

UNILEÃO  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PEDRO IGOR JOTA MACHADO

**UMA ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DE ATUAÇÃO DAS PSICÓLOGAS E  
PSICÓLOGOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)**

JUAZEIRO DO NORTE - CE  
2025

PEDRO IGOR JOTA MACHADO

**UMA ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DE ATUAÇÃO DAS PSICÓLOGAS E  
PSICÓLOGOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)**

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo Científico, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

**Orientador:** Prof. Me. Alex Figueirêdo da Nóbrega

PEDRO IGOR JOTA MACHDO

**UMA ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DE ATUAÇÃO DAS PSICÓLOGAS E  
PSICÓLOGOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)**

Este exemplar corresponde à redação final aprovada do Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Data da Apresentação: 25/06/2025

**BANCA EXAMINADORA**

Orientador: Prof. Me. Alex Figueirêdo da Nóbrega

Membro: Profa. Dra. Moema Alves Macedo - Unileão

Membro: Profa. Me. Indira Feitosa Siebra de Holanda - Unileão

JUAZEIRO DO NORTE - CE  
2025

# UMA ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DE ATUAÇÃO DAS PSICÓLOGAS E PSICÓLOGOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

Pedro Igor Jota Machado<sup>1</sup>  
Alex Figueirêdo da Nóbrega<sup>2</sup>

## RESUMO

O presente artigo traça a história da psicologia na saúde pública brasileira, desde sua regulamentação como profissão nos anos 1960 até sua consolidação no sistema de saúde. Inicialmente associada à medicina e à educação, a psicologia ampliou sua atuação para áreas como saúde mental, impulsionada por movimentos sociais que denunciavam as violências dos manicômios e defendiam um cuidado mais humano e integrado à comunidade. Com a Reforma Psiquiátrica, a psicologia passou a atuar em serviços públicos, adotando uma abordagem biopsicossocial e territorial. Na atenção básica, enfrentou desafios, como a formação acadêmica ainda voltada para o modelo clínico tradicional, enquanto a demanda exigia práticas coletivas e interdisciplinares. Programas governamentais integraram psicólogos em equipes multiprofissionais, priorizando a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Através de análises bibliográficas e revisão de literatura, buscou-se compreender a partir de um olhar qualitativo, a oscilação nas políticas públicas entre avanços e retrocessos, com mudanças nos modelos de financiamento e organização das equipes ao longo do percurso histórico. Apesar disso, diretrizes profissionais mantêm o foco na atuação territorial, na clínica ampliada e no trabalho intersetorial, reforçando o papel da psicologia na construção de um cuidado integral e humanizado.

**Palavras-chave:** psicólogo; Unidade Básica de Saúde; equipes multidisciplinares; análise.

## ABSTRACT

This research traces the history of psychology in Brazilian public health, from its regulation as a profession in the 1960s to its consolidation within the healthcare system. Initially associated with medicine and education, psychology gradually expanded its scope to include areas such as mental health, driven by social movements that denounced the violence of asylums and advocated for more humane and community-integrated care. With the Psychiatric Reform, psychology began to operate within public services, adopting a biopsychosocial and territorial approach. In primary care, it faced challenges such as academic training still rooted in the traditional clinical model, while the demands of the field required collective and interdisciplinary practices. Government programs incorporated psychologists into multiprofessional teams, prioritizing health promotion and the prevention of illness. Through bibliographic analysis and literature review, the study sought to qualitatively understand the fluctuations in public policy between progress and setbacks marked by changes in funding models and team organization throughout its historical development. Despite these shifts, professional guidelines have maintained a focus on territorial engagement, expanded clinical practices, and intersectoral collaboration, reinforcing the role of psychology in building comprehensive and humanized care.

**Keywords:** psychologist; Primary Health Care Unit; multidisciplinary teams; analysis.

---

<sup>1</sup>Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: pedroigorjm@gmail.com

<sup>2</sup>Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: alexfigueiredo@leaosampaio.edu.br

## 1 INTRODUÇÃO

O presente artigo trata-se de análise do percurso histórico da atuação das psicólogas e psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde. A temática abordada neste projeto, nasce a partir da experiência de estágio em Psicologia realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS), no que proporcionou a inserção nas equipes multidisciplinares referente à prática do psicólogo no equipamento. Partindo da pergunta problema “Como se deu a inserção do profissional de psicologia nos equipamentos de Atenção Básica?”, esse artigo se mostra essencial para a compreensão do que designa à atuação profissional em Psicologia ao longo de sua constituição, como também realizar possíveis apontamentos para a orientação, atualização e construção de novas diretrizes.

A inserção da profissão, particularmente na Atenção Primária à Saúde, tem sido um processo marcado por avanços e desafios. Dessa forma, buscou-se analisar a trajetória da psicologia nesse contexto. A pesquisa investiga a evolução da prática psicológica no SUS, desde a sua implantação inicial na década de 1980, passando pela influência do movimento antimanicomial e a consolidação do apoio matricial, até os dias atuais. É de importância analisar as transformações nas políticas públicas em saúde e os desafios enfrentados pela formação profissional dos psicólogos que visasse a busca por modelos de atuação mais integrados e humanizados. Diante disso, torna-se fundamental a análise das diretrizes que percorreram esse caminho, desde a primeira inserção até o momento atual, com o intuito de entender como se constituíram.

A Atenção Primária como porta de entrada, é o primeiro contato da população com os serviços de saúde pública. Levantando a necessidade de compreender como a atuação das psicólogas e psicólogos se delimita no referido nível, como também, quais marcos legais garantem que esses profissionais integrem às equipes inseridas nas comunidades. Essa compreensão traz a discussão acerca do lugar da profissão nas Políticas Públicas de atenção à saúde.

Outrossim, destaca-se que diante desse percurso histórico no qual engloba todas as mudanças estruturais nos serviços referentes à temática da presente pesquisa, também envolve os profissionais da área de Psicologia em que estiveram em exercício em todas as mudanças que implicaram na atuação desses. Portanto, considera-se essencial um trabalho que visará realizar um aparato da constituição de tais diretrizes, para que possa ser verificado o modelo de atuação diante de cada uma dessas alterações até os dias de hoje, podendo assim, ser utilizado também como material informativo para uma possível orientação para esses profissionais.

