



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Ana Gabriela Ferreira Brito

PERFIL DE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA: uma revisão
integrativa das publicações na Revista Psicologia Ciência e Profissão

Palmas – TO

2018

Ana Gabriela Ferreira Brito
PERFIL DE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA: uma revisão
integrativa das publicações na Revista Psicologia Ciência e Profissão

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II) elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof.a. M.e Lauriane dos Santos Moreira.

Palmas – TO

2018

Ana Gabriela Ferreira Brito

O PERFIL DE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA: uma revisão
integrativa das publicações na Revista Psicologia Ciência e Profissão

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II) elaborado e
apresentado como requisito parcial para aprovação na
disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II
do curso de bacharelado em Psicologia do Centro
Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof.a M.e Lauriane dos Santos Moreira.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.a. M.e Lauriane dos Santos Moreira

Orientador

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof.a M.e Izabela Almeida Querido

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof.a. M. e. Gabriela Ortega Coelho Thomazi

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO

2018

RESUMO

BRITO, Ana Gabriela Ferreira. **O perfil de atuação do psicólogo na atenção básica**: uma revisão integrativa das publicações na Revista Psicologia Ciência e Profissão. 2018. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2018.

O presente trabalho teve como objetivo levantar o perfil de atuação de psicólogos na Atenção Básica em Saúde a partir de publicações em todas as edições da Revista Psicologia Ciência e Profissão, (1979 a 2017). Para tal levantamento foi realizada uma revisão integrativa de artigos da referida revista. Os artigos para serem incluídos no trabalho deveriam apresentar em seu resumo, título ou palavras-chave os descritores Atenção Básica ou Atenção Primária. Foram encontrados 33 artigos, e a partir daí, além do levantamento do perfil de atuação de psicólogos na atenção básica em saúde, ocorreu também a análise de seus autores, mostrando sua trajetória acadêmica e profissional. Observou-se que grande parte das pesquisas ocorreram na região sudeste, e que atuação e a formação dos autores não estavam diretamente relacionadas. Através da revisão integrativa dos artigos, percebeu-se que as temáticas mais encontradas fazem referência ao cuidado integral em saúde. Em relação à prática do Psicólogo na atenção básica, é perceptível identificar através dos resultados que este ainda encontra dificuldades de assumir seu papel em tal campo, apesar de ser bem vista e aceita pelos profissionais e usuários. Um fator que impede a eficácia de tal atuação é a falta de conhecimento do profissional de Psicologia mediante às práticas.

Palavras-chave: Atenção Básica em Saúde. Psicologia. Psicólogo. SUS

ABSTRACT

The objective of this study is to show the profile of the performance of psychologists in Basic Health Care from publications of all editions of Psychology Science and Profession, that is, from 1979 to 2017. For this survey an integrative review of articles of that magazine. The articles to be included in the work should present in their summary, title or keywords the descriptors Primary Care or Primary Care. A total of 33 articles were found, and from that point on, the authors also analyzed their academic and professional trajectory. It was observed that a great part of the research occurs in the southeast region, and that the performance and the formation of the authors are not directly related. Through the integrative review of the articles, it can be seen that the most frequently mentioned themes refer to comprehensive health care and to the psychologist's practice in basic care, it is obvious that the psychologist still finds it difficult to assume his role in this field, despite being well regarded and accepted by professionals and users. One factor that impedes the effectiveness of such action is the lack of knowledge of the Psychology professional through the practices.

Keywords: Basic Health Care. Psychology. Psychologist. SUS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Número de publicações por ano..... | 24 |
| Figura 2 – Regiões Brasileiras com publicações..... | 25 |
| Figura 3 – Graduação dos autores ano..... | 28 |
| Figura 4 – Região de graduação dos autores ano..... | 29 |
| Figura 5 - Quantidade de autores especialistas e as áreas de especialização..... | 29 |
| Figura 6 - Quantidade de autores que são mestres e doutores..... | 30 |
| | |
| Quadro 1 – Montante das repetições das palavras-chaves dos artigos selecionados..... | 26 |
| Quadro 2: Identificação dos artigos segundo as categorias temáticas..... | 26 |
| Quadro 3 - Predominância das áreas de mestrado e doutorado..... | 31 |
| Quadro 4 - Atuação profissional dos autores..... | 32 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|---|
| ABS | Atenção Básica de Saúde |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CAP | Caixa de Aposentadoria e Pensões |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CEULP | Centro Universitário Luterano de Palmas |
| DNSP | Departamento Nacional de Saúde Pública |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| FUNASA | Fundação Nacional de Saúde |
| IAPS | Institutos de Aposentadoria e Pensões |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| INPS | Instituto Nacional da Previdência Social |
| MESP | Ministério da Educação e Saúde Pública |
| MPAS | Ministério de Previdência e Assistência Social |
| NASF | Núcleo de Apoio a Saúde da Família |
| PAB | Piso da Atenção Básica |
| PET-Saúde | Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| PTS | Projeto Terapêutico Singular |
| QUALIS | Sistema usado para classificar a produção científica dos programas de pós-graduação no que se refere aos artigos publicados em periódicos científicos |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SINPAS | Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| ULBRA | Universidade Luterana do Brasil |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| 1 HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASiL e as primeiras práticas psicológicas | 3 |
| 2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS | 9 |
| 2.1 Política Nacional de Atenção Básica | 10 |
| 3. METODOLOGIA | 14 |
| 3.2 PROCEDIMENTOS | 14 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 16 |
| 4.1 ARTIGOS ENCONTRADOS | 16 |
| 4.1.1 Principais temáticas abordadas nos artigos analisados | 18 |
| 4.2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS AUTORES | 20 |
| 4.3 ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS AUTORES | 23 |
| 4.4 Os desafios encontrados por psicólogos na Atenção Básica | 25 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 26 |
| REFERÊNCIAS | 28 |
| ANEXOS | 35 |

INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil é reconhecido mundialmente pelo oferecimento gratuito, universal e integral de saúde a população (BANCO MUNDIAL, 2013). Entretanto, nem sempre foi assim. Por muitos anos, desde a sua colonização, o governo apresentava dificuldades em lidar com problemas relacionados à higiene, à salubridade e também ao oferecimento e prestação de serviços gratuitos a toda a população.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Lei nº 8.080 em 1990 e é resultado de uma grande luta democrática. Por isso, hoje, apesar de ainda existirem falhas e desafios, muitos brasileiros desfrutam do direito apresentado no artigo 196 da Constituição Federal, o qual afirma que “saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), sendo este garantido através de “políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196).

Dentro dos diversos pontos de atenção do SUS, os cuidados de saúde são prestados por equipes multidisciplinares, variando a composição conforme o tipo de unidade de saúde e nível de atenção. Estas equipes são compostas por alguns profissionais como médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS), profissionais de educação física e odontólogos, sendo que todos estes buscam atuar numa perspectiva biopsicossocial. Dentre tais profissionais, se chama atenção para o de Psicologia, que atua nos três níveis de atenção.

A atuação do Psicólogo na atenção básica será o objeto do presente estudo, visto que sua presença neste campo mostra bastante favorável, pois auxilia o cumprimento dos princípios e diretrizes propostos ao SUS na Lei 8.080, influenciando assim, todos os serviços, incluindo o usuário.

Este trabalho tem como objetivo levantar o perfil de atuação de Psicólogos na atenção básica a partir de publicações de todas as edições da Revista Psicologia Ciência e Profissão, ou seja, de 1979 a 2017. Seus objetivos específicos referem-se à descrição da trajetória acadêmica dos profissionais de Psicologia que estudam e pesquisam sobre a atenção básica e a evidenciação dos desafios encontrados por psicólogos na atenção básica. Sendo assim o problema de pesquisa desta pesquisa é: qual o perfil de atuação de psicólogos na atenção básica evidenciado pelas produções de conhecimento científico da Revista Psicologia Ciência e Profissão?

O interesse da pesquisadora em questão surgiu mediante as experiências vividas ao participar do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Este programa

possibilitou o conhecimento acerca da dinâmica do trabalho interdisciplinar com outras ciências da saúde e a amplitude do SUS. No decorrer do PET, diante das ações e intervenções que foram realizadas, o maior questionamento era como a Psicologia poderia atuar em determinadas situações.

No Brasil, a Psicologia é uma ciência muito recente, assim como as políticas públicas de saúde atuais. Sendo assim, a atuação do psicólogo dentro deste campo tem se mostrado repleta de desafios (CREPOP/CFP, 2010). Logo, a maior compreensão do tema pode contribuir para o melhor desempenho do profissional, aprimorando a atuação nos serviços de forma indireta, caso outros psicólogos tenham acesso a este trabalho, uma vez que serão trazidas experiências vividas em diversos locais do país.

Por fim, discutir o desafio de superar a perspectiva biologicista da saúde, tanto nas equipes multidisciplinares quanto na atuação específica dos próprios psicólogos dentro do ambiente acadêmico, qualifica e direciona a atuação na atenção básica. É de grande importância que o acadêmico saiba que o que se faz no SUS é diferente da atuação na clínica tradicional, compreendendo assim a melhor forma de atuar em cada ambiente.

1 HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL E AS PRIMEIRAS PRÁTICAS PSICOLÓGICAS

Durante o período colonial, não existia nenhum modelo de atenção à saúde da população, sendo esta limitada às plantas e ervas assim como aos curandeiros (POLIGNANO, 2001). Antes da vinda da coroa portuguesa “os poucos médicos, membros da elite, encontravam-se nas cidades maiores e atendiam somente as camadas mais altas da população” (ESCORES; TEIXEIRA, 2008, p. 333). Até então, as questões psicológicas eram abordadas por religiosos, políticos, educadores, filósofos e moralistas (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO, 2011).

Com a chegada da corte ao Rio de Janeiro em 1808, foram feitas grandes mudanças para adequar a cidade como sede da coroa portuguesa. Estas mudanças tinham como principal característica a tomada de providências acerca da garantia à higiene e salubridade (CABRAL, 2014), ocorrendo, a partir de então, o controle sanitário dos alimentos que seriam ingeridos, bem como, o controle de doenças e a fiscalização dos serviços dos profissionais da saúde, gerando assim a criação da primeira organização nacional de saúde pública no Brasil.

No ano seguinte, em 1809, a regulamentação, pelo alvará de sete de janeiro de 1808, de dois importantes órgãos do governo, o Physico-Mór, responsável “pelo controle da medicina exercida por diferentes curadores, como, cirurgiões, barbeiros, sangradores e parteiras” (CABRAL, 2011a, p. 1), e o Cirurgião-Mór, que em companhia com sua comissão, formavam uma junta avaliadora que prestava exames aos candidatos para autorizar o exercício da cirurgia (CABRAL, 2011b). Ainda em 1809 foi estabelecido o Provedor-Mór de Saúde (BRASIL, 1809) que tinha como responsabilidade, segundo Cabral (2011c), os cuidados relacionados a prevenção de saúde, sanitarismo, combate a epidemias e fiscalização dos portos.

