	12%
P23 Sinais/sintomas relacionados ao comportamento do adolescente	06	10%
P74 Distúrbio ansioso/estado de ansiedade	06	10%
Z19 Perda ou falecimento de criança	06	10%
A25 Medo de morrer/medo da morte	05	9%
N19 Perturbações da fala	05	9%
W01 Questão sobre gravidez	05	9%
Z03 Problemas de habitação/vizinhança	05	9%
Z05 Problemas com condições de trabalho	05	9%
Z06 Problemas de desemprego	05	9%
Z18 Problema com criança doente	05	9%
A01 Dor generalizada /múltipla	04	7%
P02 Reação aguda ao estresse	04	7%
P27 Medo de perturbações mentais	04	7%
P99 Outras perturbações psicológicas	04	7%
T03 Perda de apetite	04	7%
Z24 Problema de relacionamento com amigos	04	7%
Z28 Limitação funcional/incapacidade	04	7%
N29 Sinais/sintomas do sistema neurológico, outros	03	5%
P07 Diminuição do desejo sexual	03	5%
P22 Sinais/sintomas relacionados ao comportamento da criança	03	5%
P85 Retardo/Atraso mental	03	5%
W78 Gravidez	03	5%
W82 Aborto espontâneo	03	5%
Z02 Problemas relacionados a água/alimentação	03	5%
Z07 Problemas relacionados com educação	03	5%
Z08 Problema relacionado com sistema de segurança social	03	5%
Z14 Problema por doença do parceiro/companheiro	03	5%
A05 Sentir-se doente	02	3%
A27 Medo de outra doença NE	02	3%
K29 Outros sinais/sintomas cardiovasculares	02	3%
K87 Hipertensão com complicações	02	3%
N01 Cefaléia	02	3%
N07 Convulsões/ataques	02	3%
N28 Limitação funcional/incapacidade	02	3%
P16 Abuso agudo de álcool	02	3%
P18 Abuso de medicação	02	3%
P25 Problemas da fase de vida de adulto	02	3%
P81 Perturbação hipercinética	02	3%
P98 Outras psicoses NE	02	3%
T29 Sinais/sintomas endocrinológicos/metabólicos/nutricionais, outros	02	3%
T85 Hipertiroidismo/tireotoxicose	02	3%
W18 Sinais/sintomas pós-parto	02	3%
W79 Gravidez não desejada	02	3%
X29 Sinais/sintomas do aparelho genital feminino, outra	02	3%
A03 Febre	01	2%
A06 Desmaio/síncope	01	2%
A80 Lesão traumática/acidente NE	01	2%
A92 Alergia/reacção alérgica NE	01	2%
D09 Náusea	01	2%
D12 Obstipação	01	2%
D21 Problemas de deglutição	01	2%
D73 Gastroenterite, presumível infecção	01	2%
F05 Outras perturbações visuais	01	2%

F95 Estrabismo	01	2%
K04 Palpitações/percepção dos batimentos cardíacos	01	2%
K27 Medo de outra doença cardiovascular	01	2%
K86 Hipertensão sem complicações	01	2%
L14 Sinais/sintomas da coxa/perna	01	2%
L19 Sinais/sintomas musculares NE	01	2%
L20 Sinais/sintomas das articulações NE	01	2%
L28 Limitação funcional/incapacidade	01	2%
N66 Referenciado a outro prestador/enfermeiro/assistente social/terapeuta	01	2%
N81 Outra lesão do sistema neurológico	01	2%
P05 Sensação/comportamento senil	01	2%
P10 Gaguejar/balbuciar/tiques	01	2%
P11 Problemas de alimentação da criança	01	2%
P15 Abuso crônico de álcool	01	2%
P17 Abuso do tabaco	01	2%
P19 Abuso de drogas	01	2%
R02 Dificuldade respiratória, dispneia	01	2%
R05 Tosse	01	2%
S23 Queda de cabelo/calvície	01	2%
T05 Problemas alimentares do adulto	01	2%
T07 Aumento de peso	01	2%
T10 Atraso do crescimento	01	2%
W84 Gravidez de alto risco	01	2%
W93 Parto com complicações de natimorto	01	2%
W96 Outras complicações do puerpério	01	2%
X07 Menstruação irregular/frequente	01	2%
X11 Sinais/sintomas da menopausa/climatério	01	2%
X45 Educação em saúde/aconselhamento/dieta	01	2%
X78 Fibromioma uterino	01	2%
X89 Síndrome da tensão pré-menstrual	01	2%
Z09 Problema de ordem legal	01	2%

TABELA DE FREQUÊNCIA 6	f_i	%
<i>Marcadores de vulnerabilidades</i>		
Vulnerabilidade individual – Relatos sobre a situação psicoemocional	14	24%
Vulnerabilidade social – Relatos de violência	15	26%
Vulnerabilidade programática – Relatos sobre percalços no itinerário de cuidado	17	29%

Continua...

TABELA DE FREQUÊNCIA 7	f_i	%
<i>Pontos de atenção do SUS e das redes intersetoriais que foram acionados</i>		
Centro de Saúde João Vicente da Silva	13	22%
Unidade Básica de Saúde da Família	11	19%
Centro de Referência de Assistência Social	09	16%
Central de Regulação de Serviços de Saúde	08	14%
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica	07	12%

Continua...