O estudo teve como objetivo principal analisar o trajeto histórico da atuação dos psicólogos e as diretrizes que regulamentam e orientam a prática profissional das(os) psicólogas(os) nas UBS. Para alcançar esse objetivo, a pesquisa se dobra em três objetivos específicos, sendo eles mapear a evolução do modelo de atuação no equipamento; localizar as contribuições da prática psicológica para a integralidade do cuidado em saúde e identificar possíveis lacunas que possam impactar no desenvolvimento da atuação da Psicologia nas equipes multi e interdisciplinares de Atenção Primária à Saúde.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 METODOLOGIA**

Esta pesquisa é composta por uma análise documental, que segundo Castro (2006) refere-se àquela cujos objetivos ou hipóteses podem ser verificados por meio da análise de documentos, sejam eles bibliográficos ou não. Para isso, é necessária uma metodologia apropriada para a coleta, organização e análise dos dados. Nesse contexto, é importante destacar que essa modalidade de pesquisa não se confunde com a simples busca de informações, nem com o levantamento bibliográfico ou a revisão da literatura. Esses elementos, como foi mencionado anteriormente, são complementares e fazem parte, mas não esgotam, os métodos de pesquisa documental, de laboratório, de campo ou outros.

Também será instrumento de pesquisa do referido artigo, o método de revisão bibliográfica, no qual é uma modalidade específica de pesquisa documental que utiliza documentos bibliográficos como fonte de informação. Ela envolve a busca e a análise sistemática de dados presentes em um acervo bibliográfico, com parâmetros claramente definidos e seguindo procedimentos adequados aos seus objetivos e diretrizes (Witter, 1990).

A presente pesquisa pode ser designada como um estudo exploratório, que para Gil (2002, p.41) “tem a finalidade de aumentar a familiaridade com o objeto de pesquisa, com o intuito de torna-lo mais explícito”. Portanto se desenvolveu a partir do mapeamento inicial, que visou abarcar a produção documental referentes à regulamentação da atuação dos profissionais de psicologia presentes nas equipes da Atenção Primária à Saúde, buscando sua caracterização a partir do que é produzido por organizações representativas em nível federal. Esta etapa envolve ainda a pesquisa sistemática sobre a produção acadêmica relacionada com a temática.

A coleta de dados abordou publicações registradas nas plataformas Scielo, LILACS, PePSIC, Google Acadêmico e documentos do Governo Federal, referentes a pasta do Ministério

da Saúde, como também Resoluções e Notas Técnicas do Conselho Federal de Psicologia (CFP). Para a realização da pesquisa fora feito um levantamento de literatura, definindo-se como critérios de inclusão trabalhos na língua portuguesa com a utilização das palavras-chave: “psicólogo”; “Unidade Básica de Saúde”; “equipes multidisciplinares”; “análise”. A justificativa para a utilização do método se deu pela necessidade de estudar o problema abordado com o máximo de detalhes científicos possível, desconsiderando possíveis elementos de senso comum e influências de terceiros.

As buscas realizadas resultaram nos seguintes documentos:

Quadro 1 – Documentos analisados

Ano	Tipo	Descrição
1962	Lei nº 4.119/1962	Regulamenta a profissão de psicólogo no Brasil.
1971	Lei nº 5.766/1971	Cria o Conselho Federal de Psicologia (CFP).
1986	Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde	Primeira vez que saúde mental foi pauta.
1987	Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental	Crítica ao modelo manicomial e defesa de serviços comunitários.
1990	Lei nº 8.080/1990 (19/09/1990)	Lei Orgânica da Saúde, cria o SUS.
1992	Portaria SAS-MS nº 224/1992	Normas para atenção em saúde mental (Primária, Secundária e Terciária).
1994	Portaria nº 692/1994 (25/03/1994)	Cria o Programa de Saúde da Família (PSF).
2001	Lei nº 10.216/2001 (06/04/2001)	Lei Antimanicomial (Proposta por Paulo Delgado).
2006	Portaria nº 648/2006 (28/03/2006)	Transforma o PSF na Estratégia Saúde da Família (ESF).
2008	Portaria nº 154/2008 (24/01/2008)	Institui o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).
2009	Diretrizes do NASF	Publicação complementar à Portaria 154/2008.
2011	Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental	Orientações para apoio matricial no SUS.
2013	Caderno de Atenção Básica nº 34	Diretrizes para saúde mental na Atenção Básica.

2019	Portaria nº 2.979/2019 (12/11/2019)	Cria o Programa Previne Brasil.
2019	Referências Técnicas para Atuação na Atenção Básica	Orientações para psicólogos no SUS.
2020	Nota Técnica nº 3/2020 (28/01/2020)	Sobre a transição do NASF para o Previne Brasil.
2022	Resolução CFP nº 17/2022 (19/07/2022)	Define atribuições de psicólogos em equipes multiprofissionais.
2023	Portaria GM/MS nº 635/2023 (22/05/2023)	Institui o Programa eMulti.

**Fonte:** Elaborado pelo autor, com base em legislações e documentos do Ministério da Saúde e CFP (1962-2023)

A análise dos dados coletados, teve em perspectiva o referencial teórico mapeado na pesquisa. A pesquisa qualitativa a respeito de temas como a saúde mental concentra-se em questões como essas. Demonstra a variedade de perspectivas do indivíduo, de seus familiares, dos profissionais, sobre o objeto, partindo dos significados sociais e subjetivos a ele relacionados (Flick, 2009).