Após 1820, além da proclamação da Independência do Brasil em 1822, ocorreram algumas mudanças na regulamentação da saúde, quando em agosto de 1828, gerando a extinção dos lugares de Provedor-Mór, Physico-Mór e Cirurgião-Mór do Império, e a partir de então foi repassado às Câmaras Municipais as atribuições que lhes competiam (BRASIL, 1828), ou seja, todas as ações relacionadas à saúde foram transferidas aos municípios (municipalização). No ano seguinte é criada a Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro (BRASIL, 1829). Como afirma o documento, as ações do Decreto de janeiro de 1829 não satisfizeram aos seus fins, sendo em 1833 publicado novamente, dobrando o número de integrantes na inspeção (BRASIL, 1833).

Durante o período regencial, que durou de 1831 a 1840, a situação do país, em relação ao sanitário, se mostrou caótica. Ainda que ocorresse a realização de algumas ações preventivas, como a imunização compulsória das crianças contra a varíola, em 1837, as grandes epidemias de varíola, cólera e febre amarela atingiam grande parte da população. Tendo este cenário, em 1846 foi criado pelo decreto n.º 464, de 17/08/1846, o Instituto Vacínico do Império. A partir desta década, os primeiros hospícios no Brasil foram criados, tendo como base a necessidade de ofertar um tratamento adequado aos que sofriam de “loucura”. Até então viviam em prisões, nas ruas e nas Santas Casas de Misericórdia (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO, 2011).

Outro fator relevante para compreender este contexto é o processo de revolução industrial, que influenciou sobremaneira a estrutura social e conseqüentemente a saúde pública. As populações de ambientes rurais foram em grande quantidade para as cidades, criando assim, o ambiente ideal para surtos de doenças epidemiológicas (BRASIL, 2004). Segundo Suppia e Scarabello (2014, s/p)

(...) a capital carioca era conhecida como “Porto Sujo” ou “Cidade da Morte”, um lugar evitado pelos viajantes. A falta de planejamento urbano e de infraestrutura sanitária fez com que o Rio se tornasse foco de uma variedade de doenças como a febre amarela, varíola, sarampo, disenteria, difteria, tuberculose e até mesmo a peste bubônica.

No decorrer deste período, muitas ações foram tomadas na tentativa de reduzir o surto. Recursos foram liberados para evitar que a epidemia se propagasse (BRASIL, 1850a), liberação de crédito para melhora do estado sanitário da capital (BRASIL, 1850b) e até mesmo a tomada de providências sobre a desinfecção das casas e estabelecimentos públicos ou particulares (BRASIL, 1878). Franco (1969) afirma que entre 1850 a 1902, no Rio de Janeiro, ocorreram 58.063 falecimentos. Tal problema chegou a influenciar diretamente a economia do país, a ponto de embarcações desembarcarem seus passageiros em outros portos, como o de Buenos Aires.

Em 15 de novembro de 1889 ocorre a Proclamação da República com o golpe militar que derruba Dom Pedro II, tornando-se assim, a República do Brasil. Ao iniciar-se a última década do século XIX, praticamente todas as atividades relacionadas a saúde eram voltadas ao controle de epidemias. Escóres e Teixeira (2008) afirmam que até então o poder público não se voltava para a assistência à saúde da população, visto que seu principal foco estava relacionado à manutenção de um estado completamente insalubre e a fiscalização de alimentos e bebidas. Os serviços voltados à saúde da população eram realizados por comunidades filantrópicas.

Entre 1808 a 1890 os saberes psicológicos eram praticados principalmente dentro da medicina e da educação. Na medicina, eram realizadas teses doutorais para obtenção de título de doutor e a maioria dos temas eram referentes às paixões ou emoções, diagnósticos e tratamentos das alucinações mentais, epilepsia, histeria. Estes saberes também eram exercidos em práticas dos hospícios (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO, 2011). Na educação, os conteúdos relacionados à psicologia eram encontrados nas disciplinas de “Filosofia”, “Psicologia Lógica”, “Pedagogia” e “Pedagogia e Psicologia”. Eram abordados temas como inteligência, sensações e vontade, todos estes relacionados a educação e ao processo de ensino-aprendizagem (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO, 2011).

O século XX se iniciou sem grandes mudanças no contexto sanitário. Em 1902 Rodrigues Alves assumiu o governo e convidou o médico sanitarista Oswaldo Cruz para a Diretoria-Geral de Saúde Pública, cargo que atualmente refere-se ao de Ministro de Saúde. O mesmo foi nomeado no primeiro trimestre do ano seguinte, tendo apenas 30 anos. Franco (1969) afirma que em seu discurso na cerimônia de posse, Oswaldo Cruz se comprometeu em acabar com a febre amarela, a peste bubônica e a varíola no Rio de Janeiro em apenas quatro anos, caso fosse dado a ele forças e recursos.

Sua gestão ficou conhecida como autoritarista, visto que apontou medidas como o isolamento dos doentes de febre amarela (TASCO, 2012), adentrar em residências sem a permissão dos moradores para intervenções sanitárias (GALVÃO, 2012) e aprovação da lei 1.261, de 31 de outubro de 1904 que instituía a vacinação obrigatória. “O uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação” (MACIEL, 2009, p. 774). Tendo todo este cenário, ocorreu em 1904 a revolta da vacina, onde manifestantes se revoltaram entre o dia 10 ao dia 18 de novembro.

No dia 13, grandes danos foram causados por multidões furiosas. Houve tiroteios, destruição de coches, de postes de iluminação, de calçamento; prédios públicos foram danificados, quartéis assaltados. A ira da população dirigiu-se principalmente contra os serviços públicos, a polícia, as autoridades sanitárias, o ministro da justiça. O governo decretou estado de sítio e chamou tropas de outros estados para controlar a situação. O saldo final da luta foram 30 mortos, 110 feridos e 945 presos, dos quais 461 foram deportados para o norte do país. (CARVALHO, 2002, p. 74).

Apesar disto, segundo a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA, 2017), em 1907 ocorreu a criação do Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos (atual Instituto Oswaldo Cruz), a febre amarela no Rio de Janeiro foi erradicada e por isso, no IV Congresso Internacional de Higiene e Demografia de Berlim, Oswaldo Cruz foi agraciado com uma

medalha de ouro. Em 1909 deixou a Diretoria-Geral de Saúde Pública e se dedicou unicamente ao Instituto.

Em janeiro de 1920, através do Decreto nº 3.987 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) “que visava a extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil. A Saúde Pública passou a ser tomada como questão social” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 383). Este era o maior órgão federal da área da saúde, onde Carlos Chagas foi o primeiro diretor do cargo.

A presença do estado “na gerência do sistema previdenciário brasileiro foi lenta e gradual” (BATICH, 2004. p. 33). Em 1923, o Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro, conhecido como Lei Elói Chaves, designou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) para os empregados de empresa ferroviária. Estas caixas eram organizadas pelas empresas e ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões (JUNIOR; JUNIOR, 2006; BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Em 1926 a mesma foi estendida aos portuários e marinhos através da Lei 5.109 de 20 de dezembro. Tal assistência não era baseada pelo princípio da universalidade, mas sim em vínculos trabalhistas. Logo, os favorecidos eram apenas os funcionários que contribuíam com a previdência (JUNIOR; JUNIOR, 2006).

Sousa e Batista (2012) afirmam que em 1930

O Brasil passava por várias transformações políticas e econômicas. Do ponto de vista histórico, Getúlio Vargas chegava ao poder com a Revolução de 30, no qual uma de suas primeiras medidas foi a Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública – MESP. Dentre as políticas sociais que foram criadas por ele, no período do governo provisório (1930-1934), vale destacar a criação em 1933 dos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs, que na realidade foi um novo modelo de organização previdenciária que veio a substituir as antigas CAPs. Este novo modelo era organizado por categoria profissional e administrado pelo Estado (p. 2).

Ou seja, na década de 30, com o crescimento industrial e a reivindicação por melhores condições de diversas classes assalariadas urbanas, o Estado decide intervir nas relações trabalhistas substituindo as CAPs pelo IAPs, na qual seriam concentradas todas as categorias profissionais e englobado todo o território nacional. Assim, as administrações dos recursos das previdências deixaram de ser atribuições de cada CAP, passando para a mão do Estado (BATICH, 2004). Apesar da amplitude alcançada pelo IAPs, o mesmo ainda era limitado a trabalhadores que possuíam vínculo trabalhista e contribuíam para a previdência.

Em 1953 ocorreu a criação do Ministério da Saúde, que teve como base estrutural o DNSP. Através da sua criação iniciou-se uma nova organização relacionada às ações de saúde. Tais ações relacionadas à saúde coletiva estavam associadas ao Ministério da Saúde e à

assistência médica individual e medicamentosa estava vinculada à Previdência Social, instituições filantrópicas e clínicas privadas (LIMA; PINTO, 2003).

Somente neste momento, através da Lei 4.119 de 27 de agosto de 1962, a psicologia é reconhecida como profissão, as normas de atuação são registradas e o currículo mínimo de formação é estabelecido. Os principais campos de atuação do psicólogo neste início é a psicologia clínica, a escolar-educacional e a organizacional do trabalho (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO, 2011), ou seja, o psicólogo ainda não era reconhecido como integrante da saúde pública. Apesar de já existir até então práticas de psicólogos e até cursos já implantados, só a partir deste momento é mais perceptível ações e influências da Psicologia na história da saúde no Brasil (DIMENSTEIN, 1998).

Com a ditadura militar em 1964, Bertolozzi e Greco (1996) afirmam que a primeira medida realizada pelo Ministério do Trabalho foi a interferência nos IAPs, na qual a participação dos trabalhadores e empregadores no desenvolvimento dos programas de saúde foram suspensas. Sendo assim, em 1966, ocorreu a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), onde ocorreu a unificação de todos os IAPs. A partir deste momento a previdência social estava uniformizada e centralizada (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006). Tudo isso aconteceu com grandes debates políticos, já que os representantes das classes trabalhadoras não apoiavam a unificação, pois perderiam muitos direitos já conquistados (POLIGNANO, 2001).

Júnior e Júnior (2006) ressaltam que neste momento a saúde estava centralizada entre ações coletivas a qual o Ministério da Saúde era responsabilizado, e a assistência médica individual, que era incumbido ao Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), criado através da Lei 6.036, de 1º de maio de 1974, uma vez que estava ocorrendo uma expansão da previdência social e aumento do número de assegurado.

Em 1977 o governo cria o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) através da Lei 6.439. Sob orientação e controle do MPAS e com a finalidade de integrar a assistência médica, os benefícios e o controle financeiro. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi originado com o único objetivo de atender aos previdenciários em relação à assistência médica, sendo este serviço realizado através de postos de assistência médica, hospitais, contratos e convênios do setor privado (INOJOSA; JUNQUEIRA, 1989). Ao INPS era concedido “(...) manter os benefícios e outras prestações em dinheiro” (BRASIL, 1977. s/p) e ao IAPAS foi incumbido atividades referente

à administração financeira da própria previdência, assim como da assistência social (BRASIL, 1977).

