

UFRRJ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO

**Práticas Psicoeducativas na Atenção Primária:
Contribuições do Psicólogo para a Educação em
Saúde**

Martina de Paula Eduardo Ravaioli

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**PRÁTICAS PSICOEDUCATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
CONTRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

MARTINA DE PAULA EDUARDO RAVAIOLI

Sob a Orientação da Professora

Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração Psicologia.

Seropédica, RJ

Agosto de 2019

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central/Seção de Processamento Técnico

“O presente trabalho foi realizado com
apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento
de Pessoal de Nível Superior – Brasil
(CAPES) – Código de Financiamento 001

This study was financed in party by the
Coordenação de Aperfeiçoamento de
Pessoal de Nível Superior – Brasil
(CAPES) –Finance Code 001”

Ravaioli, Martina, 1989-

R252p Práticas Psicoeducativas na Atenção Primária:
Contribuições do Psicólogo para a Educação em Saúde / Martina
Ravaioli. - Volta Redonda, 2019.

132 f.

Orientadora: Lilian Maria Borges Gonzalez.

Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro, Programa de Pós Graduação em
Psicologia, 2019.

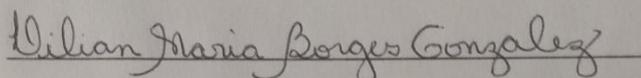
1. Psicoeducação . 2. Atenção Primária à Saúde . 3.
Psicólogos. I. Gonzalez, Lilian Maria Borges , 1971-,
orient. II Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.
Programa de Pós Graduação em Psicologia III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARTINA DE PAULA EDUARDO RAVAIOLI

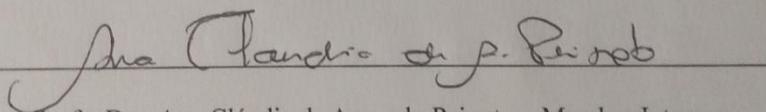
Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, área de concentração em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 30/08/2019.



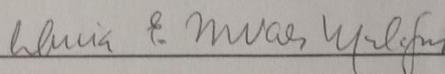
Profa. Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez – Presidente

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)



Profa. Dra. Ana Cláudia de Azevedo Peixoto – Membro Interno

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)



Profa. Dra. Lucia Emmanoel Novaes Malagris – Membro Externo

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, Rosane de Paula Eduardo Ravaioli (em memória), que em sua sabedoria, humildade e amor guiou meus caminhos mesmo com todas as dificuldades de nossa trajetória, e continua guiando no lugar onde repousa, ela que foi a motivação pela trajetória que percorro hoje. E a meu pai, Sebastião Carlos Ravaioli, por ser meu grande e maior amigo, pelo laço espiritual que nos une, aquele que acredita e torce por mim verdadeiramente e incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela permissão, por me fortalecer e me capacitar para seguir essa tão esperada e gratificante realização.

À minha orientadora Lilian Maria Borges Gonzalez, por acreditar em minha caminhada, por ter andado de mãos dadas comigo durante todo o processo de pesquisa, pela paciência com que lidou com minhas ansiedades, mas, sobretudo por me mostrar o valor e a real importância da pesquisa para o crescimento pessoal e profissional.

À Prof.^a Dra. Ana Cláudia de Azevedo Peixoto e a Prof.^a Dra. Lucia Emmanoel Novaes Malagris, queridas membras da banca, pelas sugestões enriquecedoras durante a qualificação e defesa, e pela oportunidade de partilhar meus primeiros caminhos enquanto pesquisadora.

Ao meu pai, Sebastião Carlos Ravaioli, que suportou firme ao meu lado nos meus momentos de impaciência e inconstância, pelas madrugadas em que passei estudando e pelo tempo que precisei me dedicar às vezes lhe faltando atenção, mas nunca amor.

Ao meu irmão Gabriel Eduardo Ravaioli, que me trouxe a alegria de saber que posso compartilhar minha vida, que posso ter seu carinho, e por saber que a vida não será solitária quando se tem um irmão ao lado, meu amigo, meu companheiro de caminhada.

À tia Sirley Barbosa Ravaiole, por todas as vezes que acreditou e torceu por meus progressos, que vibrou comigo por cada conquista, além de toda ajuda que me foi dada durante minha trajetória no Mestrado.

À amiga Virgínia Fernandez, que ao longo do processo seletivo me apoiou e incentivou de maneira carinhosa e otimista, com a certeza de que eu conseguiria vencer cada etapa.

As amigas Jéssica Nevôa, Grazielly Candida Sabadin Adão e Ágata Castanheda, pela grandiosa amizade construída durante a caminhada no PPGPSI, agradeço pela parceria que se estenderá durante a vida.

À Prof.^a Lívea Oliveira e a Prof.^a Priscilla Maia Rangel, mestres no qual tive a honra de poder cursar a graduação em Psicologia e que sonharam e acreditaram junto comigo o ingresso ao Mestrado.

EPIGRAFE

“O importante e bonito do mundo é isso: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas. Mas que elas vão sempre mudando, afinam e desafinam”

Guimarães Rosa

RESUMO

RAVAIOLI, Martina de Paula Eduardo. **Práticas psicoeducativas na atenção primária: contribuições do psicólogo para a educação em saúde.** 2019. 141p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2019.

Na presente pesquisa, investigou-se, em moldes descritivos, o emprego da abordagem psicoeducativa na atenção primária à saúde, conforme exercida por psicólogos. O objetivo foi identificar contextos e modos de utilização de intervenções psicoeducativas no cotidiano de psicólogos atuantes em serviços públicos de saúde com vistas a estimular ações de prevenção ou tratamento de agravos à saúde. Buscou-se, ainda, verificar as percepções destes profissionais acerca das possibilidades e relevância da psicoeducação enquanto plano de ação no nível primário da atenção e sobre a própria capacitação para trabalhos desta natureza, considerando suas experiências e aprendizagens desde a graduação. Na coleta de dados, foi utilizado um questionário autoadministrado para obtenção de respostas de psicólogos que atuavam na Atenção Básica de distintos municípios da região sul-fluminense, o qual é composto por duas partes: a primeira com questões sobre a formação e atuação profissional e a segunda com questões de múltipla escolha relacionadas ao uso da psicoeducação, incluindo, por exemplo, frequência, finalidades, população-alvo, estratégias e recursos empregados. Ao todo, 21 profissionais responderam ao instrumento de modo impresso ou em formato eletrônico. De modo adicional, sete destes respondentes participaram individualmente de entrevista semiestruturada, mediante roteiro prévio, com vistas a análises qualitativas e aprofundamento da compreensão de suas percepções. O roteiro foi estruturado nos seguintes eixos temáticos: conhecimentos e usos da psicoeducação na prática profissional e capacitação para uso da psicoeducação. Os dados do questionário foram submetidos a análise estatística descritiva, enquanto aqueles provenientes das entrevistas foram categorizados segundo a análise de conteúdo de Bardin. Como resultados, em relação à utilização da psicoeducação, verificou-se o emprego desta estratégia, de modo individual e grupal, em diferentes cenários e com variados segmentos da população. As psicólogas destacaram a importância da prática educativa enquanto ação preventiva e de promoção do autocuidado. As barreiras principais apontadas nesse processo foram a falta ou insuficiência de recursos materiais e a falta de adesão de muitos usuários às atividades psicoeducativas propostas. Por outro lado, foram relatadas potencialidades do uso da psicoeducação, tal como maior autocuidado entre os usuários beneficiários dos serviços de saúde. Quanto à própria capacitação profissional para tal, as participantes se sentiam pouco capacitadas, relatando dificuldade moderada para o uso de ações psicoeducativas, requerendo cursos de atualização da prática e o acompanhamento das equipes de saúde de maneira longitudinal. O estudo possibilitou ampliar os conhecimentos sobre as práticas de psicoeducação nos cuidados primários e seus benefícios estimados, oferecendo um panorama do seu uso e de aspectos importantes para o seu fortalecimento enquanto técnica com potencial para estimular a aquisição de condutas preventivas.

Palavras-chave: Psicoeducação. Atenção Primária à Saúde. Psicólogos.

ABSTRACT

RAVAIOLI, Martina de Paula Eduardo. **Psychoeducational practices in primary care: contributions of the psychologist to health education.** 2019. 141p. Thesis (Master in Psychology). Institute of Education, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2019.