## 2.2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.2.1 A Psicologia na saúde pública e o enfrentamento ao modelo manicomial

A psicologia se consolidou como profissão no Brasil com a regulamentação pela Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que definiu as bases legais para a formação e atuação do psicólogo (Pereira; Pereira Neto, 2003). Antes disso, as práticas psicológicas estavam vinculadas principalmente à medicina e à educação, sem um campo profissional autônomo. A criação do Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 1971, pela Lei nº 5.766, fora outro marco importante, pois estabeleceu a fiscalização e a organização da categoria. Esses avanços permitiram a expansão da psicologia em áreas como clínica, escolar e organizacional, consolidando-a como uma profissão no país (Soares, 2010).

O ano de 1978 é reconhecido como o marco inicial do movimento social em defesa dos direitos das pessoas com sofrimento mental no Brasil. Nesse período, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), um coletivo plural formado por profissionais da saúde ligados ao movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, representantes

de entidades profissionais e pessoas com um longo histórico de internações psiquiátricas. Esse movimento ganha protagonismo ao denunciar, em diferentes frentes de atuação, a violência praticada nos manicômios, a mercantilização da loucura e o domínio de uma rede privada de assistência. Além disso, passa a construir uma crítica coletiva ao saber psiquiátrico tradicional e ao modelo hospitalocêntrico predominante no cuidado à saúde mental (Brasil, 2005).

No início dos anos 1980, com a estruturação da Reforma Psiquiátrica e o Movimento Sanitário Brasileiro, a psicologia ganha espaço nos serviços de saúde pública. A partir do reconhecimento apontado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) referente à complexidade e à dimensão dos problemas de saúde mental, surge a necessidade de abordagens na qual englobassem agora os aspectos biopsicossociais e culturais dos sujeitos em seus processos de saúde-doença (Jimenez, 2011).

#### 2.2.1.1 PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS DA PSICOLOGIA NAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Alguns dos programas que foram marcados como fundamentais nesse processo de reforma de paradigmas ao pensar em saúde mental foram o “Programa de Reorientação Psiquiátrica e Previdenciária” (1982). Tendo como objetivo a melhoria nas condições dos tratamentos de pessoas em sofrimento mental concomitantemente, orientava novos princípios para a prática de cuidado em saúde mental que englobassem o contexto dos pacientes. Outra iniciativa fundamental nessa imersão foi a criação da “Proposta de trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatório de Saúde Mental” (1983). Criada pela Divisão Ambulatorial de Saúde Mental do Estado de São Paulo, é considerado o precursor da definição de ações em saúde mental na atenção primária (UBS) e secundária (ambulatórios), descrevendo-os e delimitando essas instâncias de saúde (Dimenstein, 1998; Oliveira *et al.*, 2004).

O Programa de Saúde Mental em Belo Horizonte foi outro exemplo de uma inserção direta da psicologia como parte atuante na atenção básica de saúde. A ênfase desse programa estava na prevenção primária e na integração da saúde mental com os serviços básicos de saúde. Os psicólogos atuavam principalmente em grupos e com crianças, refletindo uma abordagem preventiva, com pouca atenção aos casos graves ou pacientes egressos de hospitais psiquiátricos (Ferreira Neto, 2011).

A estrutura era ainda incipiente, com poucos profissionais e recursos, as equipes eram compostas por médicos psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, seguindo a dimensão de

atenção biopsicossocial, no qual cada especialidade da equipe de forma a cobrir a sua dimensão teórico-prática, assim, esboçando o que seria um dos primeiros modelos de atuação multidisciplinar na atenção básica. Entretanto, ainda não havendo a integralização das especialidades, ainda não ofertando aos sujeitos um olhar integral de cuidado. O trabalho em grupos era priorizado, mas não representava uma inovação radical, sendo uma prática já estabelecida em consultórios privados (Ferreira Neto, 2011).

Outro marco importante na construção de um modelo assistencial que visasse a ruptura da lógica manicomial foi a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, chamado Professor Luís da Rocha Cerqueira. Criado em 1986 na cidade de São Paulo, surge a partir da adaptação do espaço da extinta Divisão de Ambulatório, que era uma instância técnica e administrativa da Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde, responsável pelo atendimento psiquiátrico fora dos hospitais (Ribeiro, 2004).

Esse local foi transformado em um novo tipo de serviço com o objetivo de evitar internações psiquiátricas, acolher pacientes que estavam saindo dos hospitais e oferecer um atendimento intensivo a pessoas com transtornos mentais graves. Essa iniciativa representou um passo significativo na construção da nova forma de cuidar da saúde mental no país, alinhada com a nova filosofia que emergia na época, priorizando o tratamento comunitário, a inclusão social dos pacientes e a superação do modelo manicomial (Ribeiro, 2004).

#### 2.2.1.2 ABERTURA PARA A DEMOCRATIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Destaca-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, que na ocasião teria a saúde mental como pauta pela primeira vez. Trouxe reflexões que mudaram o modo de pensar sobre tema, apresentando uma perspectiva baseada na dignidade, nos direitos humanos e na inclusão. Enfatizando assim, a importância do cuidado em liberdade e da reintegração social das pessoas em sofrimento psíquico, a participação ativa da sociedade civil, de usuários, familiares, profissionais e movimentos antimanicomiais fomentando uma crítica ferrenha ao modelo vigente na época (Brasil, 1986).

Juntamente com a I Conferência de Saúde Mental, de 1987, que fora organizada pelo Ministério da Saúde. Reuniu profissionais da área, usuários dos serviços de saúde, familiares, gestores e representantes da sociedade civil com o objetivo de discutir os rumos da assistência em saúde mental no país. Ainda estruturando a crítica ao sistema manicomial e a defesa da criação de serviços comunitários e mais humanos, além de valorizar a participação popular nas políticas públicas (Brasil, 1987). As discussões promovidas nos supracitados eventos

demarcaram a inclusão das discussões referentes ao cuidado em saúde mental no que tange os sujeitos de forma integral e foram de suma importância para a estruturação do modelo de cuidado em saúde do SUS.

Com a redemocratização após a queda do regime militar, fora aprovada a Constituição Cidadã, de 1988, e conjuntamente a proposta de criação do SUS a partir da implementação da Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. O programa, referenciando o Art. 2º, estabeleceu que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1990).