Apesar das mudanças, o sistema de saúde do Brasil segundo Sousa; Barbosa (2012) era considerado desassociado, falho, sem eficácia e eficiência, com má distribuição e desapropriado. Tendo esse cenário presente, assim como um contexto de governo militar, foi organizado o movimento social da Reforma Sanitária Brasileira que buscava a implantação de um sistema nacional de saúde novo que fosse democratizado. Para isso eles ocuparam espaços institucionais e participaram ativamente de todos os processos, desde a formulação até a implementação destas novas políticas de saúde (DIMENSTEIN, 1998, p. 59). Tal movimento era composto por diferentes personagens, sendo eles

(...) a categoria médica, as associações médicas, o movimento popular em saúde, os partidos de esquerda, então na clandestinidade, o apoio da Igreja por meio das comunidades eclesiais de base e vários parlamentares, que passam a ter significativa atuação no Congresso (MENICUCCI, 2014, p. 80).

Mesmo com a saúde estando predominantemente privatizada e conforme a população voltava a atuar na política do país no fim do autoritarismo (1964 – 1984), a saúde pública passou a ter um olhar social pelos reformistas (CARVALHO, 2013). Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986 e reuniu cerca de quatro mil pessoas (LUZ, 1991), a apresentação das propostas construíram bases para o que futuramente seria o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1988 a Constituição Federal é promulgada e no artigo 196 a saúde é descrita como direito de todos e dever do Estado, sendo então criado o SUS, universal e igualitário.

Visto que o SUS desde então é o sistema oferecido pelo Estado para propiciar prevenção, promoção e assistência à saúde, em seguida será discorrido sobre a estrutura e funcionamento deste serviço.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Em 1990, através da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a), os objetivos, competências, princípios e diretrizes do SUS foram definidos, ocorreu a regulamentação de serviços privados relacionados a saúde e a definição de financiamentos, planejamentos, políticas de recursos humanos assim como o estabelecimento de outros pontos importantes para o funcionamento do sistema (BRASIL, 2004b). A Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b) também “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 2011a, p. 46).

O SUS é baseado em alguns princípios apresentados no sétimo artigo da Lei 8.080. Alguns deles são a universalidade, a integralidade e a equidade. O princípio da universalidade garante que a saúde seja direito de todos, como previsto na Constituição Federal (BRASIL, 1988). Para Souza et al. (2012) o conceito de integralidade, enquanto princípio do SUS, refere-se a garantia do indivíduo a uma assistência à saúde que se sobreponha a práticas curativas, percebendo o mesmo como um ser biopsicossocial. Já a equidade tem o objetivo atender as particularidades dos indivíduos, “proporcionando atendimento desigual para necessidades desiguais” (PONTES et al., 2009, p. 501).

As ações do SUS são consideradas regionalizadas e hierarquizadas (BRASIL, 2011a), o que auxilia a promoção e oferecimento de serviços a determinada população em todas as modalidades de assistência, aumentando assim a possibilidade de resolução de determinados problemas (BRASIL, 1990c). Entretanto, segundo Kuschnir et al. (2009) é preciso que estas ações funcionem com eficácia, para que haja de fato o desempenho do sistema de saúde.

Os cuidados no SUS são ordenados em níveis de atenção, sendo eles a básica, a média e a de alta complexidade. A existência desta estrutura tenciona uma melhor organização, programação e planejamento de serviço e ações (BRASIL, 2009a). A atenção básica compõe o primeiro nível de atenção, sendo constituída por dispositivos de saúde como o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) através ou não da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Já a média complexidade é composta por ações e serviços que buscam atender aos problemas de saúde da população, bem como seus agravos e tem como alguns de seus dispositivos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Policlínicas. Erdmann et al. (2013) afirmam que neste nível ocorrem atendimento de urgência e emergência, serviços médicos especializados e também de apoio diagnóstico e terapêutico.

Por fim, a alta complexidade refere a procedimentos de alto custo e alta tecnologia (BRASIL, 2009b). Estes procedimentos, serviços e ações buscam proporcionar ao usuário o atendimento aos problemas e agravos de saúde (2009a). Dentro deste nível, a Psicologia esta inserida em diversos campos, sendo um destes o hospital. Através da resolução 14/2000 (CFP, 2000), é instituído o título profissional de especialista em Psicologia Hospitalar e também disposto normas e procedimentos de atuação.

Esta pesquisa irá se limitar as práticas inseridas na atenção básica e por isso, faz-se necessário a presença de um capítulo que aborde de forma mais abrangente este nível de atenção. No capítulo seguinte será explanado sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), assim como a atuação do psicólogo nesta área.

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada em outubro de 2011 através da portaria 2.488, na qual são estabelecidas as diretrizes e normas de organização da atenção básica. Tal política é caracterizada

(...) por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012, p. 19).

A atenção básica “(...) é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas.” (BRASIL, 2012, p. 9). Os serviços prestados por tal nível devem ser a porta de entrada do usuário ao SUS e o contato preferencial do usuário (BRASIL, 2012).

Aqui podemos identificar de forma mais clara a orientação dos princípios do SUS citados acima, sendo todas as diretrizes da atenção básica fundamentadas destes. A universalidade é visualizada por meio da organização e do funcionamento do serviço, sendo que a unidade de saúde deve receber e ouvir todos os usuários que buscarem os dispositivos, sem diferenciações e exclusões.

A integralidade se expressa através da articulação de ações programadas e demanda espontânea e também através da atuação de diversos profissionais da saúde e articulação entre eles (BRASIL, 2012). Ele também proporciona que o usuário se sinta assegurado em relação a uma atenção completa, composta por promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1990c).

Já a equidade é perceptível através do Piso da Atenção Básica (PAB), “(...) que diferencia o valor per capita por município, beneficiando o município mais pobre, menor (...) e com as menores densidades demográficas (BRASIL, 2012, p. 11)”, assim como a programação e planejamento descentralizados e específicos à demanda de cada território (BRASIL, 2012).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é constituída por ações e serviços de saúde “(...) com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial” (BRASIL, 2012, p. 25). Para que se tenha um bom funcionamento do RAS, é necessário que a atenção básica cumpra algumas funções. Ser base, apresentando sempre participação no cuidado; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e conduzindo Projeto Terapêutico Singular (PTS) e; ordenar as redes, reconhecendo a demanda da população e contribuindo para uma melhor articulação da Rede (BRASIL, 2012).

A principal estratégia para ampliar e estabilizar a atenção básica no Brasil é a ESF. Sua composição é feita por no mínimo (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2011b).

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial entre o Ministério da Educação e Ministério da Saúde, tendo como objetivo de proporcionar atenção integral, ou seja, promoção, prevenção, diagnóstico e formação, às crianças jovens e adolescentes que frequentam o ensino público. Esta política é realizada pelas equipes de saúde de atenção básica e profissionais da educação (BRASIL, 2011b).

Já a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde é apresentada como uma oportunidade para que a Atenção Básica possa ser reorganizada, visando, aos poucos, a implementação da ESF ou incluir os ACS na atenção básica, de formas diferentes (BRASIL, 2012). Esta estratégia é composta por enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

O PNAB também compõe as Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas, sendo segmentado entre as Equipes do Consultório na Rua e Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense. As equipes dos Consultórios na Rua podem ser organizadas em três modalidades diferentes e, dentre elas, existe a possibilidade de atuação de profissionais da Enfermagem, Psicologia, Assistência Social, Terapia Ocupacional, Auxiliar de Enfermagem, Odontologia, Técnico em Saúde Bucal, Agente Social, Profissional de Educação Física e Profissional com formação em Arte e Educação (BRASIL, 2011c).

O NASF foi criado com objetivo de “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade” (BRASIL, 2011b, s/p.) e também está incluso na atenção básica. Este é constituído por equipes profissionais de diversas áreas do conhecimento, atuando de forma integrada, sendo apoio para profissionais da ESF e operando acompanhado das equipes das unidades nas quais o NASF está vinculado ao território (BRASIL, 2011b).

Conforme visto acima, o psicólogo está presente nas Equipes do Consultório na Rua e no NASF. O capítulo seguinte abordará como ocorreu a inserção da Psicologia na atenção básica e como esta ciência pode contribuir para o serviço de Atenção Básica de Saúde (ABS) atualmente.

2.2 A PSICOLOGIA INSERIDA NA PNAB

Antes dos anos 1970 havia apenas experiências isoladas de psicólogos, exercendo atividades no campo da saúde, a partir de solicitações específicas (DIMENSTEIN, 1998). A partir de então, alguns fatores influenciaram a inserção da Psicologia na saúde e posteriormente, na Atenção Básica.

A crise financeira que ocorreu entre os anos 70 e 80 influenciou diretamente as práticas dos psicólogos ao afastar a população da classe média das clínicas privadas, (ANDRADE; SIMON, 2009), fazendo do serviço público um grande atrativo a eles (DIMENSTEIN, 1998). Outro fator que impulsionou esta inserção foi o crescente número de profissionais recém-graduados disponíveis no mercado de trabalho (DIMENSTEIN, 1998).

Eichenberg e Bernardi (2016) afirmam que a própria postura dos profissionais de Psicologia se mostrou como um impasse para o trabalho nesse novo campo, pois estes buscavam atuar com práticas clínicas na saúde pública. Para Dimenstein (2000, 2001) tal atuação de nada adiantaria, caso não fosse repensada, visto que este campo requer técnicas e conhecimentos que consigam atender as reais necessidades dos usuários e os princípios e

diretrizes do SUS. Percebendo tais dificuldades, as academias foram, aos poucos, reformulando suas matrizes curriculares, de modo a aprimorar a atuação de possíveis psicólogos do SUS (CAMON, 2000).

Uma pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo em 1991, poucos anos após o advento do SUS, detectou que as práticas mais realizadas por psicólogos nas UBS eram as de psicoterapia de adulto, psicodiagnósticos, ludoterapia e orientação a gestantes e hipertensos. Eles também identificaram que a psicanálise era a abordagem teórica mais utilizada por estes profissionais (JACKSON; CAVALLARI, 1991).

Segundo CREPOP/CFP (2010), a atuação do psicólogo na saúde pública contribui não só diretamente aos cidadãos, mas também, através do olhar do psicólogo, na formulação e implementações das políticas públicas. “Hoje, a presença dos psicólogos e das psicólogas nas políticas públicas é uma realidade e o acúmulo de conhecimento produzido reflete o compromisso que a categoria construiu em defesa das políticas públicas” (CREPOP/CFP 2010, p. 11).

A maior contribuição do psicólogo neste campo refere-se à desalienação do usuário em relação ao processo saúde-doença, levando em consideração o seu ambiente social. Também é relevante ressaltar que a Psicologia faz-se presente na atenção, promoção, prevenção de saúde, levando em consideração não só os casos de doença, mas também a melhoria da qualidade de vida (CREPOP/CFP 2010, p. 11).

No NASF, espera-se que o profissional de Psicologia, juntamente das equipes, busquem estratégias alternativas e viáveis para as variadas demandas presentes no território de atuação, como instituições, escolas, famílias, e também de forma individual e coletiva (JIMENEZ, 2011). Associado a um olhar criterioso e crítico das demandas, “as abordagens em domicílio por meio de equipes volantes e o matriciamento são importantes ferramentas de cuidado para com os sujeitos e seus familiares” (JIMENEZ, 2011, p. 132).