It was investigated in the present research, by descriptive models, the use of the psychoeducational approach in primary health care, as practiced by psychologists. The objective was to identify contexts and ways of using psychoeducational interventions in the daily lives of psychologists who work in public health services to encourage prevention or treatment of health problems. It was also sought to verify the perceptions of these professionals about the possibilities and relevance of psychoeducation as an action plan at the primary level of attention and their qualification for work of this nature, considering their experiences and learning since graduation. In the data collection, a self-administered questionnaire was used to obtain answers from psychologists who worked in Primary Care in different municipalities of the south of the state of Rio de Janeiro, which is composed of two parts: the first with questions about professional training and performance and the second with multiple-choice questions related to the use of psychoeducation, including, for example, frequency, purposes, target population, strategies and resources employed. In all, 21 professionals responded to the instrument in print or electronic format. Besides, seven of these respondents participated individually in a semi-structured interview, through the previous script, with a view to qualitative analysis and a deeper understanding of their perceptions. The script was structured in the following thematic axes: knowledge and uses of psychoeducation in professional practice and training for the use of psychoeducation. The questionnaire data were submitted to descriptive statistical analysis, while those from the interviews were categorized according to Bardin's content analysis. As results, concerning the use of psychoeducation, it was verified the use of this strategy, individually and group, in different scenarios and with different segments of the population. The psychologists highlighted the importance of educational practice as a preventive action in the promotion of self-care. The main barriers pointed out in this process were the non-acceptance or little interest of users, linked to the non-continuity of the proposed psycho-educational activities, as well as the lack or inadequacy of physical space and material resources. On the other hand, potentialities of psychoeducation use were reported, such as greater self-care among beneficiaries of health services. Regarding their professional training, participants felt poorly trained, reporting moderate difficulty in the use of psychoeducational actions, requiring courses to update the practice and follow-up of health teams longitudinally. The study made it possible to broaden the knowledge about psychoeducation practices in primary care and its estimated benefits, providing an overview of its use and important aspects for its strengthening as a technique with the potential to stimulate the acquisition of preventive behaviors.

Keywords: Psychoeducation. Primary Health Care. Psychologists.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados da ABS dos municípios da Região Médio Paraíba	40
Tabela 2 - Perfil profissional das psicólogas participantes (n=21)	47
Tabela 3 - Modo de inserção das participantes no SUS	49
Tabela 4 - Descrição das atividades realizadas pelas participantes na ABS	50
Tabela 5 - População alvo dos atendimentos das participantes no contexto da ABS	51
Tabela 6 - Articulação intersetorial no trabalho das participantes	51
Tabela 7 – Frequência de uso de estratégias psicoeducativas pelas participantes	55
Tabela 8 – Finalidades do uso da psicoeducação na ABS segundo as participantes	56
Tabela 9 – Modos de uso da psicoeducação na prática profissional das participantes	58
Tabela 10 – Contextos das atividades psicoeducativas desenvolvidas pelas participantes ...	59
Tabela 11 – Pessoas as quais se destinavam as ações psicoeducativas das participantes	61
Tabela 12 - Origem das demandas por psicoeducação recebidas pelas participantes	62
Tabela 13 - Temáticas abordadas pelas participantes nas atividades psicoeducativas	63
Tabela 14 – Estratégias e recursos usados pelas participantes no trabalho psicoeducativo ...	65
Tabela 15 – Modos de integração no trabalho psicoeducativo entre as participantes e profissionais de outras especialidades	67
Tabela 16 – Percepção das psicólogas sobre a colaboração de outros profissionais nas ações educativas	67
Tabela 17 - Fatores que favorecem o uso da psicoeducação na rotina da ABS conforme as participantes	70
Tabela 18 – Dificuldades percebidas pelas psicólogas para uso da psicoeducação na ABS .	74
Tabela 19 – Tipos de dificuldades para uso da psicoeducação segundo as psicólogas	75
Tabela 20 - Autopercepção quanto à capacidade para realizar intervenções psicoeducativas	79

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva;
ABS	Atenção Básica à Saúde;
ACS	Agente Comunitário de Saúde;
APS	Atenção Primária em Saúde;
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde;
CNS	Conselho Nacional de Saúde;
COMEPE	Comissão de Ética na Pesquisa;
eCR	Equipe Consultório na Rua;
EPS	Educação Permanente em Saúde;
ESF	Estratégia Saúde da Família;
eSF	Equipe de Saúde da Família;
MS	Ministério da Saúde;
NASF – AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica;
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
OMS	Organização Mundial de Saúde;
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento;
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica;
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde;
PSF	Programa Saúde da Família;
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais;
SUS	Sistema Único de Saúde;
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar;
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
UBS	Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO	6
1.1 A Reforma Sanitária no Brasil e a criação do Sistema Único de Saúde	6
1.2 A Atenção Básica em Saúde e as contribuições potenciais do NASF-AB	11
1.3 A inserção da Psicologia e as contribuições do psicólogo na ABS	16
1.4 A educação para a saúde no âmbito dos cuidados primários	20
1.5 A psicoeducação como estratégia de educação em saúde.....	26
1.6 Práticas psicológicas e formação profissional para a atenção primária.....	34
CAPÍTULO II - OBJETIVOS	38
CAPÍTULO III - MÉTODOS	39
3.1 Participantes	40
3.2 Instrumentos	41
3.2.1 Questionário sociodemográfico e profissional	41
3.2.2 Questionário sobre os usos da psicoeducação na ABS.....	41
3.2.3 Roteiro para entrevista semiestruturada	42
3.3 Procedimentos de Coleta de Dados	42
3.4 Análise de Dados	44
CAPÍTULO IV - RESULTADOS	46
4.1 Perfil profissional das participantes: formação e atuação em saúde pública.....	47
4.2 Panorama dos trabalhos desenvolvidos pelas participantes no contexto da ABS	49
4.3 Concepções sobre educação em saúde e sua relevância na ABS	54
4.4 A Psicoeducação na ABS: objetivos afinados aos cuidados primários.....	56
4.5 Modos de uso da psicoeducação na prática profissional na ABS.....	60
4.6 Avaliação do uso da psicoeducação na ABS	71
4.6.1 Benefícios da psicoeducação	72
4.6.2. Obstáculos para o uso da psicoeducação.....	76

4.7 Capacitação profissional para educação em saúde e psicoeducação.....	81
CAPÍTULO V - DISCUSSÃO.....	88
5.1 Educação em saúde e psicoeducação: um paralelo entre concepções e práticas.....	86
5.2 Ações educativas na ABS: obstáculos e desafios percebidos.....	91
5.3 Formação e capacitação profissional: caminhos para mudanças na prática assistencial ...	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICES.....	117
A Questionário sociodemográfico e profissional	119
B Questionário sobre os usos da psicoeducação na ABS	122
C Roteiro de Entrevista Semiestruturada com Psicólogo(a)	127
D Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE Modelo 1	1297
E Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE Modelo 2	1298
ANEXO.....	129
A Parecer de aprovação da pesquisa pelo COMEPPE	1309

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação diz respeito à investigação, em moldes descritivos, da prática psicoeducativa nos cuidados primários à saúde, conforme exercida por profissionais psicólogos, com atenção a suas percepções, esforços e perspectivas. O intuito foi o de identificar contextos e modos de utilização de intervenções psicoeducativas no cotidiano de psicólogos atuantes em serviços e programas no sistema público de saúde, sejam elas voltadas para estimular os usuários na aquisição ou fortalecimento de modos de lidar com o adoecimento e seu tratamento ou, por outro lado, para favorecer ações de promoção e manutenção da saúde junto a diferentes segmentos da população. O cenário da coleta de dados foi a Atenção Básica à Saúde (ABS) de municípios do estado do Rio de Janeiro, sobretudo da região sul fluminense, considerando suas especificidades e necessidades em saúde.

Partiu-se do pressuposto de que é necessário focalizar a capacitação do psicólogo para o trabalho técnico e interdisciplinar no campo da saúde, com proposição de alternativas diversificadas de intervenção que tenham potencial para expandir o alcance e obter maior resolutividade em suas ações. Nesse prisma, o conhecimento acerca do uso de estratégias psicoeducativas na ABS possibilita abrir caminhos para uma melhor adequação deste modelo de intervenção no âmbito do nosso sistema de saúde. Ademais, permite obter subsídios para identificar a formação acadêmica inicial e continuada necessária para favorecer a construção de práxis clínicas e educativas capazes de contribuir com a melhoria dos serviços ofertados em saúde pública, tendo por expectativa a integralidade do cuidado e a redução de custos e de reincidência de internações.

O interesse por esta temática de pesquisa surgiu atrelado ao descobrimento do adoecimento de minha mãe sem que ela tenha recebido a devida orientação da equipe de saúde em relação à doença instalada e sua terapêutica. As informações lhe foram disponibilizadas de maneira insuficiente ou não acolhedora por profissionais que pouco esclareciam e anunciavam prognósticos como sentenças, o que culminou em maiores angústias e frustrações. Neste período, com a ausência de psicólogos nos serviços frequentados, pude perceber quão importante seria a participação de tais profissionais nessa empreitada, de modo a ajudarem a minimizar incertezas, fantasias e temores diante da enfermidade, além de oferecerem escuta qualificada.