Porém, apenas em 1992 que surge um dispositivo legal no qual determinara claramente as diretrizes de atuação em saúde mental na Atenção Secundária, na Terciária e, em destaque, na Atenção Primária à Saúde. Através da Portaria SAS-MS nº224, definiu-se normas para a atenção em saúde mental nessas diferentes áreas de complexidade de saúde, estabelecendo a regulamentação do exercício profissional das psicólogas e psicólogos nos supracitados níveis de atenção. Considerando assim, um marco importante para consolidar a psicologia como profissão integrante da saúde pública e abrir espaço para uma atuação mais abrangente e integrada ao modelo de atenção do SUS (Brasil, 1992; Jimenez, 2011).

## **2.2.2 A Psicologia na Atenção Básica: Desafios e Mudanças de Paradigma**

### **2.2.2.1 O IMPASSE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS PSICÓLOGOS FRENTE ÀS NOVAS PERSPECTIVAS**

Ferreira Neto (2011) em sua obra destaca as mudanças de paradigmas na forma de se pensar na prática em psicologia diante da perspectiva que estava sendo construída a partir dessa série de movimentos ocorridos na década de 1980. Dando ênfase principalmente à formação dos profissionais de psicologia, em que suas matrizes curriculares e áreas de saber ainda estavam voltadas para o modelo clínico centrado clássico. Mantendo assim o enfoque na atuação voltada para a psicoterapia, hegemonicamente direcionada para as classes mais altas, desse modo, conflitando com a demanda de uma formação que acompanhasse a expansão de atuação e novas competências técnicas para o profissional de psicologia, principalmente nessa inserção na atenção extra-hospitalar.

Emergia a necessidade de uma abordagem que levasse em conta a territorialidade, a integração das práticas assistenciais e preventivas, e o trabalho multidisciplinar (Jimenez, 2011). Uma pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP) de São Paulo em

1991 trouxe um panorama acerca das atividades dos profissionais de psicologia nas UBS. Em sua grande maioria, as práticas estavam voltadas para a psicoterapia em adultos, psicodiagnósticos, psicoeducação em grupos de risco e ludoterapia, tendo a psicanálise como base teórica predominante (Jackson; Cavallari, 1991 *apud* Jimenez, 2011). Podendo assim entender que um dos primeiros impasses da inserção da psicologia na esfera da atenção básica é marcado pela formação acadêmica vigente.

Uma abordagem centrada no individualismo, ao lidar com os usuários, revela-se contrária a uma prática profissional comprometida com os interesses coletivos. Além disso, tal postura se distancia dos princípios fundamentais do SUS, os quais reconhecem a dimensão social como elemento essencial nos processos de cuidado em saúde (Rozani; Rodrigues, 2006). Apontando que a prática dos profissionais de psicologia nesse núcleo deveria ser orientada para promover a autonomia e empoderamento dos sujeitos e comunidades assistidas pelo equipamento, para isso sendo necessária a inserção do psicólogo no território e a compreensão do contexto comunitário e suas dinâmicas sociais (Amaral; Gonçalves; Serpa; Cintra; Bernardo, 2017).

Diante dessa problemática, a emergente Psicologia Social Comunitária traz em sua proposta teórica e prática uma concepção de sujeito como constituído historicamente e inserido em uma estrutura social marcada por relações de classe, bem como por condições específicas de tempo e espaço. Dessa forma, abarcando dimensões geográficas, sociais, culturais, econômicas, simbólicas e, conseqüentemente, ideológicas (Góis, 2005). Essa abordagem surge como uma alternativa crítica ao modelo tradicional da Psicologia.

Diferentemente das perspectivas centradas na dicotomia saúde-doença ou na lógica da prevenção e tratamento, o foco principal da Psicologia Social Comunitária reside na formação do sujeito enquanto portador de direitos, profundamente enraizado e comprometido com a realidade social em que vive. Nesse sentido, o local de atuação do psicólogo se desloca para o espaço comunitário, entendido como território de pertencimento e de construção subjetiva. Competindo, assim, ao psicólogo comunitário analisar os fatores que limitam ou favorecem o processo de constituição do sujeito de direitos, atuando em diálogo com as condições concretas do território em que esse sujeito está inserido (Góis, 1993).

Além disso, enquanto subárea da Psicologia Social, a Psicologia Social Comunitária dedica-se ao estudo das configurações psíquicas que originam-se das formas de vida comunitárias. Dessa forma, contemplando as relações interpessoais, os sistemas de representação, os processos de identidade, de consciência, de identificação e de pertencimento dos indivíduos aos seus grupos sociais, assim representando uma práxis voltada para a

transformação social, mantendo o escopo na comunidade como centro e dando aporte para uma reorientação das práticas em Psicologia (Góis, 1993; Montero, 2004).

#### 2.2.2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROMOÇÃO DE SAÚDE: CAMINHOS PARA A INTEGRAÇÃO DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Primária à Saúde configura-se como a porta de entrada do sistema de saúde, sendo o primeiro nível de cuidado voltado tanto ao indivíduo quanto à coletividade. Sua função orientadora estende-se aos demais níveis da rede de atenção à saúde. Contudo, para que essa instância de cuidado cumpra efetivamente seus objetivos, é imprescindível que esteja integrada a fatores contextuais do ambiente físico e social em que os sujeitos estão inseridos, ultrapassando a concepção restrita ao processo de saúde-doença. A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida pela ONU como:

“tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (Brasil, 2001, p.30).

A efetivação do direito à saúde ultrapassa os limites das ações estritamente clínicas e assistenciais, exigindo a formulação de novos paradigmas capazes de contemplar, de forma abrangente, a complexidade inerente ao processo saúde-doença. Nesse sentido, adota-se uma concepção ampliada de saúde, que busca responder às múltiplas e inter-relacionadas demandas contemporâneas em saúde pública. Essa perspectiva considera, de maneira integrada, os modos e condições de vida da população, incorporando aspectos como trabalho, educação, cultura, habitação, saneamento básico, lazer, relações sociais e um ambiente ecologicamente equilibrado como determinantes fundamentais para o bem-estar e a qualidade de vida (Alves, 2003).