3. METODOLOGIA

3.1 DESENHOS DO ESTUDO

Este estudo é uma revisão integrativa, que é definido como um método cuja “finalidade é sistematizar resultados obtidos em pesquisas sobre uma determinada questão bem definida” (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998, p. 109). Através deste método também é possível, ao pesquisador e leitor, conhecer os profissionais que mais investigam o assunto de interesse, bem como a generalização sobre algum conteúdo específico estudado por diversos autores em tempos e lugares distintos (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

3.2 PROCEDIMENTOS

Mendes, Silveira e Galvão (2008) descrevem seis etapas como essenciais para o desenvolvimento de uma revisão integrativa, que segundo os autores, são etapas semelhantes às de uma pesquisa convencional.

A primeira etapa foi a elaboração da uma pergunta norteadora. Como já destacado neste trabalho, a Psicologia é uma profissão formalizada recentemente no Brasil, e a sua inserção na saúde pública é algo ainda mais novo. Considerando tais fatos, este trabalho pretende responder a seguinte questão: Quais os perfis de atuação profissional de psicólogos na atenção básica evidenciado nas produções científicas da Revista Psicologia: Ciência e Profissão entre 1979 a 2017.

A partir deste questionamento, através da revisão integrativa, foi realizado um levantamento das principais práticas exercidas por estes profissionais, os maiores desafios apresentados neste campo, e também o perfil de tais profissionais.

A proposta inicial para este passo era realizar uma busca da amostragem na literatura, sendo que para atender tais objetivos, seriam selecionados estudos brasileiros nas bases de dados LILACS, SCIELO e PEPSIC entre o ano de 2006 a 2016. O ano de 2006 foi escolhido por ser o ano da aprovação da PNAB e do Pacto pela Saúde e pela Vida, sendo estes documentos que reafirmaram a ESF como modelo da ABS. Também era necessário que o trabalho apresentasse em seu título, resumo ou palavras-chave os descritores , Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ou Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). E por fim, era necessário que a publicação estivesse disponível na íntegra online.

Entretanto, através de uma busca prévia, foi perceptível a inviabilidade de atender tais objetivos, visto que aproximadamente 440 artigos foram encontrados, sendo este um número superior ao que seria possível analisar com aprofundamento na pesquisa em questão. Sendo

assim, a proposta foi repensada e então a Revista Psicologia: Ciência e Profissão foi escolhida como fonte de pesquisa. A escolha da revista foi feita por esta ter um bom QUALIS, A2, e também por ser do Conselho Federal de Psicologia. Vale destacar que, por seu primeiro fascículo ser de 1979, a revista pode registrar “(...) as transformações da Psicologia como campo de conhecimento e de atividades profissionais” (CAMPOS; BERNARDES, 2005).

O critério de inclusão também foi alterado. Por ser uma revista específica de Psicologia, o descritor escolhido foi apenas Atenção Básica. Sendo assim, todos os artigos que apresentassem tal descritor em seu título, resumo ou palavras-chave foram selecionados.

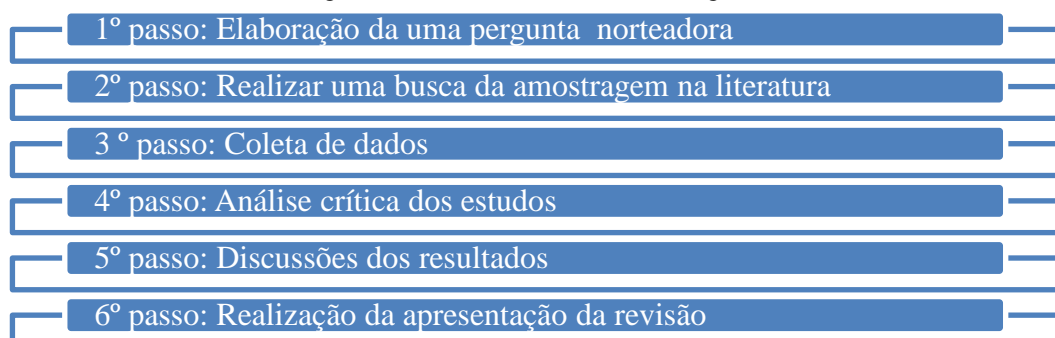
Na terceira etapa ocorreu a coleta de dados. Em seguida, todos estes dados foram desmembradas entre Os artigos foram analisados segundo título, autores, local de estudo, metodologia usada, objetivo da pesquisa e as conclusões apresentadas. Por fim também ocorreu uma busca mais detalhada sobre os autores através da Plataforma Lattes, na qual foi possível identificar suas formações e áreas de atuação.

A análise crítica dos estudos incluídos refere-se à quarta etapa. Os artigos foram analisados e observados de forma mais minuciosa em relação aos critérios apresentados. Ganong (1987 apud SANTOS, 2011) recomenda a utilização de tabelas nesta etapa para a apresentação das características da pesquisa, visto que auxiliará na visualização, discussão e conclusão dos resultados.

Após a interpretação e síntese dos dados, na etapa anterior, as discussões dos resultados foram realizadas, referente à quinta etapa. Os dados colhidos foram comparados e os itens mais relevantes evidenciados. Os resultados foram apresentados e discutidos e por fim, feitas sugestões de futuras pesquisas aos leitores.

Na sexta e última etapa, ocorreu à realização da apresentação da revisão, onde ocorreu “uma explicação clara dos procedimentos empregados em todas as etapas anteriores” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 763). Para melhor compreensão, as etapas descritas estão ilustradas na figura a seguir.

Figura 1: Síntese de uma Revisão Integrativa



Fonte: MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008.

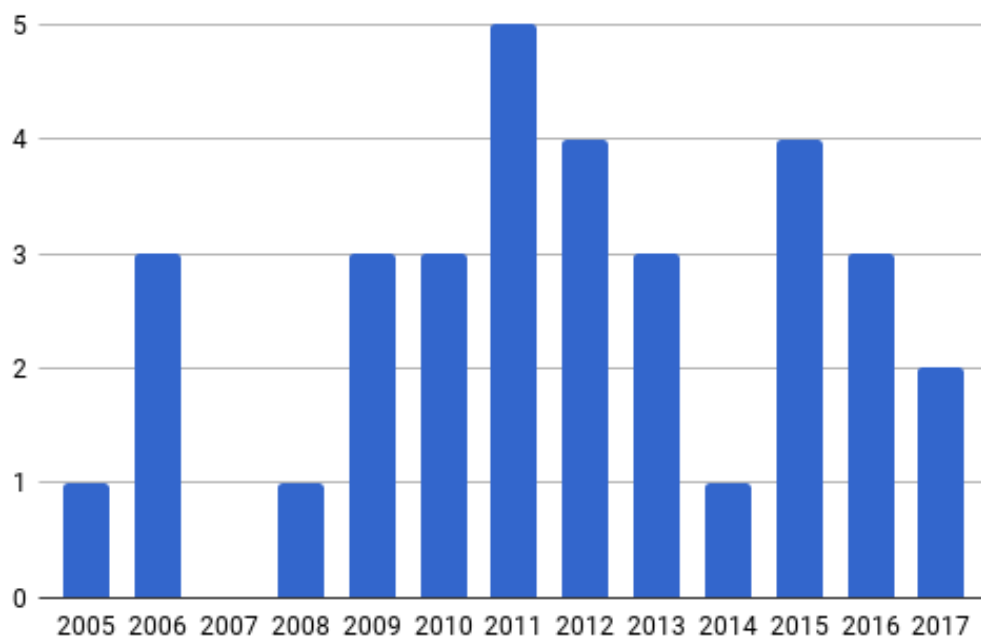
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ARTIGOS ENCONTRADOS

Tendo em vista os critérios apresentados na metodologia, foram encontrados 33 artigos. Estes foram coletados durante o primeiro semestre de 2018, sendo também período de leitura e análise dos dados. Para melhor enquadramento e facilitar a leitura deste trabalho, os artigos foram enumerados de 1 a 33, seguindo ordem cronológica, do mais atual ao mais antigo (anexo I).

Entre os anos de 1979, que foi o ano em que a revista se instituiu, a 2004, nenhum artigo foi detectado, somente a partir de 2005 que as publicações referentes a PNAB estiveram presentes no periódico.

Figura 1: Número de publicações por ano



Fonte: Elaboração própria.

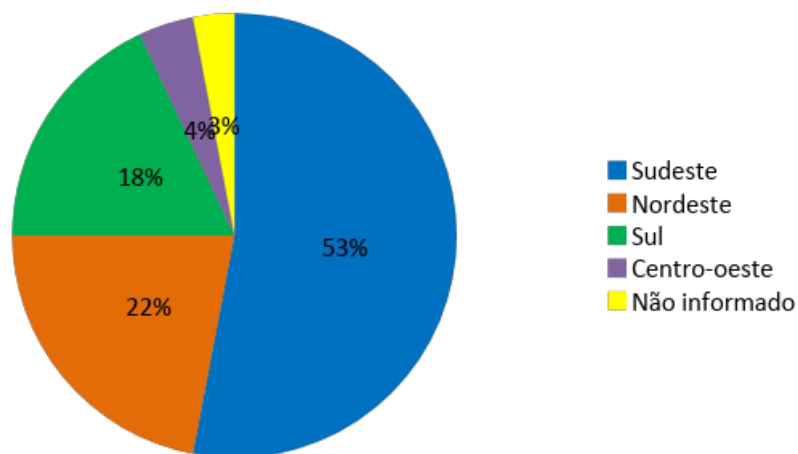
Como é visível através da Figura 1, dentre os anos de 2005 a 2017, 2011 foi o ano com maior número de publicações. Concomitantemente, 2011 também é o ano em que a PNAB é reestabelecida e revisada através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011). Acredita-se que tais dados não estão diretamente relacionados, pois os artigos publicados foram enviados à revista entre 2009 a 2011. Entretanto, as discussões sobre o tema já estavam ocorrendo, o que pode ter favorecido o reestabelecimento e a revisão da Portaria.

Outro fato referente aos artigos que é importante destacar é o local de publicação. Dos 33 artigos identificou-se um total de 85 autores, contudo alguns se repetem em artigos

diferentes, o que será melhor abordado adiante. Como demonstrado na Figura 2, a maior parte dos autores publicaram a partir de instituições situadas na região Sudeste, seguida pelas regiões Nordeste, Sul e, por fim, Centro-oeste. Vale ressaltar que dois autores não informaram a instituição, totalizando 3% de dados não informados.

A única região brasileira que não está presente no seguinte gráfico é a região Norte, dado muito significativo, visto que a presente pesquisa ocorreu em uma universidade localizada nesta região. Entretanto, este fato pode se justificar por ser uma região menos populosa, resultando assim em um menor número de universidades e conseqüentemente de pesquisas e de periódicos. Isso fica mais claro ao observarmos a pesquisa de Lisboa e Barbosa (2009), na qual o perfil dos cursos de graduação em Psicologia foi traçado. Tais resultados apontam que em 2007, os cursos de graduação em Psicologia na região Norte representavam apenas 6,82%, totalizando 27 cursos. Por outro lado, o Sudeste apresentava 193 cursos de graduações em Psicologia, representando um percentual de 48,74% (LISBOA; BARBOSA, 2009). Este fato também está diretamente relacionado com o fato do Sudeste e Nordeste serem as primeiras regiões habitadas durante a colonização, ou seja, são mais antigas no Brasil.