Nesse sentido, para mim ficou evidenciada a necessidade da contribuição de psicólogos no reforço às orientações dadas pela equipe multiprofissional aos usuários acerca de diferentes doenças, desde os esforços preventivos até os cuidados para cura ou controle da enfermidade ou mesmo para alívio de seus sintomas. Desta inquietação resultou minha iniciativa de pesquisar a respeito da potencialidade de intervenções psicológicas no campo da educação em saúde, que prima pelo engajamento da população em atividades capazes de ampliar seus conhecimentos e práticas relacionadas, com vistas à melhoria da qualidade de vida (COSTA; LÓPEZ, 1996).

No contexto deste trabalho, a psicoeducação é compreendida como uma estratégia favorecedora da prevenção e tratamento de agravos à saúde e de suas complicações, haja vista tratar-se de uma técnica que integra abordagens psicológicas e pedagógicas com o objetivo de facilitar informações ao usuário, de modo participativo, sobre assuntos relevantes em seu processo terapêutico, além de viabilizar orientações úteis ao autocuidado e à adoção de estilos de vida conducentes à saúde (LEMES; NETO, 2017). Para ser efetiva, requer o compartilhamento de informações fundamentadas cientificamente, a serem comunicadas de modo sistemático, estruturado e didático. Desta forma, busca-se orientar o sujeito mediante diversos meios, como comunicação oral, folhetos explicativos e vídeos (RUMMEL-KLUGE *et al.*, 2006; SOUZA *et al.*, 2009).

Em esforço conjunto da equipe de saúde, este modelo interventivo abarca o fornecimento de informações acuradas e claras sobre, por exemplo, a etiologia e características de uma doença ou transtorno, suas formas de tratamento ou prevenção e os efeitos prováveis da medicação prescrita, com atenção não somente ao usuário, mas também a seus familiares. Quando em formato de grupo, amplia o alcance social de sua aplicação, na medida em que viabiliza atender quantidades maiores de pessoas, oportunizando trocas de informações e reflexões a diferentes perfis de usuários (BORGES; SOARES; RUDNICKI, 2018).

Com o propósito de facilitar ao indivíduo uma compreensão integral acerca de seu agravo físico ou mental, as informações costumam ser disponibilizadas desde o diagnóstico, em diferentes locais e com problemáticas diversas. Entende-se que a psicoeducação pode ser útil também no campo da prevenção e não somente no tratamento de enfermidades, na medida em que possibilita o acesso qualificado a informações que tornam contextos de vulnerabilidade mais familiares ao usuário e, dessa forma, motiva e fortalece-o para lidar com

fatores que podem vir a comprometer a sua saúde, evitando complicações, novos agravos e comorbidades (LEMES; NETO, 2017).

A disseminação de informações concernentes a processos de saúde e doença é, portanto, um elemento imprescindível na psicoeducação, mas a técnica não se restringe a elas, ou seja, pressupõe não somente a oferta de orientações específicas sobre determinadas doenças a serem evitadas ou tratadas, mas inclui ainda, no plano psicológico, a devida atenção às crenças, emoções e repertórios de comportamento relacionados às vivências peculiares de cada usuário/família, além de estimular estratégias de *coping* (enfrentamento) aos estressores presentes e questionamento de estereotípicos associados (KNAPP, 2004). Dessa forma, a intervenção pode ser acompanhada pelo uso de variadas estratégias cognitivas e comportamentais, tais como revisão de crenças, resolução de problemas, reforçamento diferencial e identificação de contingências relacionadas a condutas de risco e de proteção à saúde (LEAHY, 2010; BECK, 2013).

Esta combinação de estratégias educativas e psicológicas destaca a importância das contribuições do psicólogo em complemento ou reforço às orientações de outros profissionais da equipe de saúde, o que lhe exige conhecimentos acerca das doenças e tratamentos com os quais lida no seu cotidiano de trabalho, bem como dos determinantes e condicionantes da saúde. Assim, no que se refere à formação e atuação do psicólogo, a relevância desse tema reside, principalmente, na necessidade de ampliação, para além dos modelos clínicos convencionais, de estratégias de trabalho deste profissional com potencial para o fortalecimento de condutas preventivas e de controle de doenças em contextos de atenção primária, seja em nível individual ou grupal (BORGES; SOARES, 2018).

Propostas desta natureza estão em sintonia com a noção de clínica ampliada e compartilhada defendida por Campos (2003), que, em contraponto ao paradigma biomédico, argumenta que o sujeito não pode ser reduzido a riscos e sintomas biológicos e a procedimentos médicos, merecendo ser visto em sua totalidade e não meramente como portador de disfunções físicas ou distúrbios mentais. Nessa ótica, a prática clínica é expandida para além de olhares especializados e saberes são partilhados com a finalidade de identificar e atender ao sujeito em suas variadas demandas e necessidades, considerando ainda seu contexto sociocultural.

Desta forma, uma clínica ampliada baseia-se na escuta ativa e no interesse genuíno pela realidade dos usuários, que tem suas necessidades consideradas e são estimulados quanto

ao desenvolvimento de um grau maior de responsabilização e autonomia em relação aos cuidados com a própria saúde. Torna-se imprescindível para o exercício deste modelo de clínica com foco no sujeito que os profissionais, em equipe, possam identificar a existência de espaços coletivos para reflexão sobre as práticas e a relação com os usuários, alargando suas autopercepções como coprodutores de saúde junto aos indivíduos e às comunidades (CAMPOS, 2003).

A intervenção psicoeducativa contribui para maior conscientização e empoderamento dos usuários acerca dos agravos que vivenciam ou estão em risco de desenvolver (BAUML *et al.*, 2006) na medida em que proporciona que o sujeito seja capaz de conhecer e compreender detalhadamente as características e consequências de doenças, assim como os fatores desencadeantes e mantenedores de sua saúde (CAMINHA; BORGES, 2003). Por conseguinte, enquanto estabelecimento de um fluxo de informações entre profissional e usuário (CALLAHAM; BAUER, 1999), o objetivo primeiro da psicoeducação é fazer deste último um colaborador ativo e um aliado e, conseqüentemente, tornar o procedimento terapêutico mais individualizado e efetivo.

Assim, no âmbito do sistema de saúde, ao oferecer espaços de ensino-aprendizagem sobre determinadas condições ou enfermidades, sobretudo crônicas, a abordagem psicoeducativa se mostra em consonância com as diretrizes de atuação em saúde pública, que prezam pela integralidade do cuidado, pelo envolvimento ativo dos usuários, pela resolutividade das ações e pela humanização da assistência (GOMES, 2010; BRASIL, 2012b). Pode, nesse sentido, constituir-se em um recurso valioso para a educação em saúde, entendida como um processo educativo que possibilita a construção de conhecimentos sobre temáticas calcadas com as necessidades da população, envolvendo um conjunto de práticas que visa contribuir para aumentar a autonomia e o autocuidado (BRASIL, 2012c). Em sentido maior, pode colaborar para o fortalecimento de políticas públicas voltadas para o controle de doenças e transtornos.

Além de destacar o valor social desta temática no âmbito da saúde pública, atrelado ao seu caráter educativo, é necessário apontar a necessidade de mais produções científicas em psicologia no que se refere ao uso da psicoeducação nos cuidados primários, com vistas a produzir saberes sobre e para aperfeiçoamento das práticas psicológicas neste nível da atenção em saúde, sobretudo se considerarmos que grande parte dos trabalhos sobre esta abordagem estão relacionados a transtornos mentais, como esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo. Ademais, também se pode destacar a finalidade de que pesquisas dessa natureza

colaborem para identificar aspectos a serem contemplados na atualização de componentes curriculares de cursos de graduação e pós-graduação, com fornecimento de subsídios para melhor adequação da formação profissional aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em especial, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Diante do exposto, destaca-se a relevância da presente ação investigativa, de forma a elucidar e descrever experiências de uso da intervenção psicoeducativa no exercício profissional do psicólogo, o que poderá, portanto, ser útil para se compreender a aplicação e a funcionalidade da psicoeducação na rotina laboral dos serviços primários e como os usuários podem dela se beneficiar.

CAPÍTULO I

REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta dissertação inicia-se com a apresentação da Reforma Sanitária Brasileira e seus desdobramentos no processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil, abarcando explanações acerca do contexto histórico e de seus conceitos, diretrizes e prioridades. A trajetória realizada pela Reforma Sanitária é exposta, de modo resumido, em seu arcabouço político, social e de organização da discussão de saúde no país, que culminou em um novo modelo - o Sistema Único de Saúde - pautado na garantia da oferta à população de um serviço de saúde universal, equitativo e integral, com foco no fortalecimento e ampliação dos cuidados primários, correspondente ao primeiro nível de atenção.