A operacionalização da concepção ampliada de saúde implica, necessariamente, a formulação e implementação de políticas públicas específicas no âmbito da saúde. Nessa perspectiva, o SUS, enquanto política estatal voltada à promoção da qualidade de vida e à efetivação dos direitos fundamentais à vida e à saúde, estabelece interlocução com os debates

teóricos e as iniciativas práticas relacionadas à promoção da saúde. A Promoção da Saúde, enquanto abordagem orientada para a transformação da atenção voltada às populações, tem se consolidado como um paradigma alternativo e legítimo frente à complexidade crescente dos problemas sanitários e das estruturas dos sistemas de saúde nos diversos contextos nacionais e socioculturais (Brasil, 2006).

Inserida como uma das estratégias de produção de saúde, compreendida tanto como forma de pensamento quanto como prática articulada às demais políticas públicas e tecnologias em saúde, a Promoção da Saúde contribui significativamente para a formulação de intervenções que atendam às demandas sociais nesse campo. Seu enfoque recai sobre o fortalecimento da participação ativa de indivíduos e coletividades na identificação, compreensão e modificação dos determinantes sociais do processo saúde-doença, o que demanda ações integradas, com caráter interdisciplinar e intersetorial, voltadas à melhoria das múltiplas dimensões que compõem a qualidade de vida (Brasil, 2006).

O conceito de Promoção de Saúde teve o início da sua operacionalização no Brasil através do Programa de Saúde da Família (PSF). Criado em 1994 a partir da Portaria nº 692, de 25 de março de 1994, teve como objetivo “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição do modelo tradicional de assistência, orientado pela cura de doenças e realizado principalmente em hospitais. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social” (Brasil, 2001, p.5).

Nesse arranjo de atenção à saúde, os profissionais são incentivados a manter uma relação mais estreita com a comunidade, atuando em parceria com as famílias e promovendo iniciativas voltadas à criação de contextos mais saudáveis. A expectativa era de que essa abordagem proporcionasse uma atenção mais humanizada às demandas dos usuários, ao mesmo tempo em que fortalecesse os vínculos de confiança entre a equipe de saúde e a população (Brasil, 1994).

O PSF fora estruturado com equipes mínimas formadas por médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Esses profissionais eram orientados a atuar de forma integrada, adotando uma abordagem multi e interdisciplinar. Contudo, essa forma de organização do trabalho não excluía a valorização das competências específicas de cada categoria profissional, as quais são essenciais para responder à complexidade e à heterogeneidade das necessidades de saúde da população atendida (Fermino, *et.al*, 2009).

Dada a ampla abrangência alcançada pelo Programa em âmbito nacional, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, passou a reconhecê-lo como a principal estratégia para a reestruturação da Atenção Básica no país. A partir desse marco normativo, a nomenclatura oficial foi alterada para Estratégia Saúde da Família (ESF),

consolidando seu papel central nas políticas públicas de saúde (Brasil, 2006). Embora já reconhecida a importância da saúde mental, nessa proposta das equipes multidisciplinares nas UBS ainda não incluía profissionais de psicologia de forma sistematizada em sua composição.

No ano de 2001, após doze anos tramitando no Parlamento, a Lei Federal proposta pelo Deputado Paulo Delgado (PT-MG) é promulgada. Conhecida como Lei Antimanicomial, a Lei nº 10.216/01 entra em vigor em abril do mesmo ano. A referida legislação teve por finalidade reformular o modelo de atenção psiquiátrica vigente no Brasil. Tendo como o intuito, assegurar aos indivíduos internados em instituições de saúde mental condições mais adequadas de cuidado à saúde, bem como a efetivação de seus direitos enquanto cidadãos (Santos, *et.al*, 2000). A Lei prevê a proteção dos indivíduos acometidos por transtornos mentais, garantindo-lhes o direito de acesso ao melhor sistema de saúde disponível, bem como a serem tratados com humanidade e respeito, com o objetivo de promover sua recuperação por meio da reintegração à família, ao trabalho e à comunidade (Brasil, 2005).

Nesse cenário, torna-se possível antecipar a abertura para que os psicólogos inseridos em instituições de saúde mental exerçam suas funções de forma interdisciplinar, compondo equipes formadas por profissionais de distintas áreas do conhecimento. Essa atuação integrada, pautada na reciprocidade, no intercâmbio de saberes e na valorização da horizontalidade nas relações, contribuiria significativamente para uma compreensão mais abrangente da pessoa com transtorno mental. Reconhecendo-a então como um fenômeno multifacetado que requer a articulação de diferentes campos do saber para seu adequado acompanhamento e cuidado (Vieira, 2000).

O profissional psicólogo, nesse contexto, desempenharia o papel de agente facilitador do processo de reintegração social do sujeito em sofrimento psíquico, promovendo seu desligamento progressivo da institucionalização. Sua atuação estaria voltada à reconstrução da cidadania, à prevenção da cronificação do quadro clínico e à redução da recorrência de crises. Ao mesmo tempo, reforçaria o direito desse indivíduo de exercer sua autonomia e de buscar a realização de seus projetos de vida e de acessar plenamente seus direitos sociais e civis como educação e trabalho (Ribeiro, 1998). Esse eixo de atuação conciliaria com a prática da Promoção de Saúde no qual estava prevista nas diretrizes da Atenção Primária de Saúde. Entretanto, ainda não havia um dispositivo legal de inserção do profissional psicólogo de forma definitiva nos equipamentos de porta de entrada aos serviços de saúde.