Figura 2: Regiões brasileiras com publicações



Fonte: Elaboração Própria

Ainda sobre as publicações, no que se refere às palavras-chave dos artigos, observou-se que o descritor que mais se repetiu foi Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica e Atenção Primária. Estes foram contabilizados juntos, uma vez que os autores Mello,

Fontanella e Demarzo (2009) afirmam que tais termos podem ser empregados como sinônimos sem que o conceito geral seja perdido. Os descritores Programa Saúde da Família (PSF) e Estratégia Saúde da Família (ESF) também foram contabilizados juntos, afinal, em 2011, o termo PSF foi reformulado passando a ser ESF (BRASIL, 2011). Segue abaixo, no quadro 1 a relação de descritores que repetiram até quatro vezes. Vale ressaltar que os que se repetiram de duas a três vezes, ou não se repetiram, não serão apresentados.

Quadro 1: Montante das repetições das palavras-chaves dos artigos selecionados.

| Palavras-chave | Quantidade de vezes em que o descritor se repetiu |
|--|---|
| Atenção Primária à saúde Atenção Básica Atenção Primária | 19 |
| Saúde Mental | 9 |
| Atuação do Psicólogo | 8 |
| Programa Saúde da Família (PSF) Estratégia Saúde da Família (ESF) | 7 |
| Sistema Único de Saúde (SUS) | 6 |
| Psicólogo; Psicólogo; Saúde da Família | 5 |
| Formação do Psicólogo | 4 |

Fonte: Elaboração Própria.

4.1.1 Principais temáticas abordadas nos artigos analisados

Os principais temas abordados nos 33 artigos que compuseram a amostra deste estudo foram categorizados de acordo com os objetivos apresentados pelos autores e de acordo com a temática, os artigos foram distribuídos em 6 categorias, como descrito abaixo no quadro 2. Para melhor compreensão, os artigos estão identificados por números no Anexo I.

Quadro 2: Identificação dos artigos segundo as categorias temáticas.

| Categorias Temáticas | Identificação dos artigos |
|--|----------------------------|
| Práticas de cuidado integral à saúde | 1, 4, 6, 8, 21, 22, 25, 29 |
| Atuação e práticas da Psicologia na ABS | 2, 11, 14, 24, 28, 31, 33 |
| Concepção de usuários e outros profissionais sobre saúde | 9, 10, 15, 16, 32 |
| Formação em Psicologia | 12, 17, 19, 20, 27 |
| Inserção da Psicologia na ABS | 7, 18, 26, 30 |
| Concepção de psicólogos sobre ABS | 3, 5, 13, 23 |

Fonte: Elaboração Própria

A categoria práticas de cuidado integral a saúde faz referência aos artigos que apresentaram intervenções e práticas que envolvam toda, ou uma parte da equipe multiprofissional, buscando a promoção da saúde a um público específico ou determinada comunidade. Dos oito artigos que apresentam esta temática, cinco fazem referência aos

cuidados com os usuários com sofrimento mental (1, 8, 22, 25, 29), dois à saúde homem (4, 6) e um à saúde da família (21).

A atuação e práticas da Psicologia na ABS também foi assunto bastante discutido. Nesta categoria os artigos apresentam possibilidades de atuação e práticas na ABS (2, 24, 32), bem como a identificação da função e papel do psicólogo neste campo (33). Também dispõe de artigos que retratam a experiência de atuação em campos específicos, como no NASF (14, 33), e por fim, um artigo que retrata a atuação através da clínica existencialista (28).

As concepções atribuídas pelos usuários e profissionais da saúde sobre determinadas temáticas abrangeu 5 artigos, dos mais diversos temas. O artigo 9 faz referência à concepção do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em relação ao usuário com sofrimento mental. Ainda em relação à concepção de profissionais da saúde, dois artigos (15, 10) buscaram compreender qual a concepção que estes apresentam sobre usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, sendo um específico ao público indígena. Referente à concepção dos psicólogos, uma pesquisa (32) buscou assimilar as dificuldades de atuação na ABS e, por fim, foi apresentado um artigo (16) sobre as concepções do usuário sobre o PSF.

O ambiente acadêmico também está presente em diversas discussões como é visível através da categoria formação em Psicologia. Esta temática é bastante ampla em relação às temáticas apresentadas, tendo em comum a inserção do ambiente acadêmico e temáticas relacionadas a formação do profissional de Psicologia. Dois artigos são relatos de experiência, um de projeto de estágio em Saúde Coletiva (12) e outro da inserção de disciplinas relacionadas à terapia comunitária na grade curricular de um curso de graduação em Psicologia (20). O preparo profissional para atuação (27) também é temática de um trabalho, bem como a inserção dos estudantes nos campos (19). Em conclusão um trabalho apresentou o percurso profissional dos psicólogos na saúde pública nesses 50 anos de profissão no Brasil (17).

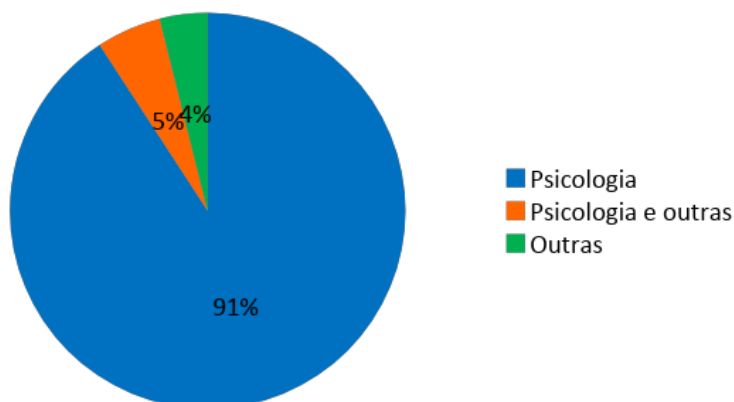
O processo de inserção da Psicologia na ABS é temática discutida em diversos artigos desta pesquisa, entretanto alguns autores trabalham esta temática especificamente, abordando os processos de inserção da Psicologia na ABS, de modo diferente a artigos que abordaram outros temas paralelos a esse. Todos os artigos desta categoria descrevem o processo de inclusão do profissional de Psicologia na atenção primária, sendo que dois destes (18, 26) expõem tal inserção na ESF e os outros dois (7, 30) na ABS de forma geral. Os desafios encontrados pelos profissionais e as práticas mais sucedidas também estão inclusos nestes trabalhos, discutindo a inserção no campo de forma bem integral.

Por fim, a ultima categoria diz respeito às concepções do psicólogo sobre temáticas específicas, sendo elas: a importância da atuação do psicólogo na ABS (3), o apoio matricial em saúde mental (5), a concordância entre as práticas dos profissionais e as diretrizes do SUS (13) e quais princípios servem para a atuação na ABS (23).

4.2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS AUTORES

Em relação aos autores, como já apresentado acima, totalizaram 85. Entretanto, entre estes ocorreram algumas repetições, ou seja, o mesmo publicou dois artigos ou mais. Levando este dado em consideração, 9 autores se repetiram e por isso não serão contabilizados duas vezes, totalizando 76 autores. Abaixo, na figura 3, é perceptível que o maior número de autores possui graduação em Psicologia, alcançando o quantitativo de 69 autores. Entretanto, 4 autores, ou seja, 5,3% apresentam dupla graduação, sendo uma a Psicologia, e as demais divididas da seguinte forma: dois em Filosofia, um em Direito e um em Enfermagem. Apenas 3,9% dos autores não possuem graduação em Psicologia, sendo um profissional da Educação Física, um Enfermeiro e um Assistente Social. Como a fonte de pesquisa é uma revista de Psicologia, explica-se o motivo de grande parte dos artigos terem como autores profissionais psicólogos. É importante frisar que o trabalho na Atenção Básica é multidisciplinar, o que possivelmente explica a presença de outras áreas na autoria das publicações.

Figura 3: Graduação dos autores

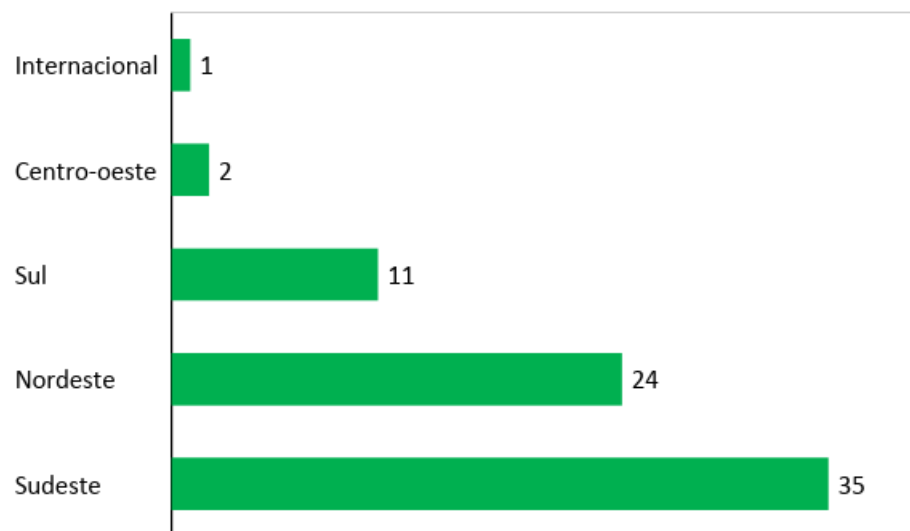


Fonte: Elaboração Própria

Dentre os autores psicólogos, 35 se graduaram em Instituições de Ensino Superior da região Sudeste, sendo 14 em Minas Gerais, 14 em São Paulo e 7 no Espírito Santo. No Nordeste, metade dos autores se graduaram no estado da Paraíba, ou seja 12, seguido por

Pernambuco e Rio Grande do Norte com 4 autores cada, e por fim Piauí e Bahia, com 2 autores cada. Na região Sul, estado de Santa Catarina graduaram-se 5 autores, assim como no Rio Grande do Sul, por fim o Paraná graduou uma autora. O estado do Mato Grosso do Sul representa toda a região Centro-Oeste, graduando 2 autores. Em conclusão, uma autora obteve graduação na Colômbia. Novamente a região Norte não esteve presente na lista. Informação que ratifica o dado apresentado anteriormente, no que se refere ao local de publicação. Tais dados estão descritos na Figura 4 abaixo.

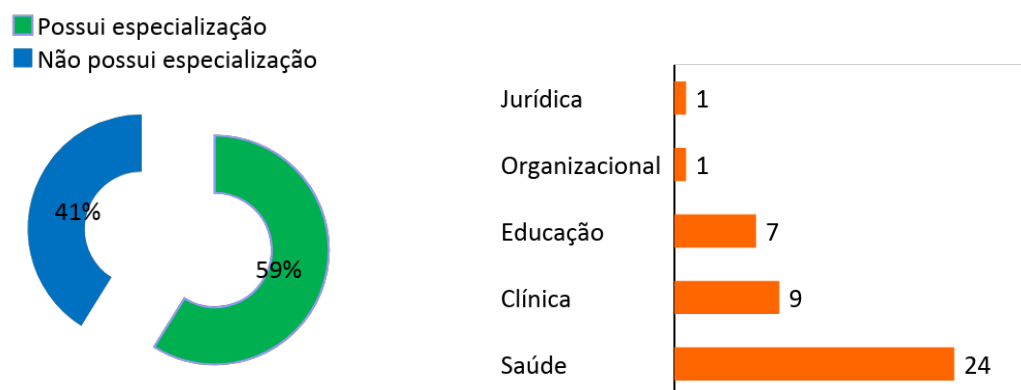
Figura 4: Região de graduação dos autores psicólogos



Fonte: Elaboração Própria

Além da graduação dos autores, outras informações importantes sobre sua formação refere-se às pós-graduações, incluindo especialização, mestrado e doutorado. Em relação às especializações, como apresentado na Figura 5, 58,9% dos autores possuem especializações, apresentando um total de 43.