Em seguida, é abordada a Atenção Básica à Saúde (ABS), no que concerne a suas ações, estratégias e estrutura enquanto campo de cuidados primários no Brasil, que prioriza o acompanhamento de base territorial e de vínculo longitudinal. Ainda nesse contexto, é apresentada a estrutura dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), destinados ao apoio especializado às equipes de Saúde da Família (eSF) no processo de cuidado integral aos usuários, incluindo o suporte em saúde mental, com intuito de diminuição dos encaminhamentos a outros níveis da atenção.

Consequente, é abordada a relevância da educação para a saúde no âmbito dos cuidados primários em saúde, sendo esta apresentada como estratégia voltada para a conscientização dos fatores que afetam à saúde e para a promoção do autocuidado. Parte-se, então, para a psicoeducação como estratégia interventiva com potencial elucidativo nas orientações calcadas no fornecimento de informações e estímulo a reflexões capazes de fomentar ações de natureza preventiva. Por fim, ressalta-se a inserção da Psicologia e dos psicólogos na atenção primária, identificando práticas psicológicas relevantes e a formação profissional que se estima necessária para atuação neste contexto.

1.1 A Reforma Sanitária no Brasil e a criação do Sistema Único de Saúde

Em outubro de 1988, foi instalada a nova Constituição Federal do Brasil, acontecimento que fortaleceu o retorno do processo de regime democrático no país, após longo período de ditadura militar (1964 – 1985). A nova carta constitucional marcou a

transformação da saúde como um direito de cidadania e previu a criação de um sistema público de saúde unificado e de acesso universal, que foi efetivado na forma da Lei 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990a). A implantação gradual do Sistema Único de Saúde, o SUS, ocorreu com a proposta de desenvolvimento dos serviços de saúde no setor público de modo descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com atuação nos três níveis de atenção em saúde – primário, secundário e terciário -, e enfoque prioritário na prevenção de agravos e na promoção da saúde (PEREIRA, 1996).

Até então, o Brasil encontrava-se envolto em um sistema cindido entre a medicina de cunho previdenciário e a saúde pública. O primeiro formato estava calcado em ações voltadas aos trabalhadores formais, na zona urbana. A saúde pública, por sua vez, era comandada pelo Ministério da Saúde, com maior atenção às zonas rurais e aos setores mais empobrecidos da população, tendo como foco principalmente as ações de caráter preventivo. Havia, portanto, uma dimensão excludente do acesso à atenção à saúde antes do SUS.

Na época, portanto, os modelos de trabalho em saúde estavam organizados como médico-assistencial privatista e de vigilância à saúde. O primeiro era caracterizado pelo atendimento individual, que priorizava a doença instalada e sua cura (PAIM, 2003). O segundo modelo era vinculado ao trabalho epidemiológico e as ciências sociais em saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Na trajetória da saúde no país, o SUS surge como um dos legados da reforma sanitária brasileira (PAIVA; TEIXEIRA, 2014), amplo movimento político e social que teve origem na segunda metade dos anos 1970 com engajamento na luta por introduzir mudanças significativas na organização do sistema de saúde (RODRIGUEZ NETO, 1997; ESCOREL, 1999; PAIM, 2008). A Reforma Sanitária, enquanto um movimento ancorado em transformações em esfera social ampla, previa:

a) a garantia constitucional do direito universal à saúde; b) o reconhecimento dos determinantes sociais que envolvem o processo saúde-doença; c) a luta pela constituição e reformulação de um campo de saber que respeita a diferença, com a pretensão de ser multiparadigmático, interdisciplinar e interprofissional; d) a luta pela efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza ampliação e acesso dos usuários aos serviços ofertados, além da reorientação das práticas e a criação de ferramentas sobre gestão democrática e de controle social, em consonância a lógica que coloca o usuário como central do sistema de saúde, com a garantia de seus direitos, humanização do acolhimento e cuidado no tratamento (FLEURY, 2009, p. 750).

Dentre as ações vinculadas ao movimento sanitário brasileiro, estava o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, o PIASS (ESCOREL, 1999). Programa

lançado em agosto de 1976, vinculado ao Ministério da Saúde, o PIASS correspondia a uma iniciativa de investimentos que tinha como alvo expandir a rede de atenção primária de saúde voltada para municípios do interior. O programa visava dois grandes propósitos: ampliar a cobertura dos serviços médicos, com ênfase nas áreas rurais, e focalizar nos cuidados primários em saúde, compreendendo a regionalização da assistência médica e da atenção de maneira descentralizada e hierarquizada. Com proposta de ampliação da atenção médica, o PIASS identificava, como uma outra ação, formar e capacitar pessoal técnico e auxiliar para a saúde. Para atender a essa demanda, foi criado o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, o PPREPS, que deveria apoiar a formação descentralizada de recursos humanos em saúde, em níveis diferentes, apoiando também a criação de gestão de recursos humanos no interior do nordeste do Brasil (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006; NUNES, 2007; PAIVA; PIRES-ALVES; HOCHMAN, 2008).

As ações do movimento da reforma sanitária brasileira sofreram influência também do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, um movimento criado por um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo com vistas ao debate em saúde (ESCOREL, 1999; SOPHIA, 2012a; 2012b). Neste mesmo contexto, em setembro de 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) foi criada como organizadora dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, saúde coletiva e medicina social, sendo realizado o primeiro simpósio sobre Política Nacional de Saúde, evento promovido com o intuito de discutir e sintetizar as reivindicações do movimento sanitário. Na realização desse simpósio, foi aprovado um documento que preconizava princípios adotados pela reforma sanitária, sendo eles: o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel do Estado na regulação do mercado de saúde; a regionalização, a descentralização e a hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e a integração entre saúde pública e saúde previdenciária (CEBES, 1980).

Tanto a ABRASCO como o CEBES foram essenciais para o processo de construção identitária relacionada à saúde coletiva no país, atuando de modo transformador e decisivo para a democratização da saúde. Desta maneira, o movimento da reforma sanitária foi marcado pela pluralidade de saberes e perspectivas que lançavam críticas às práticas até então vigentes em saúde pública. Desta forma, passaram a defender a participação social, a promoção da saúde e a consequente melhoria da qualidade de vida da população em geral. A

meta era um sistema de saúde unificado e universal ao invés da divisão entre saúde pública e medicina previdenciária (LIMA; SANTANA, 2006; SOPHIA, 2012a; 2012b).

Como lembra Luz (1994), a década de 1980 foi um período marcado por discussões políticas e acadêmicas, quando foram observados debates e posicionamentos acerca das necessidades e anseios da população, com participação de movimentos sociais na defesa de avanços democráticos na área da saúde, o que impulsionou, no ano de 1986, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. Os planos discutidos neste evento, em sintonia com as demandas provenientes do movimento sanitário, pautavam-se no fortalecimento do setor público de saúde, na expansão da cobertura a todos os cidadãos e na proposta de integração entre a medicina previdenciária e a saúde pública (RODRIGUEZ NETO, 1997; LIMA; SANTANA, 2006; SOPHIA, 2012a; 2012b).

Esta Conferência contou com a participação de integrantes de diferentes setores da sociedade e abriu caminhos que resultaram na reforma do sistema de saúde brasileiro. Objetivava-se um modelo ideário, cuja proposta vinculava-se a ampliação da saúde a todos os brasileiros e também a melhoria das condições sanitárias, assegurando o direito de cidadania e a democratização da sociedade. Dentre seus principais temas, estavam presentes o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado como dirigente desse processo, além da reformulação nacional de saúde e o consequente financiamento do setor. Outros temas discutidos foram a participação da população nas decisões de saúde (controle social) e a hierarquização dos cuidados médicos de acordo com sua especialização e complexidade (PAIM, 2008). As proposições citadas articulavam-se com as agências internacionais de saúde (OPAS-Organização Pan-Americana de Saúde e OMS), que, através da Conferência de Alma-Ata, em setembro de 1978, propuseram a ampliação da atenção primária como proposta para atingir a meta de saúde para todos até o ano 2000 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Tratando-se da história da saúde no Brasil, percebe-se, portanto, que o SUS foi conquista de movimentos que contavam com lideranças políticas e intelectuais, além das militâncias populares e estudantis, apesar das dificuldades provenientes da assistência médica privativa e da indústria farmacêutica, que viam ameaças em relação ao mercado consumidor (CAMPOS, 1988). Dessa forma, o processo da reforma sanitária colaborou de modo decisivo para a constituição de um sistema de saúde único e descentralizado, com ênfase na municipalização da saúde.