Através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, foi instituído o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tendo como foco o trabalho interdisciplinar mediante ao apoio matricial, no qual teve como objetivo principal a corresponsabilização e a integralidade do

cuidado na atenção básica, dessa vez integrando na composição das equipes um profissional de saúde mental, podendo este ser psiquiatra, terapeuta ocupacional ou psicólogo. As equipes deveriam contar com no mínimo cinco profissionais de nível superior, entre as especialidades previstas estavam médicas(os), assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticas(os), fisioterapeutas, fonoaudiólogas(os) e nutricionistas (Brasil, 2008; Nascimento; Oliveira, 2010).

Conforme as diretrizes estabelecidas pela Portaria, os profissionais de saúde mental vinculados ao NASF deveriam desenvolver uma série de ações articuladas, que incluíssem a realização de atendimentos clínicos compatíveis com suas atribuições específicas, com ênfase em estratégias de abordagem coletiva. Cabendo-lhes, ainda, oferecer suporte às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na condução de casos que envolvam demandas em saúde mental, bem como pactuar intervenções conjuntas sempre que necessário (Brasil, 2009).

Além disso, esses profissionais atuariam na prevenção da medicalização excessiva de questões inerentes à vida cotidiana. Promovendo assim, uma cultura de cuidado pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial. Isso implicaria em estimular a redução do estigma e da exclusão social relacionados ao sofrimento psíquico, fomentando a mobilização de recursos comunitários para a criação de espaços de reabilitação psicossocial no território, fortalecer ações intersetoriais e estreitar os vínculos com as famílias, reconhecendo-as como protagonistas e corresponsáveis no processo de cuidado (Brasil, 2009).

A missão do NASF estava fundamentada na oferta de suporte técnico-pedagógico e na construção compartilhada de práticas, com o objetivo de ampliar a efetividade das intervenções em saúde. Essa missão está diretamente relacionada à capacidade de cogestão do cuidado em articulação com as equipes de saúde da família (Brasil, 2009; Furtado; Brandão, 2015). A atuação do NASF também caracterizava-se pela articulação de ações intersetoriais e interdisciplinares, visando a “promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde” (Brasil, 2009, p. 13).

Essas práticas interdisciplinares desenvolvidas no âmbito de atuação do NASF demonstraram efetividade na medida em que possibilitam a articulação entre diferentes categorias profissionais. Ao trabalharem de forma colaborativa, com foco nas necessidades específicas da população atendida, esses profissionais podem integrar saberes e experiências, favorecendo uma abordagem mais abrangente e aumentando a capacidade de resolução das demandas apresentadas (Vilela; Mendes, 2003).

O apoio matricial e a equipe de referência atuavam como estratégias centrais para a gestão compartilhada do cuidado, contribuindo para a superação da fragmentação do trabalho em saúde decorrente da crescente especialização. Essas ferramentas estavam alinhadas à proposta do núcleo, concebido para oferecer suporte às ESF. A articulação entre o apoio matricial e a equipe de referência se justificava enquanto possibilidade para a ampliação das práticas clínicas e sanitárias, contribuindo para a efetivação do princípio da integralidade do cuidado, eixo central do SUS, compreendendo-se por equipe ou profissional de referência aquele que realiza o acompanhamento contínuo de indivíduos, famílias ou grupos sociais, com o propósito de estabelecer vínculos (Campos; Domitti, 2007).

Ainda para Campos e Domitti (2007), o apoio matricial se manifesta em duas dimensões complementares: a assistencial, caracterizada pela realização de ações clínicas voltadas diretamente às demandas da população usuária; e a técnico-pedagógica, que tem como foco o suporte à equipe de referência, com o objetivo de promover sua autonomia no enfrentamento de situações que exigem conhecimentos específicos.

A dissociação entre a doença e o contexto em que ela se manifesta tende a empobrecer a prática clínica, ao restringir sua compreensão a aspectos exclusivamente biomédicos. Nesse sentido, a ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica deve ir além da enfermidade, incorporando o sujeito e seu contexto como elementos centrais de análise e atuação. A partir dessa perspectiva, o apoio matricial e a clínica ampliada configuram-se como dispositivos fundamentais para a atuação interdisciplinar e o fortalecimento do cuidado em equipe. Contudo, mais do que sua implementação formal, é essencial que essas abordagens sejam reconhecidas e apropriadas pelas equipes do NASF e da ESF, de modo a favorecer a construção de vínculos sólidos entre os profissionais de saúde e a comunidade atendida (Campos, 1997; Furtado; Carvalho, 2015).

O principal instrumento de articulação entre a equipe de apoio matricial e a equipe de referência é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Tratando-se de um processo sistematizado de construção de uma hipótese diagnóstica acompanhada da definição de estratégias de tratamento e seguimento de um caso específico, seja este um indivíduo, uma família, um coletivo ou mesmo um território. A elaboração do PTS baseia-se no diálogo interdisciplinar entre ambas as equipes, integrando diferentes saberes e perspectivas. Cabe à equipe de referência a responsabilidade pelo acompanhamento contínuo do caso e pela efetivação das ações previstas no projeto (Brasil, 2011).

A construção, implementação e contínua reavaliação do PTS envolve práticas colaborativas entre as equipes envolvidas. Dentre essas ações, destacam-se a interconsulta,

realizada por parte da equipe ou por sua totalidade na discussão de casos, as consultas compartilhadas e as visitas domiciliares conjuntas. Tais estratégias favorecem não apenas a circulação de saberes entre os profissionais, configurando-se como ferramentas valiosas no contexto da educação permanente em saúde, mas também contribuem para uma abordagem ampliada e integral do processo saúde-doença (Brasil, 2011).

Em 2013 o Ministério da Saúde publica o número 34 dos Cadernos de Atenção Básica, apresentando diretrizes norteadoras das práticas em saúde mental nas unidades de saúde da família. O documento delineou as atribuições para a atuação dos psicólogos no equipamento. Nele, esses profissionais foram reconhecidos como uma especialidade estratégica na construção de um cuidado integral, contínuo e humanizado, centrado nas necessidades do sujeito em seu território (Brasil, 2013).