Figura 5: Quantidade de autores especialistas e as áreas de especialização



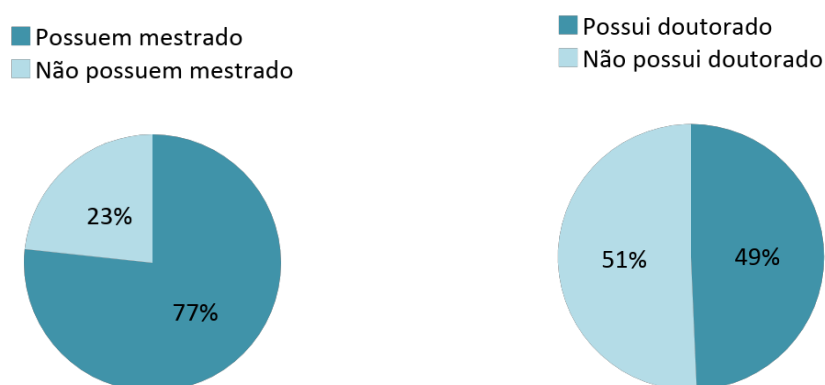
Fonte: Elaboração Própria

Ainda em relação às especializações, mais da metade fizeram com temáticas referentes a saúde pública, um total de 24. Como apresentado abaixo na figura 5, a Psicologia clínica é a área com o segundo maior número de especializações, com 21,4%. Em seguida está a especializações com temáticas relacionadas a educação, totalizando 16,7%. Por fim, as áreas jurídicas e organizacionais com apenas um autor em cada. É importante frisar que as especializações expõem temáticas bem específicas e por isso foram agrupadas em áreas mais abrangentes, como por exemplo a Psicologia Clínica que apresenta especializações em psicanálise, clínica infantil e psicodrama, sendo todos aglomerados na mesma categoria.

Como mencionado no segundo capítulo deste trabalho, por volta dos anos 60, após a regularização da Psicologia como profissão no Brasil, os principais campos de atuação eram a Psicologia clínica, a escolar-educacional e a organizacional do trabalho (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO, 2011). Através dos dados é perceptível que estas áreas ainda são as mais procuradas dos psicólogos, entretanto, acredita-se que o grande número de especialistas em temáticas relacionadas à saúde relaciona-se principalmente aos critérios de escolha dos artigos.

Referente ao mestrado, como descrito na figura 6, 56 autores o possuem, ou seja, 76,7%. Já em relação ao doutorado, 49% possuem tal titularidade, apontado que quase a metade dos autores são doutores. De acordo com este dado existe uma predominância do mestrado na capacitação profissional dos autores participantes.

Figura 6: Quantidade de autores que são mestres e doutores



Fonte: Elaboração própria

A área em que as pós-graduações foram cursadas são dados que auxiliarão a entender a relação entre formação e atuação. Como exposto no quadro 3 o maior número de mestrados

e doutorados foi em Psicologia, logo, entende-se que grande parte dos autores continuou se capacitando em sua área de graduação. A segunda área com maior número foi a de Psicologia social, sendo esta bastante relacionada à ABS. Cintra e Bernardo (2017) afirmam que os psicólogos sociais se aproximam da comunidade e exibem uma atuação diferenciada em relação a tradicional, sendo assim, tal formação é bastante positiva para a atuação neste campo do SUS. Tanto no mestrado, quanto no doutorado a Psicologia clínica e a saúde coletiva foram às áreas que seguiram com maior predominância, entretanto em ordem inversas. Percebe-se que nas duas pós-graduações ocorreu uma concomitância entre as áreas de estudo, portanto, pode-se atribuir este fenômeno ao fato de os mesmos autores estarem sendo os participantes, sendo que estes continuaram suas áreas de estudo e assim ocorreu a consistência entre as áreas.

Quadro 3: Predominância das áreas de mestrado e doutorado

| Mestrado | | Doutorado | |
|--------------------------------|----|---------------------------------|----|
| Mestrado em Psicologia | 29 | Doutorado em Psicologia | 12 |
| Mestrado em Psicologia Social | 10 | Doutorado em Psicologia Social | 9 |
| Mestrado em Psicologia Clínica | 5 | Doutorado em Saúde Coletiva | 5 |
| Mestrado em Saúde Coletiva | 4 | Doutorado em Psicologia Clínica | 3 |
| Mestrado em Educação | 3 | Doutorado em Saúde Mental | 2 |
| Mestrado em Outras Áreas | 5 | Doutorado em Saúde Outras Áreas | 5 |

Fonte: Elaboração própria

4.3 ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS AUTORES

Para o levantamento da atuação profissional dos autores psicólogos, foi realizada uma pesquisa através do currículo lattes, na qual suas experiências profissionais foram analisadas levando em consideração o ano de publicação do artigo, ou seja, caso o artigo tenha sido publicado em 2013, não será levada em consideração nenhum exercício profissional posterior a este ano. Além disto, também foi considerado como critério de exclusão alguns cargos e trabalhos extremamente específicos, que não seriam tão relevantes ao estudo. Por fim, destaca-se que o mesmo indivíduo pode trabalhar ou ter trabalhado em diversos campos, sendo assim, é possível identidicar uma quantidade maior de atuações (110) do que de autores (73). No quadro 4 está descrito o número de profissionais que atuam ou já atuaram nos campos também descritos abaixo.

Quadro 4: Atuação profissional dos autores

| Professor Universitá- rio | Clínico Particula- r | UBS ou ESF | CAPS | Hospital | N A S F | Escolar/ Educacion- al | CRAS ou CREA- S | APA E |
|--|-------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|----------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|------------------|
| 47 | 14 | 12 | 10 | 8 | 7 | 5 | 4 | 3 |

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com os dados apresentados percebe-se que dos 73 autores psicólogos, 47 atuam ou atuaram como professores universitários. Esta informação faz-se relevante ao ser relacionada com as pós-graduações dos autores, sendo que grande parte apresentam mestrado e seguiram carreira acadêmica. O fato de a pesquisa ser realizada através de artigos de uma revista científica também corrobora para que se tenha um grande número de professores universitários. Witter (1989) afirma que

A produção científica está relacionada com a atuação dos cursos de pós-graduação, quer pelo seu fazer científico, quer pelo seu papel na formação de professores e pesquisadores que irão atuar em outras entidades, universitárias ou não (p. 29).

Também percebemos que um grande número de professores não apresenta nenhuma outra experiência profissional descrita em seu Lattes. Dos 47 professores, 20 não informaram qualquer outra informação referente a prática profissional, ou seja, 42%.

A clínica particular também foi um dado que esteve presente nas discussões acima, no qual, desde a especialização ao doutorado, sempre foi temática de pós-graduação, notando que tais participantes buscaram conhecimento teórico que os fundamentava para a prática. Em 1989, uma pesquisa realizada por Bastos e Gomide afirmou que 60,7% dos psicólogos do Brasil atuavam dentro da clínica. Percebe-se que este campo ainda é de grande peso dentro da classe, entretanto, é perceptível que a Psicologia vem conquistando novos espaços de atuação, como dentro da Saúde Pública.

Em seguida, a UBS/ESF obtiveram 12 participantes que já atuaram ou atuam nestes campos. Vale ressaltar que estes foram contabilizados juntos pelo mesmo motivo descrito nas discussões sobre as palavras-chave (quadro 1). Os CAPS também foram contabilizados juntos, independente do serviço prestado, apresentando 10 participantes.

Os dados apontam um grande número de atuações relacionadas à saúde pública, indo além da atenção básica, podendo ser justificado pelas temáticas dos artigos. Entretanto, algumas áreas que não possuem nenhuma relação direta com questões da ABS também estiveram presentes, observando assim que pode ser que exista uma amplitude na atuação profissional.

4.4 OS DESAFIOS ENCONTRADOS POR PSICÓLOGOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Dentre os 33 artigos analisados, 10 apresentam discussões referentes aos desafios que os profissionais de Psicologia encontram na ABS. Levando em consideração a ordem cronológica, os primeiros artigos que discutem esta temática apresentam questões relacionadas ao mercado de trabalho, à formação biologicista no curso de Psicologia, falta de fundamentação teórica para embasar a prática no campo e a falta de conhecimento da função do psicólogo na ABS.

As reivindicações dos psicólogos para inserção nas equipes das UBS e disputa de mercado de trabalho, segundo Ronzani e Rodrigues (2006) deveriam ser irrisórias, visto que questões relacionadas ao papel e função do psicólogo se mostram indefinidas e são questões mais significativas.

O perfil eminentemente clínico que o psicólogo apresenta, mesmo na ABS, pode ser diretamente relacionado com a formação acadêmica biologicista no qual ocorre apenas uma transposição do modelo clínico particular tradicional para as instituições públicas (RONZANI; RODRIGUES, 2006). Tal formação também não auxilia o trabalho multidisciplinar que é necessário na ABS, fazendo com que o psicólogo não trabalhe efetivamente na equipe.

Também é visível nas discussões que os próprios psicólogos não compreendem o seu papel no campo e também apresentam pouco conteúdo teórico para embasar a prática. Esta dificuldade de compreensão da função do psicólogo também é vista por outros profissionais, o que dificulta o trabalho entre as equipes.

Para os psicólogos, ainda não está claro qual é o seu papel em cada um dos níveis de atenção, o que resulta em confusões e desconhecimento das possibilidades de atuação por parte dos próprios profissionais e de seus representantes (BÖING; CREPALDI; MORÉ, 2009).

A partir de 2009, os artigos continuam apresentando tais desafios e queixas sobre a temática, sempre enfatizando questões relacionadas à formação tradicional e falta de conhecimento do seu papel. Entretanto, são identificadas sugestões de práticas interdisciplinares e também ações específicas ao psicólogo. Desde então, as discussões se mantiveram nestas temáticas, no qual os desafios se mantêm os mesmos, apresentando diversas modificações.

Segundo o CREPOP/ CFP (2010) a maior contribuição que a Psicologia pode apresentar na ABS é relacionada à desalienação do usuário em relação ao processo saúde-

doença, levando em consideração o seu ambiente social, bem como a promoção, prevenção de saúde, levando em consideração não só os casos de doença, mas também a melhoria da qualidade de vida. Entretanto, percebe-se que atualmente a maior dúvida do profissional é sobre qual seu papel no campo. Os artigos mais atuais apresentam diversas práticas e falas que fazem com que o profissional compreenda a sua importância ali, bem como orientações sobre as melhores formas de atuar no campo. Porém, a forma de execução de tais práticas aparenta ser o maior desafio do profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da história da saúde, do SUS e da Psicologia no Brasil, percebe-se os longos caminhos que foram percorridos para chegar-se ao contexto atual. Os avanços na saúde pública são louváveis e a presença da psicologia na saúde demonstra o progresso que a profissão apresentou, levando sempre em consideração a qualidade de vida e bem estar do usuário. Entretanto, os desafios continuam, ficando evidente a necessidade de mais estudos e desenvolvimentos em diversas áreas, incluindo a ABS.