Instaura-se, portanto, um novo modelo assistencial com a criação de um sistema de saúde pautado pelos princípios doutrinários da universalidade, da equidade e da integralidade. A universalidade assegura que todas as pessoas têm direito de acesso ao sistema de saúde, independentemente de cor, raça ou crenças; a equidade prega que todo cidadão perante o sistema é igual e deve ser atendido conforme suas necessidades; e a integralidade tem como premissa a oferta de ações em saúde voltadas para todos os níveis (promoção, proteção, e recuperação), devendo o indivíduo ser compreendido integralmente em suas necessidades físicas, psíquicas e sociais (PIMENTA; LEANDRO; SCHALL 2006).

Dentre os princípios organizativos do SUS, destaca-se a descentralização das decisões a nível local, que envolve um processo de municipalização, bem como a regionalização e hierarquização da atenção em três níveis, correspondentes a baixa (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatórios de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários). Como ressalta Carvalho (2001), a prática da descentralização das ações delega aos municípios a organização dos serviços, com responsabilidades pelo planejamento e gestão das atividades em saúde.

Ganha importância também o Controle Social, vinculado à participação popular no controle do sistema, conduzidos por conselhos deliberativos criados em todos os níveis de gestão. De acordo com a Lei Federal nº 8.142, de 1990 (BRASIL, 1990b), o Conselho de Saúde é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Como colegiado, possui caráter deliberativo com atuação na formulação de estratégias e no controle da política pública correspondente em nível federal, estadual, municipal e local.

Em resumo, a partir da Constituição Federal de 1988, os direitos sociais foram garantidos por lei e a capacidade de ofertar serviços públicos à população foram redefinidos. Neste novo cenário, ampliou-se a abordagem aos processos saúde-doença e o contexto social e suas implicações passaram a ser compreendidos como determinantes das condições de saúde e de vida (BRASIL, 2009a). Por este prisma, considera-se que a saúde se refere a um estado de bem-estar biopsicossocial, que tem relação com o ambiente material e a realidade afetiva, familiar e social dos indivíduos (DEJOURS, 1986).

Nesta conjuntura, prega-se, como estratégias importantes do SUS, que o campo da saúde não pode se restringir à assistência médica, mas sim deve contemplar ações interdisciplinares e intersetoriais, envolvendo diferentes áreas do saber, além de articular

dimensões de trabalho, lazer, habitação, cultura e educação (MENDES, 1996). Ganha destaque, assim, a atenção primária em saúde, com foco na territorialização e no trabalho multiprofissional, que passa a se constituir como a principal *porta de entrada* e o centro articulador do acesso dos usuários ao sistema de saúde.

1.2 A Atenção Básica em Saúde e as contribuições potenciais do NASF-AB

Com a reorganização dos serviços de saúde no Brasil, os novos modelos propostos passaram a preconizar, a partir dos anos 1990, a garantia da gestão democrática das instituições de saúde, o acesso amplo aos serviços e o fortalecimento de vínculos com os usuários (CARVALHO; CAMPOS, 2000; PAIM, 2003). Nesse contexto, a Atenção Primária em Saúde (APS) no país passou a ser desenvolvida, conforme sua proposição, 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 (BRASIL, 2012b).

A APS constitui o primeiro nível de contato da população com o sistema nacional de saúde. Atua, portanto, como uma forma de organização dos serviços de saúde e como o nível de atenção mais próximo ao contexto social dos usuários, com práticas fundamentadas na análise e busca pela resolução das necessidades em saúde da população e no seu acompanhamento longitudinal. Seu foco recai não sobre a doença, mas se volta para os indivíduos, famílias e comunidade, com vistas à promoção e manutenção da saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2007).

Enquanto porta de entrada, os serviços de saúde na atenção primária constituem os primeiros recursos a serem buscados e utilizados diante da vivência de cada novo agravo à saúde, sendo os usuários encaminhados para outras instâncias quando necessário. Por conseguinte, este nível de cuidado forma a base e determina o trabalho dos outros níveis dos sistemas de saúde, organizando e racionalizando o uso de recursos - básicos e especializados - que tem por finalidade a promoção, manutenção e melhoria da saúde. A partir da identificação dos problemas de saúde mais comuns na comunidade, oferece serviços que vão da prevenção à reabilitação (BRASIL, 2007).

De fato, a execução de ações, em nível individual e coletivo, na APS busca desenvolver estratégias de promoção de saúde, além de prevenção, diagnóstico e tratamento

de agravos à saúde de maneira integrada aos outros serviços assistenciais. Ademais, abarca a participação social como incentivo para práticas de cuidado e gestão, favorecendo a autonomia dos que utilizam o serviço (OMS, 1978; STARFIELD, 2002; BRASIL, 2006; 2009b; CAMPOS; AMARAL, 2007).

A necessidade de reorientação dos serviços de saúde pública com ênfase nos cuidados primários foi ressaltada na elaboração de dois importantes documentos, tendo por base a compreensão de saúde não mais como ausência de doenças, mas como um estado de bem-estar biopsicossocial resultante de variados fatores: a Declaração de Alma-Ata, em 1978, e a Carta de Ottawa, em 1986. Na Declaração de Alma-Ata, priorizou-se os serviços de saúde, as necessidades da população e a participação desta na tomada de decisões. Os componentes fundamentais da APS foram explicitados como educação em saúde, saneamento ambiental, saúde materno-infantil, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais e promoção de boa nutrição (STARFIELD, 2002).

Já a Carta de Ottawa, avançando nas discussões sobre os cuidados primários, enfatizou os serviços intersetoriais necessários para a promoção da saúde, tais como educação, moradia, paz, alimentação, renda, estabilidade do ecossistema, justiça social e equidade. Na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que culminou com a conclusão e divulgação da referida Carta, a promoção da saúde foi definida como capacitação e participação da população para poder atuar na melhoria da própria saúde e qualidade de vida (STARFIELD, 2002). Nessa perspectiva, a APS busca promover ações interdisciplinares com vistas a produzir melhores condições de vida e saúde para indivíduos, grupos e comunidades (CONTINI, 2001; SAFORCADA, 2002).

De acordo com Starfield (2002), os cinco princípios básicos que orientam a APS são: 1) acessibilidade, mediante a oferta de serviços de variados tipos e próximos geograficamente da comunidade; 2) abrangência, traduzida na ampla oferta de ações, sem que haja distinções; 3) coordenação, com as estratégias de ação baseadas em um sistema de avaliação e informação; 4) continuidade, que permite o desenvolvimento de um relacionamento com a comunidade de modo consistente e de longo prazo e 5) responsabilidade, baseada na interação com a comunidade a respeito dos serviços ofertados, fornecendo esclarecimento do trabalho realizado pela equipe e também sobre a maneira de atuação condizente a cada comunidade.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que teve sua nova versão aprovada em 2017¹, destacou a atenção primária como porta de entrada e ponto inicial do SUS (BRASIL, 2006). A Atenção Básica à Saúde (ABS), conforme também é denominada a APS no país, é descrita como um conjunto de ações de saúde, tanto individuais como coletivas, que abrangem todos os níveis de atenção em saúde: a promoção e proteção da saúde, a prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, a reabilitação e a redução de danos. Seu objetivo maior consiste em propiciar uma atenção integral capaz de impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, portanto, são desenvolvidas ações amplas de promoção de saúde, bem como medidas específicas para se prevenir ou diagnosticar doenças o mais precocemente possível, além de incluir ações integradas de cuidado a pessoas com doenças crônicas, transmissíveis e não transmissíveis, tendo por objetivo obter o controle do avanço da enfermidade, com seus riscos de complicações e comorbidades, e melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas acometidas.

Em consonância com os princípios do SUS, as diretrizes da ABS voltam-se para a universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. De acordo com a PNAB, entende-se que suas ações (programáticas e por demanda espontânea) devam ser realizadas no território, com qualidade, de forma acolhedora e resolutiva, por equipes multiprofissionais preparadas para atender às demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância da população adscrita. Para tanto, são utilizadas tecnologias de cuidado complexas e variadas, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o compromisso de acolher toda demanda ou sofrimento (BRASIL, 2012b).

A PNAB define como prioritárias a consolidação e a qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada, em 1994, com a antiga denominação de Programa de Saúde da Família. A ESF pauta, de maneira organizativa, as práticas construídas na atenção primária (CAPISTRANO FILHO, 1999), tendo como direcionamento a proposta de trabalho em equipe. A equipe mínima deve ser composta por médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

¹ A Política Nacional de Atenção Básica teve sua primeira versão aprovada em 28 março de 2006 mediante a Portaria Nº 648/GM. Entre 2015 e 2017, ocorreu um processo de revisão da PNAB, que culminou na aprovação de um novo texto, aprovado pela Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

Algumas equipes incluem também cirurgião-dentista e/ou técnico em saúde bucal. Cada equipe deve ser referência para aproximadamente 1000 famílias, circunscritas em território definido das unidades de saúde da família.