Um dos principais pontos ressaltados no Caderno nº 34 é a importância da interdisciplinaridade. O psicólogo é chamado a construir estratégias compartilhadas com os demais membros da equipe, o que exige não apenas competências técnicas específicas, mas também habilidades de articulação e diálogo interprofissional. Essa construção coletiva do cuidado é frequentemente operacionalizada por meio de espaços como as reuniões de equipe, os momentos de matriciamento, a interconsulta e os atendimentos conjuntos, colaborando para a construção de PTSs mais adequados às singularidades dos usuários (Brasil, 2013).

### **2.2.3 A Extinção do NASF e o Processo Para a Criação do programa eMulti**

Através da Portaria nº 2979/2019, o Ministério da Saúde Institui o Programa Previne Brasil, um novo modelo de financiamento para o custeio da APS no âmbito do SUS. Esse novo arranjo revogou normativas anteriores que regulamentavam, entre outros aspectos, os parâmetros operacionais e o financiamento das equipes do NASF. Como consequência, as equipes multiprofissionais deixaram de estar formalmente vinculadas à estrutura organizacional do NASF, conferindo aos gestores municipais maior autonomia quanto à composição das equipes e à definição da carga horária de trabalho dos profissionais (Brasil, 2019; Moreira *et.al*, 2020).

O Programa representou uma estratégia de financiamento e custeio da APS, caracterizando-se por ampliar significativamente a autonomia dos gestores municipais. Nesse arranjo, coube a esses gestores a definição quanto às áreas de atuação profissional a serem contempladas, à carga horária atribuída aos trabalhadores contratados, bem como à forma de vinculação desses profissionais às ESF. Essas especialidades poderiam ser alocadas em uma ou

mais equipes, ou ainda permanecer cadastradas exclusivamente na APS, sem necessariamente manter vínculo direto com uma equipe específica, implicando na não obrigatoriedade de especialidades designadas, ficando a critério dos gestores (Brasil, 2019).

A não obrigatoriedade de uma equipe multidisciplinar mínima poderia abrir espaço a desfragmentação do cuidado integral no qual fora proposto pelas diretrizes anteriores, já discutidas nesta pesquisa. Desse modo, favorecendo a fragmentação dos sujeitos e uma assistência descontextualizada dos fatores biopsicossociais e comunitários. Ainda assim, possibilitando uma prática de saúde não condizente com as políticas da APS e, concomitantemente, do SUS.

O programa prevaleceu até o ano de 2023, quando o Ministério da Saúde publicou a até então vigente Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023, instituindo o Programa das Equipes Multiprofissionais à Atenção Básica (eMulti). Recriando o incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na APS. Podendo assim, visar a reorganização do trabalho multi e interprofissional após o desmonte da modalidade ocorrido em 2019 (Brasil, 2023).

A portaria estabelece que as eMulti devem se organizar em três modalidades, conforme a carga horária e número de equipes vinculadas. Sendo elas a Ampliada, Complementar e Estratégica. A Ampliada se vincula a 10 a 12 equipes e cumprir no mínimo 300 horas semanais, sem ultrapassar 120 horas da mesma categoria profissional. A Complementar, a 5 a 9 equipes, com carga horária mínima de 200 horas semanais, respeitando o limite de 80 horas por categoria. Já a Estratégica, a 1 a 4 equipes, com 100 horas semanais mínimas e até 40 horas por categoria. O psicólogo está previsto nas três modalidades, porém, de forma opcional, ou seja, não sendo obrigatório nas equipes mínimas (Brasil, 2023).

A supracitada trajetória de recentes mudanças nos programas de APS seguiram uma dinâmica em que a literatura ainda procura acompanhar. Essas reformas nas equipes multidisciplinares colocaram em questão a atuação dos psicólogos nos equipamentos deste nível de atenção, considerando que as portarias aqui discutidas não trouxeram em sua composição especificações acerca da atuação Psi. Entretanto, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) disponibilizou documentos em que poder-se-ia orientar a atuação, sendo estes o “Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde” (2019) e a “Resolução nº 17, de 19 de julho de 2022”.

O documento das Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde visa a orientação e qualificação da prática profissional na APS. No contexto da atuação nas UBS prevê que o psicólogo inserido nas equipes multiprofissionais manteria o seu

papel no apoio matricial juntamente às ESF, mantendo o objetivo de fortalecer o cuidado integral à população, promovendo a troca de saberes entre os profissionais e contribuindo para a construção de práticas mais resolutivas e compartilhadas no território (CFP, 2019).

O texto ainda ressalta que a atuação Psi se dá dentro da lógica da clínica ampliada, indo além do atendimento individual ao incorporar intervenções coletivas, como grupos terapêuticos, visitas domiciliares e ações intersetoriais, sempre considerando o território e as especificidades da população. Ampliando as possibilidades de cuidado, promovendo saúde por meio de escuta qualificada e articulação com outros setores. Na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de agravos, a atuação busca o fortalecimento de vínculos comunitários, o enfrentamento de determinantes sociais da saúde mental, como violência, racismo, desigualdade social e uso abusivo de substâncias, desenvolvendo ações que tratam o sofrimento psíquico e atuam sobre suas causas (CFP, 2019).

A Resolução nº 17/22 segue a mesma linha de direcionamento acerca do eixo de atuação nas equipes multidisciplinares. O documento define que o psicólogo atuará na promoção da saúde, prevenção de agravos e intervenção precoce, com foco no território e nas necessidades locais. Suas atividades são organizadas em quatro eixos, sendo esses os atendimentos individuais e grupais, ações compartilhadas como elaboração de PTS, ações no território como visitas domiciliares e articulação com redes socioassistenciais (CFP, 2022).

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A inserção da Psicologia na saúde pública brasileira, especialmente na Atenção Básica, revela um árduo e longo percurso no processo de construção de um modelo de cuidado em saúde mental mais humano, integral e alinhado aos princípios do SUS. Essas mudanças na forma de pensar o cuidado em saúde implicaram transformações não somente nas construções das Políticas Públicas, mas também na identidade do profissional psicólogo, que se viu obrigado a ressignificar o lugar de atuação majoritariamente clínico para uma profissão da saúde. Expondo um dos primeiros impasses dessa problemática relacionado à formação acadêmica, ainda voltada para a atuação clínica centrada.