A presença da Psicologia na ABS é algo que já é bem visto e aceito pelos profissionais e usuários, pois atualmente, acredita-se que já é claro quais os benefícios que estes profissionais podem trazer à população e ao serviço. Sendo assim, o que de fato impede a eficácia de tal atuação é a falta de conhecimento do profissional de Psicologia mediante às práticas.

A descrição da trajetória acadêmica dos profissionais de Psicologia que estudam e pesquisam sobre a atenção básica mostrou um pouco sobre quem são as pessoas que falam sobre ABS. Em relação ao objetivo geral do trabalho, o levantamento do perfil de atuação de psicólogos na atenção básica a partir de publicações de todas as edições da Revista Psicologia Ciência e Profissão foi traçado. Muitos dos que estudam e escrevem sobre a temática não atuaram na prática, podendo identificar uma distância entre às pesquisas científicas e as atuações.

A partir de todo o material analisado, percebe-se que a o papel de atuação do Psicólogo na ABS vai além de práticas cristalizadas. A adequação da atuação de acordo com o público e demanda apresentada faz com que tal atuação se torne mais completa, eficaz e apropriado a toda a equipe e população.

Sugere-se a realização de pesquisas referente as práticas na ABS, em formato de pesquisa de campo, podendo haver um comparativo entre teoria e prática para maior compreensão do papel do psicólogo.

Por meio deste estudo verifica-se que a graduação poderia explorar outros campos de atuação existentes na Psicologia, que não se refere apenas ao atendimento clínico tradicional. Isto auxiliaria no desenvolvimento da prática dos futuros profissionais, abordando tanto no âmbito teórico quanto na prática sobre a amplitude da profissão de forma mais detalhada, auxiliando assim a melhoria dos serviços prestados por estes. A Psicologia possui técnicas e estratégias válidas para trabalhar de acordo com o que se prevê aos serviços prestados na ABS, entretanto, estes não são explorados abundantemente na academia, que proporciona maior amparo a clínica tradicional.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. F. S. M.; SIMON, C. P. Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, p. 167-175, maio. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/04.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2017.
- BASTOS, A. V. B.; GOMIDE, P. I. C. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. *Psicologia, ciência e profissão*, Brasília, v. 9, n. 1, p. 6-15, 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931989000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 abr. 2018.
- BATICH, M. Previdência do Trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 33-40, jan. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300004>. Acesso em: 15 out. 2017.
- BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R.M. As políticas de saúde no Brasil:: Reconstrução Histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-398, dez. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2017.
- BOING, E.; CREPALDI, M. A.; MORE, C. L. O. O.. A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**. 2009, vol.29, n.4, pp.813-845. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932009000400013&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 24 abr. 2017.
- BRASIL. **Collecção das Leis do Brazil de 1809**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1891. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18321/collecao_leis_1809_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 24 ago. 2017.
- BRASIL. **Collecção das Leis do Brazil de 1828. Extingue os lugares de Provedor-mór, Physico-mor e Cirurgião-mór do Imperio, passando para as Camaras Municipaes e Justiças ordinarias as attribuições que lhes competiam**. Rio de Janeiro, p. 27-28, ago. 1828. Disponível em: <http://www.camara.leg.br/Internet/InfDoc/conteudo/colecoes/Legislacao/Legimp-K_7.pdf#page=3>. Acesso em: 01 set. 2017.
- BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988**. Senado, Brasília: DF. 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm> Acesso em: 15 out. 2017.
- BRASIL. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 2004b. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>>. Acesso em: 02 out. 2017.
- BRASIL. Decreto n. 3987, de 02 de jan. de 1920. **Reorganiza os serviços da Saude Publica**. Rio de Janeiro, jan. 1920. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html>>. Acesso em: 13 set. 2017.

BRASIL. Decreto n. 598, de 14 de set. de 1850. **Concede ao Ministerio do Imperio hum credito extraordinario de duzentos contos para se exclusivamente despendido no começo de trabalhos, que tendão a melhorar o estado sanitario da Capital e de outras Povoações do Império.** Rio de Janeiro, set. 1850b. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-598-14-setembro-1850-559839-publicacaooriginal-82251-pl.html>>. Acesso em: 23 out. 2017.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. **Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos ernpregados..** Rio de Janeiro, jan. 1923. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682.htm>. Acesso em: 13 set. 2017.

BRASIL. Decreto nº 45109, de 20 de dezembro de 1926. **Estende o regime do decreto legislativo a outras emprezas n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923, a outras emprezas..** Rio de Janeiro, jan. 1923. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682.htm>. Acesso em: 13 set. 2017.

BRASIL. Decreto nº 533, de 25 de Abril de 1850. **Colleção das Leis do Brazil de 1850.** ‘Rio de Janeiro: Na Typographia Nacional, 1850a. 355 p. Disponível em:

<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18364/collecao_leis_1850_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 11 set. 2017.

BRASIL. Decreto nº 7027, de 06 de Setembro de 1878. **Colleção das Leis do Brazil de 1878.** Rio de Janeiro: Na Typographia Nacional, 1878. 949 p. Disponível em: <

http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/18666/collecao_leis_1878_parte1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 11 set. 2017.

BRASIL. Instituto vacínico do império. Lei nº 464, de 17 de ago. de 1846. Instituto Vacínico do Império. **Instituto Vacínico do Império ou Instituto Vacínico da Corte (1846).** Rio de Janeiro, [s/p], ago. 1846. Disponível em:

<<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/instvacimp.htm>>. Acesso em: 04 set. 2017.

BRASIL. Lei n. 1.261, de 31 de outubro de 1904. **Torna obrigatorias, em toda a Republica, a vacinação e a revaccinação contra a variola.** Rio de Janeiro, nov. 1904. Disponível em:

b<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1900-1909/lei-1261-31-outubro-1904-584180-publicacaooriginal-106938-pl.html>>. Acesso em: 11 set. 2017.

BRASIL. Lei n. 6.036, de 01 de maio de 1974. **Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento, sobre o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e dá outras providências.** Brasília, [s/p], maio. 1974. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6036.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. Lei n. 6439, de 01 de set. de 1977. **Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências.** Brasília, [s/p], set. 1977. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6439-1-setembro-1977-357248-normaatualizada-pl.html>>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. **Lei n. 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm> Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. **Lei n. 8142/90**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. **Manda observar o regulamento da inspeção da saúde pública do porto do Rio de Janeiro**. 17 de jan. de 1829. Rio de Janeiro, p. 6-7, jan. 1829. Disponível em: <http://www.camara.leg.br/Internet/InfDoc/conteudo/colecoes/Legislacao/Legimp-L_10.pdf#page=1>. Acesso em: 01 set. 2017.

BRASIL. **Manda observar o regulamento da inspeção da saúde pública do porto do Rio de Janeiro**. 09 de jul. de 1833. Rio de Janeiro, p. 93-93, jul. 1833. Disponível em: <http://www.camara.leg.br/Internet/InfDoc/conteudo/colecoes/Legislacao/Legimp-17/Legimp-17_27.pdf#page=9>. Acesso em: 01 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 208 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Coletanea_Normas.pdf> Acesso em: 15 out. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 100 anos de Saúde Pública: a visão da Funasa / **Fundação Nacional de Saúde**. Brasília : Fundação Nacional de Saúde, 2004a. Disponível em: < http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro_100-anos.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios /** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias. Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Brasília:** Diretrizes do Nasf DF: 2009b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 14 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> . Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília, DF, 1990c. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. Portaria n. 122, de 25 de jan. de 2011. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**. Ministério da Saúde. Brasília, [s/p] out. 2011c. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 22 out. 2017.

BRASIL. Portaria n. 2.488, de 21 de out. de 2011. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Ministério da Saúde**. Brasília, [s/p] out. 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 22 out. 2017.

CABRAL, D. **Cirurgião-mor do Reino, Estados e Domínios Ultramarinos**. **Ministério da Justiça**. Arquivo Nacional. MAPA – Memória de Administração Pública Brasileira. Rio de Janeiro. 2011b. Disponível em: <<http://linux.an.gov.br/mapa/?p=2634>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

CABRAL, D. Físico-mor/ Fisicatura-mor do Reino, Estado e Domínios Ultramarinos. **Ministério da Justiça**. Arquivo Nacional. **MAPA – Memória de Administração Pública Brasileira**. Rio de Janeiro. 2011c. Disponível em: <<http://linux.an.gov.br/mapa/?p=2662>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

CABRAL, D. Inspeções de Saúde dos Portos. **Ministério da Justiça**. Arquivo Nacional. **MAPA – Memória de Administração Pública Brasileira**. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <<http://linux.an.gov.br/mapa/?p=5619>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

CABRAL, D. Provedor-mor/Provedoria-mor de Saúde da Corte e Estado do Brasil. **Ministério da Justiça**. Arquivo Nacional. **MAPA – Memória de Administração Pública Brasileira**. Rio de Janeiro. 2011a. Disponível em: <<http://linux.an.gov.br/mapa/?p=2783>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

CAMON, V. A. A. O ressignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da saúde. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2002.

CAMPOS, R. H. F.; BERNARDES, L. H. G. A Revista Psicologia: Ciência e Profissão: Um Registro da História Recente da Psicologia Brasileira. **Psicologia: Ciência e Profissão**: Brasília, v. 25, n. 4, p. 508-525, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v25n4/v25n4a02.pdf>>. Acesso em: 01 mar, 2018.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**: São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2017.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**. O longo Caminho. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. Disponível em: <<https://politica3unifesp.files.wordpress.com/2013/01/cidadania-no-brasil-o-longocaminho.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.

CINTRA, M. S.; BERNARDO, M. H. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 883-896, out.

2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n4/1414-9893-pcp-37-04-0883.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Institui o título profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Resolução n. 14, de 20 de dezembro de 2000. **Conselho Federal de Psicologia**: Brasília. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_14.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (ORG.) **Exposição 50 anos da psicologia no Brasil**: A História da psicologia no Brasil. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. São Paulo: CRPSP, 2011. Disponível em: <<http://crpsp.org/fotos/pdf-2015-10-06-12-34-36.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2017.

CREPOP; CFP (Org.). Práticas profissionais de psicólogos e psicólogos na atenção básica à saúde. 1. ed. Brasília: **Liberdade de Expressão**, 2010. 76 p. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2011/02/Praticas_ABS.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2017.

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 5, n. 1, p. 95-121, jun. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2000000100006>. Acesso em: 06 nov. 2017.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicol. Estud.**: Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, dez. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2017.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissional. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 3, n. 1, p. 53-81, jan. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2017.

EICHENBERG, J. F.; BERNARDI, A. B. **A prática do psicólogo na atenção básica em saúde**: uma proposta da clínica ampliada. (TCC – Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) Centro Universitário para Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – Unidavi. 2016. Disponível em: Acesso em: 06 nov. 2017.