O comprometimento das equipes que compõe a ESF deve estar direcionado ao cuidado da saúde de famílias de forma humanizada e com práticas resolutivas. Para tanto, é necessário priorizar o estabelecimento do vínculo de confiança, fortalecer a descentralização dos serviços e a democratização aos acessos, incentivar a participação social para construção da saúde, reforçar o direito a saúde como requisito para cidadania e trabalhar de forma conjunta com as comunidades no intuito de fortalecer as ações entre os setores.

Com vistas à maior abrangência das ações e a oferta de apoio efetivo às equipes de Saúde da Família (eSF) e outras modalidades de equipes de atenção básica, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) mediante a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009b). Posteriormente, esta Portaria foi suprimida e o NASF passou a ser regulamentado pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Em 2017, a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro, ao estabelecer a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, renomeou o NASF como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), definindo-o como equipe multiprofissional composta por variadas profissões e especialidades da área da saúde, que atuam de maneira interdisciplinar e integrada para complementar as ações e dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes que atuam na ABS (BRASIL, 2017).

Como proposta inovadora, o NASF envolve, portanto, um arranjo organizacional em que equipes constituídas por diversos profissionais de distintas áreas do conhecimento atuam de maneira integrada e em parceria com as equipes da atenção básica, oferecendo-lhes apoio técnico especializado. Nesta parceria, o saber dos especialistas possibilita base assistencial e viabiliza o suporte técnico-pedagógico às equipes e profissionais de referência, que são responsáveis pela atenção direta e continuada de uma população definida (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Diferentes categorias profissionais de nível superior podem compor o NASF, sendo elas: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional e profissional de saúde sanitária. As especialidades dos profissionais que integram cada equipe NASF são definidas previamente por gestores locais a

partir da identificação de demandas nos territórios onde estão inseridos e pelos quais são responsáveis (BRASIL, 2010).

Por conseguinte, o NASF complementa o trabalho na Atenção Básica, colaborando para a ação integral do cuidado aos usuários dos serviços de saúde em cada território. Está dividido em nove áreas estratégicas: práticas integrativas e complementares; atividade física e práticas corporais; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). O psicólogo atuante no NASF tem como proposta de trabalho integrar conhecimentos acerca da saúde mental às ações da saúde de modo geral, colaborando para a ampliação de estratégias destinadas ao cuidado em saúde.

As modalidades de organização do NASF estão assim definidas: NASF 1, NASF 2 e NASF 3. O NASF 1 tem em sua composição a participação de, no mínimo, cinco profissionais ou especialistas, devendo atender de 5 a 9 eSF. O NASF 2 é composto por, no mínimo, três profissionais, sendo responsável pelo atendimento de 3 a 4 eSF. O NASF 3, criado pela Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, abriu a possibilidade de qualquer município fazer a implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma eSF (BRASIL, 2010; 2012).

O NASF configura-se como equipe de apoio e não como porta de entrada, na medida em que, como já mencionado, sua função principal não está nas atividades clínico-assistenciais, mas sim em oferecer auxílio, capacitação e suporte às eSF, ampliando as ações desenvolvidas por estas nos territórios (BRASIL, 2008; 2009b; 2010). Desta maneira, o modelo preconizado pelo NASF rompe com o paradigma assistencial individualizado, identifica a corresponsabilidade e gestão como partes do processo de cuidado e compreende cada usuário em sua singularidade, a ele destinando um projeto terapêutico específico com vistas a construção do cuidado integral.

O desenvolvimento de suas ações visa a promoção e a manutenção da saúde, tendo por foco a educação permanente e o fortalecimento de estratégias interdisciplinares e intersetoriais (BRASIL, 2009). Ao compartilhar o trabalho junto às equipes multiprofissionais de referência, busca contribuir para a ampliação de espaços que primam pela comunicação, troca de saberes e co-responsabilização dos casos na atenção primária (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Nesta vertente, o NASF, como equipe multiprofissional de apoio, fornece suporte matricial às equipes de referência – eSF –, tendo esta ação como fundamental na funcionalidade do trabalho em saúde (CAMPOS, 1998). A equipe NASF, nesse sentido, assegura o auxílio especializado às equipes mínimas e aos profissionais de maneira interativa, trabalhando com o conceito de campo no qual especialistas apoiam-se mutuamente com o objetivo de ampliação de suas práticas (FORTES; BALLESTER, 2012). As ações, portanto, são realizadas de maneira compartilhada, o que modifica as atividades horizontalizadas, interliga de forma equânime os serviços de atenção à saúde e relaciona os níveis assistenciais (CAMPOS, 1999; MENDES, 2011).

Portanto, o matriciamento possui caráter clínico no que se refere ao cuidado com o usuário, bem como analisa o contexto territorial, levando em consideração os recursos comunitários e a rede de cuidados, além de focar a educação permanente, que possibilita troca de conhecimento entre especialistas e generalistas em suas ações. Em síntese, a integração entre as equipes - de referência e de apoio - destina-se ao cuidado integral, a partir da complementariedade das práticas voltadas à promoção, prevenção, assistência e reabilitação em saúde, além da organização e coordenação da rede que envolve cuidados vinculados ao acompanhamento longitudinal dos usuários do serviço, com foco no aumento da resolutividade das demandas e, conseqüentemente, na diminuição de encaminhamentos para outros níveis de atenção (BRASIL, 2008; 2009b). O sujeito é colocado como centro da co-produção do cuidado em saúde, definindo-se como protagonista neste processo (CUNHA; CAMPOS, 2010). Busca-se, dessa forma, a integração de redes de atenção e cuidado e a superação de uma lógica de saúde fragmentada (BRASIL, 2009).

1.3 A inserção da Psicologia e as contribuições do psicólogo na ABS

A inserção da Psicologia junto aos hospitais gerais iniciou-se entre os anos de 1954 e 1957, através da implantação do Serviço de Psicologia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SEBASTIANI, 2000). A atuação do psicólogo era, no entanto, mais presente em serviços de saúde mental, onde contribuía para a promoção da saúde mental e para identificar, através de um instrumental teórico-prático, situações de risco propiciadoras de transtornos mentais. Contudo, a expansão da participação de psicólogos no campo da saúde pública está relacionada aos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, ocorridos no Brasil no Século XX, sobretudo nas décadas de 1970 e

1980, quando a inclusão destes profissionais junto às novas formas de abordagem ao usuário dos serviços de saúde, sobretudo mental, fizeram-se pertinentes (DIMENSTEIN, 1998; VASCONCELOS, 1999). Nota-se, então, o maior interesse pelo psicólogo por parte dos órgãos públicos, aumentando a contratação desse profissional. No final dos anos 70, já se observava um intenso movimento de absorção de psicólogos no campo da saúde pública, sendo que em 1976 havia 723 psicólogos inseridos em equipes de saúde em todo o país. Em 1984, o número chegou a 3.671 profissionais (MACHADO *et al.*, 1992).

Essa inserção do psicólogo no contexto da saúde pública aconteceu, em grande parte, em decorrência da crise financeira da década de 1970, que afetou a classe média e a consequente procura pelos atendimentos clínicos em consultório. Com o advento da Reforma Sanitária, verificaram-se ainda mudanças de paradigmas em saúde, com a atenção dos profissionais se voltando, cada vez mais, para demandas relacionadas a doenças crônico-degenerativas e que envolviam a saúde coletiva (MENDES, 2006). Nesse cenário, em que a crise no modelo assistencial-privatista se fazia presente, a psicologia encontrou possibilidade de ampla atuação, onde, até então, restringia-se apenas a ambulatórios e hospitais, em especial os psiquiátricos, com intervenções pontuais (BOCK, 1999).

A Psicologia, incorporando-se ao contexto de luta junto aos movimentos sociais, passou a atuar como parte do campo da saúde (BOCK, 1999). Após o surgimento de uma nova visão sanitária no país, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram expandidas com objetivos pautados na promoção, manutenção e recuperação da saúde, através de um atendimento integral dirigido à população (JACKSON; CAVALLARI, 1991). Em virtude da valorização e defesa da atenção integral ao usuário, surge a necessidade de uma nova consciência em saúde, compreendendo o processo saúde-doença em uma visão socioecológica, e de ampliação da equipe multiprofissional.

Em referência aos profissionais de saúde e suas distintas atribuições, faz-se necessário o trabalho pautado na ação recíproca, característica da atuação interdisciplinar, que traz a possibilidade do enriquecimento mútuo e a horizontalização entre os campos e saberes. Para que a relação interdisciplinar possa ser estabelecida, é preciso a identificação de objetivos comuns, de modo a permitir o compartilhamento de conceitos e práticas (ALMEIDA FILHO, 1997). Portanto, ao invés de ações isoladas, busca-se oferecer oportunidades para a produção de trabalhos conjuntos, em que uma profissão não se torne hegemônica em relação a outros saberes (RONZANI; STRALEN, 2003; RIBEIRO, 2003).