Os avanços inegáveis que os movimentos de democratização do cuidado em saúde criaram importantes espaços para uma atuação psicológica crítica e territorializada. No entanto, a fragilidade institucional demonstrada pelas constantes mudanças nas diretrizes governamentais expõe a vulnerabilidade dessas conquistas através da instabilidade política,

colocando em risco décadas de luta na busca da construção de uma saúde pública mais resolutiva e humanizada.

Essas mudanças recentes nas políticas de saúde pública que variam entre avanços e retrocessos, trazem a necessidade de mais pesquisas que visem mensurar os impactos dessa dinâmica no cuidado em saúde da população atendida por esse nível de atenção. Os ainda incipientes estudos relacionados a essa problemática, dificultam a compreensão da estruturação desses programas e por sim, a delimitação da atuação profissional das equipes neles inseridas. A falta de um entendimento aprofundado acerca dos impactos resultantes dessas mudanças na estrutura de funcionamento da Atenção Primária à Saúde, podem aplacar em reestruturação e se tornar uma barreira significativa para a melhoria e aprimoração da operacionalização dos programas de saúde instituídos na APS.

Outrossim, a Psicologia não apenas complementa o trabalho multiprofissional, mas também reforça o compromisso ético e social de garantir saúde como um direito universal e inalienável. O caminho ainda é longo, mas os avanços conquistados até aqui demonstram que é possível e necessário a inserção da profissão no âmago das necessidades da comunidade, afim não somente de compreender, mas também de integrá-la na construção da Psicologia como Ciência e Profissão.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 319-322, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/NV7WMb7kcZjb4Vq9tGXZdtq/> Acesso em: 7 de junho de 2025.
- AMARAL, M. S.; GONÇALVES, C. H.; SERPA, M. G. Psicologia Comunitária e a Saúde Pública: relato de experiência da prática Psi em uma Unidade de Saúde da Família. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 484-495, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000200015>. Acesso em: 5 de junho de 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1987.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Lei n.º 8.800, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 3 de 28 de janeiro de 2020. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 635, de 6 de abril de 2023. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1986.

CAMPOS, G. W. S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. [Versão eletrônica]. In mimeo, 1996/1997.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 2 de junho de 2025.

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, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000832017>. Acesso em: 6 de junho de 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) na Atenção Básica de Saúde. Brasília: CFP, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 17, de 19 de julho de 2022.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação dos profissionais. **Estudos de Psicologia**. v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/epsic/a/GrQdw3hMYJcTRKMMQ6BKRrD/abstract/?lang=pt> Acesso em: 13 de abr. 2025.

FERMINO, J. M. *et al.* Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. **Aletheia**, n. 30, p. 113-128, dez. 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942009000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 4 jun. 2025.

FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, Políticas Públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta, 2011.

GÓIS, C. W. L. **Noções de psicologia comunitária**. Fortaleza: Edições UFC, 1993.

GÓIS, C. W. L. **Psicologia comunitária: atividade e consciência**. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

JACKSON, A. L.; CAVALLARI, C. D. Estudo sobre a inserção dos psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde. **Cadernos do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo**, p. 7-31, 1991.

JIMENEZ, L. Psicologia na atenção básica à saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia & Sociedade**. v. 23, n. spe, p.129-139, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/ZWFDHkf3v37hBsVvrXYBb8f/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 13 de abr. 2025.

MACHADO, C. B.; CALAIS, L. B. Entrelaçando (im)possibilidades: reflexões sobre a atuação da psicologia social comunitária na atenção primária à saúde. **Revista Pesquisas E Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 4, p. 1-15, 2015. Disponível em: [http://www.seer.ufsj.edu.br/revista\\_ppp/article/view/3171](http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/3171) Acesso em: 5 de junho de 2025.

MONTERO, M. Que es la Psicología Comunitaria. In: MONTERO, M. (Org.). **Introducción a la Psicología Comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos**. Buenos Aires: Paidós, 2004. p. 67-87.

MOREIRA, D. C.; BISPO-JÚNIOR, J. P.; NERY, A. A.; CARDOSO, J. P. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00031420>. Acesso em: 28 de maio de 2025.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/74/12\\_revisao\\_reflexoes.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf). Acesso em: 8 jun. 2025.

OLIVEIRA, I. F. et al. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 71-89, 2004. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-29072004000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072004000100005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 de abr. 2025.

PEREIRA, F. M.; PEREIRA NETO, A. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. **Psicologia em Estudo**, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/4xwr4p3tC9DjRTvW75X9Dkh/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 14 de abr. 2025.

RIBEIRO, M. A. Atelier de Trabalho para Psicóticos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 12-27, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/NDTBvW63mMBRQ7VVpMHDYKf/?lang=pt>. Acesso em: 8 de junho de 2025.

RIBEIRO, S. L. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/hdDpMwZvnMVmrfSwFw9XSCr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 de junho de 2025.

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, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000100012>. Acesso em: 6 de junho de 2025.

SANTOS, N. S. et al. A Autonomia do Sujeito Psicótico No Contexto da Psiquiatria Brasileira. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 46-53, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/r3p4drpKwxRSCPZrbGwrccK/?lang=pt>. Acesso em: 6 de junho de 2025.

SOARES, A. R. A Psicologia no Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. spe, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/ptsPLZhXfqLTzKmyj7b6pDp/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 14 de abr. 2025.

VIEIRA, D. A. Psicologia, Psiquiatria e Direito: uma Contextualização Sociohistórica-cultural no Brasil. **Psique**, Belo Horizonte, v. 10, n. 16, p. 125-145, 2000. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1249/o/gisele\\_toassa-EBOOK.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1249/o/gisele_toassa-EBOOK.pdf). Acesso em: 5 de junho de 2025.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/DpsYjRRZdHvgfjrWYXj9bxQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 de junho de 2025.