ERDMANN L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2013, 21. Disponível em: <<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281425764017>>>. Acesso em: 12 de dez. 2017.

ESCORES, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 333-384. Disponível em: < <https://goo.gl/BFBRr3> > Acesso em: 15 out. 2017.

FRANCO, O. **História da febre amarela no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Depto. Nal. de Endemias Rurais, 1969. 2012 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0110historia_febre.pdf>. Acesso em: 02 set. 2017.

GALVÃO, M. A. M. **Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: Do Brasil-colônia 1930**. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: 11 set. 2017.

GODIM, S. M. G. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com a formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 7, n.1, p. 299-309. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v7n2/a11v07n2.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

GRAGNOLATI, M.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. 2013. Twenty Years of Health System Reform in Brazil : An Assessment of the Sistema Único de Saúde. Directions in Development--Human Development;. Washington, DC: World Bank. © **World Bank**. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/15801> License: CC BY 3.0 IGO. Disponível em: < <http://hdl.handle.net/10986/15801>>. Acesso em: 11 set. 2017.

JACKSON, A. L. & CAVALLARI, C. D. (1991). Estudo sobre a inserção dos psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde. **Cadernos do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo**, 7-31. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000153&pid=S0102-7182201100040001600018&lng=en>. Acesso em: 11 set. 2017.

JIMENEZ, L. Psicologia na atenção básica à saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia & Sociedade**, 23(n. spe.), 129-139. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23nspe/a16v23nspe.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

JUNIOR, A. P.; JUNIOR, L. C. Políticas Públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/xXB15Z>>. Acesso em: 13 set. 2017.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.. **Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde do Estado de São Paulo: do ERSA ao SUDS-S.P.** São Paulo, FUNDAP, out. 1992. Disponível em: < <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/download/9013/8073>>. Acesso em: 15 out. 2017.

KUSCHNIR, et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS In: OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; JÚNIOR, W. V.M. (Org.) Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro, RJ : **EAD/Ensp**, 2009. Disponível em : < <https://goo.gl/KVjgVo>>. Acesso em: 08 dez. 2017.

LIMA, A. L. G. S.; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, RJ, v. 10, n. 3, p. 1037-1051, set. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n3/19311.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2017.

- LISBOA, F. S.; BARBOSA, A.J.G. Formação em Psicologia no Brasil: Um Perfil dos Cursos de Graduação. **Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília**, v. 29, n. 4, p. 718-737, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n4/v29n4a06>>. Acesso em: 01 abr. 2018.
- LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, jan. 1991. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/physis/v1n1/04.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.
- MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enferm**, Curitiba, p. 773-776, out. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4836/483648977026/>>. Acesso em: 11 set. 2017.
- MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista APS: Juiz de Fora**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/anagf/Downloads/307-2824-2-PB.pdf>. Acesso em 03 abr. 2018.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2017.
- MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.
- POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina: Universidade Federal de Minas Gerais**. v. 35, 2001. Disponível em: <http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf> Acesso em: 01 set. 2017.
- PONTES, A. P. M. et al. O princípio de Universalidade do acesso aos serviços de saúde: O que os usuários pensam?. **Escola Anna Nery**: 2009 jul-set; 13 (3): 500-07, Rio de Janeiro, v. 3, n. 13, p.500-507, jul-set, 2009. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>>. Acesso em: 15 out. 2017.
- ROMAN, A. R; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada a enfermagem. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v.3, n.2, p.109-112, jul/dez, 1998. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44358>>. Acesso em: 29 out. 2017.
- RONZANI, T. M.; RODRIGUES, M. C. O Psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, Desafios e Redirecionamentos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 132-143, jan. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000100012>. Acesso em: 24 abr. 2018.
- SANTOS, N. M. **Práticas alternativas e complementares no tratamento do câncer: revisão integrativa da literatura**. 2011. 28 p. Monografia (Física Médica)- Instituto de Biociências de Botucatu, UNESP, Botucatu, 2012. Disponível em:

<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/121026/santos_nm_tcc_botib.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 out. 2017.

SOUSA, R. C.; BATISTA, F.E.B. Política pública de saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS. In: Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação. 7, 2012, Palmas. **Anais...** Palmas: , 2012. p. 1-8. Disponível em: <<http://prop.iifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>>. Acesso em: 13 set. 2017.

SOUZA, M. C. et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, p. 452-460, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/TDU5fA>>. Acesso em: 15 out. 2017.

SUPPIA, A.; SCARABELLO, M. As reformas do Rio de Janeiro no início do século XX: Cidade é transformada para responder aos apelos do mundo que se moderniza. **Revista Pré-Univesp**, São Paulo, n. 39, maio. 2014. Disponível em: <<http://pre.univesp.br/as-reformas-do-rio-de-janeiro-no-inicio-do-seculo-xx#.WaV201GGPIU>>. Acesso em: 24 ago. 2017.

TASCO, A. H. O surto de febre amarela no Rio de Janeiro (1928-1929): última grande epidemia urbana no Brasil. In: Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, 13, 2012, São Paulo. **Anais...** São Paulo: SBHC, 2012. p. 1-15. Disponível em: <http://www.13snhct.sbhc.org.br/resources/anais/10/1345081434_ARQUIVO_SurtodefebeamarelanoRioDeJaneiro.pdf>. Acesso em: 11 set. 2017.

WITTER, G. P. Pós-graduação e produção científica: a questão da autoria. **Transinformação**, v. 1, n. 1, p. 29-37, 1989. Disponível em: <<http://www.brapci.inf.br/v/a/135>>. Acesso em: 21 Abr. 2018.

ANEXOS

Anexo I: Identificação e relação dos artigos que fizeram parte das amostras.

| Identificação numérica | Autor (es) | Ano | Nome do artigo |
|------------------------|--|------|--|
| 1 | Silva, G.; Dalbello-Araujo, M.; Iglesias, A.; Badaró-Moreira. M. I. | 2017 | Práticas de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental na Atenção Básica. |
| 2 | Cintra, M. S.; Bernardo, M. H. | 2017 | Atuação do psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. |
| 3 | Dias, F. X.; Silva, L. C. A. | 2016 | Percepções dos profissionais sobre a atuação dos psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde. |
| 4 | Leite, J. F.; Dimenstein, M.; Paiva, R.; | 2016 | Sentidos da saúde numa perspectiva de gênero: um estudo com homens da cidade de Natal/RN. |

| | | | |
|----|--|------|---|
| | Carvalho, L.; Amorim, A. K. M. A. A; França, A. | | |
| 5 | Iglesias, A. Avellar, L. Z. | 2016 | As contribuições dos psicólogos para o matriciamento em Saúde Mental. |
| 6 | Souza, L. G. S.; Meireles, A. A.; Tavares, K. M. C.; Menandro, M. C. S. | 2015 | Intervenções psicossociais para promoção da saúde do homem em Unidade de Saúde da Família. |
| 7 | Cezar, K.; Rodrigues, P. M.; Arpini, D. M. | 2015 | A psicologia na Estratégia de Saúde da Família: vivências da Residência Multiprofissional. |
| 8 | Minóia, N. P.; Minozzo, F. | 2015 | Acolhimento em Saúde Mental: operando mudanças na Atenção Primária à Saúde. |
| 9 | Moura, R. F. S.; Silva, C. R. C. | 2015 | Saúde Mental na Atenção Básica: sentidos atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde. |
| 10 | Silva, W. R.; Peres, R. S. | 2014 | Concepções sobre álcool e outras drogas na Atenção Básica: o pacto denegativo dos profissionais de saúde. |
| 11 | Azevedo, N. S. Kind, L. | 2013 | Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte. |
| 12 | Couto, L. L. M.; Schimith, P. B.; Dalbello-Araujo, M. | 2013 | Psicologia em ação no SUS: a interdisciplinaridade posta à prova. |
| 13 | Freire, F. M. S.; Pichelli, A. A. W. S. | 2013 | O psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na Atenção Básica. |
| 14 | Gorayeb, R.; Borges, C. D.; Oliveira, C. M. | 2012 | Psicologia na Atenção Primária: ações e reflexões em programa de aprimoramento profissional. |
| 15 | Maciel, S. C.; Oliveira, R. C. C.; Melo, J. R. F. | 2012 | Alcoolismo em indígenas Potiguara: representações sociais dos profissionais de Saúde. |
| 16 | Filho, P. O; | 2012 | Retratos do Programa Saúde da Família em |

| | | | |
|----|--|------|--|
| | Velôso, T. M. G.; Coelho, I. M.; Araújo, A. S.; Pinto, I. A. | | construções discursivas de usuários. |
| 17 | Dimenstein, M.; Macedo, J. P. | 2012 | Formação em psicologia: requisitos para atuação na Atenção Primária e Psicossocial. |
| 18 | Nepomuceno, L. B.; Brandão, I. R. | 2011 | Psicólogos na Estratégia Saúde da Família: caminhos percorridos e desafios a superar. |
| 19 | Lima, M.; Brito, M.; Firmino, A.; | 2011 | Formação em Psicologia para a Atenção Básica à Saúde e a integração Universidade-Serviço-Comunidade. |
| 20 | Fuentes-Rojas, M. | 2011 | Psicologia e Saúde: a Terapia Comunitária como instrumento de sensibilização para o trabalho com comunidades na formação do psicólogo. |
| 21 | Lisboa, A. V.; Santos, A. L.; Bassoli, F. A.; Paiva, N. D.; Fernandes, T. C. | 2011 | Escuta de famílias em domicílio: ação do psicólogo na Estratégia de Saúde. |
| 22 | Severo, A. K.; Dimenstein, M. | 2011 | Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de Saúde Mental. |
| 23 | Freire, F. M. S.; Pichelli, A. A. W, S. | 2010 | Princípios norteadores da prática psicológica na Atenção Básica: em busca da integralidade. |
| 24 | Böing, E.; Crepaldi, M. A. | 2010 | O psicólogo na Atenção Básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. |
| 25 | Ramos, P. F.; Pio, D. A. M. | 2010 | Construção de um projeto de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. |
| 26 | Böing, E.; Crepaldi, M. A.; Moré, C. L. O. O. | 2009 | A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na Atenção Básica. |
| 27 | Boarini, M. L.; Borges, R. F. | 2009 | O psicólogo na Atenção Básica à Saúde. |

| | | | |
|----|--|------|--|
| 28 | Pretto, Z.; Langaro, F.; Santos, G. B. | 2009 | Psicologia clínica existencialista na Atenção Básica à Saúde: um relato de atuação. |
| 29 | Bezerra, E. N. R.; Dimenstein, M. | 2008 | Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na Atenção Básica. |
| 30 | França, A. C. P.; Viana, B. A. | 2006 | Interface psicologia e Programa Saúde da Família – PSF: reflexões teóricas. |
| 31 | Bittencourt, R. A. A. B.; Mateus, M. L. F. | 2006 | Possibilidades de atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família: a experiência de Bonito-MS. |
| 32 | Ronzani, T. M.; Rodrigues, M. C. | 2006 | O psicólogo na Atenção Primária à Saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. |
| 33 | Soares, T. C. | 2005 | “A vida é mais forte do que as teorias”. O psicólogo nos serviços de Atenção Primária à Saúde. |