Nessa perspectiva, o Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, apoiou o primeiro levantamento relativo à prática do psicólogo em UBSs. O relatório identificou como as ações de maior ocorrência das práticas psicológicas nestas unidades a psicoterapia de adulto, o psicodiagnóstico, a ludoterapia, e a orientação a gestantes e hipertensos (ALBUQUERQUE, 1978). Desta mesma forma, Oliveira *et al.* (2004) procuraram identificar como as ações psicológicas são realizadas no SUS. Através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA – SUS), constataram que o modelo tradicional da Psicologia tem sido amplamente reproduzido com a prática psicoterápica, sendo o próprio serviço de saúde reforçador dessa prática, dificultando a ampliação de novas ações psicológicas na atenção primária. O trabalho em nível de atendimento à comunidade mostrou-se, portanto, ser um grande desafio, frente às dificuldades na adequação ao modelo de intervenção proposto, considerando as características da clientela a ser atendida e a demanda por ações diferenciadas daquelas para as quais os profissionais eram melhor formados e estavam mais acostumados, notoriamente de natureza clínica.

Em amplo aspecto, a Psicologia em seu envolvimento com as questões de saúde tem necessitado de uma revisão acerca de seus conceitos e ações tradicionais, estas últimas identificadas muitas vezes como práticas isoladas. De fato, o trabalho profissional em Psicologia tem sido predominantemente calcado em questões teórico-práticas que se limitam às teorias terapêutico-curativas, com enfoque da psicologia clínica, o que acarreta num reducionismo em torno do processo saúde-doença ou a “psicologização” desse fenômeno. A partir dessa representação da psicologia atrelada à prática clínica, muitos profissionais reduzem o seu fazer, desconsiderando possibilidades de atuações de importância social e promotoras da saúde em âmbito coletivo (DURÀN-GONZALES, HERNANDEZ-RINCON; BECERRA-APONTES, 1995; DIMENSTEIN, 2000; DIMENSTEIN, 2001; SPINK, 2003; BENEVIDES, 2005). Conforme Oliveira *et al.* (2004), o modelo clínico tradicional tem sido um fator predominante no que se refere ao percurso acadêmico dos psicólogos no Brasil e a psicoterapia, exercida de maneira individualizada, tem sido difundida como sinônimo de atuação psicológica.

Diante do exposto, as psicoterapias individuais são muitas vezes utilizadas como ferramenta única e exclusiva de atuação do psicólogo, independente da instituição a que este profissional esteja vinculado (DIMENSTEIN, 2000; 2001; CONTINI, 2001; SPINK, 2003). Silva (1992) argumenta que o problema reside, sobretudo, no fato dessa aplicação se tornar exclusiva e de difícil sistematização entre os psicólogos, denotando pouco conhecimento

sobre o papel do profissional em nível da atenção primária, sendo a teoria proveniente do modelo tradicional utilizada com rigidez e destinada para o trabalho correspondente a todo grupo sociocultural.

De fato, a atuação do psicólogo na ABS não pode ser definida como uma transposição do trabalho em consultório particular para as instituições de saúde pública, sem que haja contextualização e adequação aos lócus e necessidades existentes nesse contexto. Assim, os profissionais apontam dificuldades em adaptar sua prática de trabalho à realidade que se faz presente e à população atendida nesses novos espaços, o que leva os autores na área a defenderem a necessária contextualização das ações às diretrizes da ABS e à realidade sociocultural das comunidades (DIMENSTEIN, 2000; BENEVIDES, 2005). Nesse sentido, busca-se uma reformulação da prática psicológica e tornar a Psicologia uma disciplina de relevância social para além da prática em saúde mental, de forma a contribuir para promover saúde em amplo aspecto (DIMENSTEIN, 2000; DIMENSTEIN, 2001; SAFORCADA, 2002; CALATAYUD, 2002; SPINK, 2003; CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

Dessa forma, o psicólogo vem se inserindo em diversos serviços e programas da ABS, oferecendo seu apoio teórico-metodológico às equipes ali atuantes, em articulação interdisciplinar, com atenção dirigida a questões de relevância social, com enfoque voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças, com vistas ao bem-estar tanto individual como da comunidade (DURÀN-GONZALES *et al.*, 1995; DIMENSTEIN, 1998; DIMENSTEIN, 2000; DIMENSTEIN, 2001; TRAVERSO-ÝEPEZ, 2001; SPINK, 2003; BENEVIDES, 2005; CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

Essas novas concepções e modos de atuação permitem ao profissional ir além do enfoque na doença, atentando-se para a saúde e o bem-estar e colaborando, por consequência, com o desenvolvimento social e o atendimento a necessidades da população atendida. Como exemplo de prática em ABS, Ronzani e Stralen (2003) relatam o trabalho com grupo de pessoas que se deparam com o estigma social em decorrência de alguma doença, o que ocasiona prejuízos à qualidade de vida. Nesse sentido, a aproximação e intervenção do psicólogo mostra potencial para oportunizar resultados satisfatórios no que se refere ao bem-estar da população usuária dos serviços de saúde.

A psicologia da saúde de base sócio comunitária permite, mediante seu aporte teórico-prático, que o trabalho em ABS alcance melhor compreensão das situações sociais das comunidades. Desta maneira, oportuniza debates e reforça suas contribuições para um

trabalho educativo e conscientizador, capaz de levar a população a criar, através de suas percepções e meios, condições para melhoria de suas condições de vida, sendo a própria população motivada a busca por essas transformações. Neste contexto, destacam-se ações do profissional que proporcionam o desenvolvimento de competências sociais, com propostas de atendimento diferenciadas do modelo clínico tradicional (ANDERY, 1984).

De acordo com Duràn-Gonzalez *et al.* (1995), o psicólogo atuante na ABS pode se tornar um profissional essencial para possibilitar a comunidade autonomia em relação ao autocuidado, atuando ainda como articulador entre equipe de saúde e população. Os autores apontam as seguintes funções deste profissional nos cuidados primários: desenvolvimento de diagnósticos acerca dos aspectos psicossociais relacionados a problemas de saúde; desenvolvimento de trabalhos de prevenção de doenças; oferta de apoio psicológico a populações em risco; desenvolvimento de programas educativos articulados aos problemas de saúde verificados nas comunidades; avaliação contínua dos resultados dos trabalhos; e integração das atividades, mediante a identificação das tarefas realizadas e dos componentes da equipe, direcionando responsabilidades.

Sendo assim, a inserção da psicologia enquanto ciência e ação profissional na ABS tem buscado ir além dos moldes clínicos tradicionais, com desenvolvimento de novos modelos de atuação, em que se preza uma maior integração do psicólogo nas equipes de saúde, rompendo as dificuldades deste profissional para atender demandas que se fazem presentes na saúde pública, de modo a ir além de aspectos inconscientes ou existenciais das pessoas atendidas e a agir em conformidade com os princípios preconizados pelo SUS. Nesse sentido, é preciso que pesquisas científicas ajudem a validar novas formas de ação em saúde pública, verificando possibilidades e eficácia de estratégias destinadas à população usuária da ABS, com resgate da cidadania do público atendido e busca por um enfoque mais educativo e preventivo.

1.4 A educação para a saúde no âmbito dos cuidados primários

A ABS se apresenta como contexto privilegiado para a construção de novas práticas educativas (VASCONCELOS, 1999). De acordo com Mendes (2006), os serviços oferecidos neste nível da atenção precisam adotar tecnologias que contemplem conhecimentos, habilidades e técnicas favorecedores da proteção e melhoria da saúde da população. É no

âmbito dos cuidados primários, portanto, que a educação em saúde ganha força e sentido, considerando que constitui no ensino de um conjunto de saberes e práticas voltadas para a promoção da saúde e para a prevenção e controle de doenças. Trata-se, portanto, de um recurso no qual o conhecimento científico produzido no campo da saúde é utilizado pela equipe multiprofissional com a pretensão de atingir a vida cotidiana dos usuários mediante o auxílio na compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença e a oferta de subsídios para novos hábitos e condutas de saúde (COSTA; LÓPEZ, 1996). Desse modo, busca-se, a partir das atividades educativas, estimular o engajamento e participação das pessoas em assuntos relacionados a sua saúde e qualidade de vida.

No âmbito das práticas educativas em saúde, destacam-se duas linhas de ação que influenciam os projetos e programas na área: a abordagem preventiva e a promoção de saúde. A primeira linha refere-se à aprendizagem sobre doenças, riscos e formas de controle, enquanto a segunda é condizente aos fatores sociais, condições ambientais relevantes para a manutenção da saúde das pessoas (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

Na década de 1980, Cleary (1988) defendia a prática educativa como uma intervenção viável, capaz de facilitar a aprendizagem e a mudança de comportamentos favoráveis à manutenção da saúde ou prevenção de doenças, podendo ser exercida por especialistas em educação em saúde, descritos como aqueles profissionais que buscam ampliar seu potencial quanto à aprendizagem e a tomar decisões informadas a respeito de assuntos relacionados à saúde/doença. No entanto, segundo esta autora, na educação em saúde as pessoas aprendem não somente através de experiências de aprendizagem planejadas, sendo possível esta ocorrer também por experiências informais, considerando que ações do profissional podem "educar" o usuário sobre assuntos e problemas de saúde mesmo que não tenha a intenção clara de fazê-lo, sendo importante, nesse sentido, que os profissionais da saúde pública e do atendimento médico entendam suas funções educativas e seu papel na educação em saúde. Nessa linha, Smeke & Oliveira (2001) ressaltam que todo profissional de saúde exerce o papel de ser também um educador em saúde.

No esforço de diferenciação entre os conceitos de educação em saúde e de promoção em saúde, comumente confundidos, Candeias (1997), recorrendo aos escritos de Green e Kreuter (2000), explicam que as práticas educativas em saúde dizem respeito a combinações de experiências de aprendizagem sistematicamente planejadas para favorecer a realização voluntária de ações de uma pessoa, grupo ou comunidade no sentido de gerar saúde. Nessa acepção, determinantes do comportamento humano são combinados com experiências de

aprendizagem e de intervenções educativas, em um processo composto por atividades planejadas com a finalidade de predispor e reforçar, sem coerção, o alcance dos objetivos que orientam o trabalho educativo, os quais devem ser plenamente compreendidos e aceitos pelos sujeitos a que se destinam. Por outro lado, a promoção em saúde é entendida como uma *combinação* de apoios tanto educacionais como ambientais que buscam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde.

Conforme Candeias (1997), programas, atividades e procedimentos podem constituir propostas de natureza tanto educacional como promocional, sendo que em ambos os casos o propósito é alcançar melhores níveis de saúde da população em questão. Em termos práticos, a educação em saúde pode ser vista como uma atividade-meio, pois compreende somente uma parte das atividades técnicas direcionadas para a saúde, referindo-se à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que podem ter como ambiente de aplicação a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico ou a comunidade. Como material produzido para promover conhecimento em saúde, existe certa quantidade de recursos tecnológicos disponíveis, como vídeos, cartazes, panfletos, jogos, dentre outros.

Em contraponto, a educação em saúde realizada na forma tradicional consiste na mera transmissão de informações, sem nenhuma reflexão crítica. Neste método, informações padronizadas são comunicadas de forma prescritiva e verticalizada, através de palestras que abordam, por exemplo, a prevenção de alguma doença, sem atentar para a realidade pessoal ou sociocultural dos indivíduos. Destes é esperado apenas que obedeçam às orientações recebidas dos profissionais de saúde. Quando as normas não são executadas, são vistos como culpados pelos agravos a saúde que os acometem, sem consideração aos fatores sociais, culturais e financeiros que intervêm no processo. O profissional, então, é isentado de sua responsabilidade e outros fatores não são reconhecidos como influentes nas condições de saúde da população (MACIEL, 2009; FALKENBERG *et al.*, 2014).

Em seu modelo tradicional, a educação em saúde no Brasil, conhecida a princípio como educação sanitária, ganhou notoriedade no final do século XIX e início do Século XX, atrelada ao propósito de controle de doenças infectocontagiosas (MACIEL, 2009). Tais práticas e concepções foram concebidas em virtude da necessidade de conhecimentos relacionados a epidemias de varíola, peste, tuberculose, febre amarela, entre outras doenças, instalada nos grandes centros urbanos, acarretando transtornos para a economia agroexportadora (SMEKE; OLIVEIRA, 2001). Como fato ilustrativo desse período, foi implantada a polícia sanitária, liderada por Osvaldo Cruz, que através de recursos da

vacinação compulsória buscava o controle da disseminação de doenças, além da vigilância em relação a atitudes e moralidade da classe subalterna.

Essa proposta higienista, portanto, reduziu os agravos a saúde ao controle de agentes biológicos, causadores ou transmissores de doenças, tornando o sujeito responsável por sua condição. De fato, em diferentes momentos históricos, saberes e práticas educativas em saúde foram relacionados a um discurso higienista e moralista, ligado a intervenções reguladoras e normalizadoras. Segundo Costa (1987), nesse modelo, a educação em saúde e seus temas ficavam vinculados ao Estado e as relações de poder estabelecidas entre as classes sociais com o propósito de desenvolvimento das ordens produtivas. Com esse caráter regulatório, a educação em saúde foi utilizada como estratégia de controle e enquadramento sobre comportamentos, hábitos e discursos das classes subalternas, bem como de controle do discurso relativo ao uso do saber que era estranha a visão do corpo, da doença, da saúde e do restante que não se enquadrava na maneira “correta” de andar a vida.

Mas, a partir da década de 1940, mudanças foram sendo verificadas neste campo. Os indivíduos antes culpabilizados pelos processos de doença, passam a ter valorizadas suas participações em atividades educativas voltadas para a saúde. No início da década de 1960, com o advento da Medicina Comunitária, passa a se compreender como necessária a participação da comunidade na solução dos seus problemas de saúde. Desta maneira, a educação em saúde comunitária preconizava que as comunidades seriam as responsáveis pela administração de seus conflitos e, portanto, os sujeitos deveriam ser conscientizados da importância de suas participações. Entretanto, os fatores sociais ainda não estavam na pauta das discussões (VASCONCELOS, 2001).

Durante a década de 1970, são evidenciados movimentos que tinham como paradigma norteador o rompimento com a tradição autoritária e normalizadora que envolvia os serviços de saúde e a população, ganhando destaque o movimento da Educação Popular em Saúde. Diante da hegemonia dos serviços médicos privados e da medicina como proposta curativa, este movimento foi gerado pela busca de provimento da assistência em saúde às classes populares (VASCONCELOS, 2001). Funcionando dentro de uma perspectiva política de classe, a Educação Popular objetiva, em uma concepção pautada na teoria de Paulo Freire, ajudar as pessoas na conquista de autonomia e direitos com base no diálogo e na troca de saberes entre o educador e os educandos sobre temas vivenciados pela comunidade com potencial para estimular a mobilização social com vistas ao alcance de uma vida melhor (FREIRE, 1998; MACIEL, 2009).

Nas últimas décadas, novas possibilidades educativas no campo da saúde vêm surgindo com conteúdo integradores e métodos participativos, prometendo alcançar maiores e melhores resultados em oposição a modelos tradicionais de ações verticais, de caráter predominantemente informativo (FALKENBERG *et al.*, 2014). Estas propostas estão embasadas em uma compreensão da saúde como um estado dinâmico e positivo, que deve ser entendido em suas dimensões social, política, econômica e histórica, e que envolve fatores físicos, ambientais, emocionais e também socioecológicos, estes últimos voltados para questões como igualdade social e preservação da natureza (SCHALL; STRUCHINER, 1999; FREITAS; PORTO, 2006).

Pesquisas envolvendo estratégias no campo da saúde tem aumentado o que, aliado ao surgimento de tendências e reflexões teóricas, tem produzido resultados que ajudam a nortear a prática profissional na condução de novas atividades educativas (PIMENTA *et al.*, 2006). Assim, aos poucos vai sendo suplantado o modelo tradicional, proveniente de condutas históricas hegemônicas, em que a doença e a proposta curativa eram focos principais de atenção e torna-se fundamental que a prevenção de doenças esteja vinculada a mudanças de atitudes e comportamentos (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

No rol das novas práticas educativas, encontra-se o modelo dialógico, que se insere na necessidade de reestruturação do modelo tradicional, permitindo que os sujeitos se tornem protagonistas das práticas em saúde (AYRES, 2001). Com a proposição deste modelo alternativo, tem sido verificada a construção de novos significados e comportamentos na relação estabelecida entre profissional e usuário no processo de cuidado. Nesse sentido, dois princípios passaram a orientar as ações em saúde. Primeiramente, faz-se necessário conhecer hábitos, crenças, papéis e condições em que vivem os usuários que se beneficiarão das intervenções. O segundo princípio norteador refere-se à busca pelo envolvimento dos indivíduos nas ações, sem imposições. Além disso, a participação comunitária nas ações educativas é vista como importante e passível de assegurar a sustentabilidade e efetividade dessas ações (BRICEÑO-LÉON, 1996).

Em referência ao modelo dialógico, Maciel (2009) afirma que este, rompendo com práticas educativas tradicionais e verticalizadas, caracteriza-se pelo diálogo bidirecional entre as partes envolvidas no processo educativo, além de valorizar o saber popular, estimular a autonomia no cuidado da própria saúde e incentivar a participação ativa no controle social do sistema de saúde. Seu objetivo é que a comunicação dialógica construa um saber voltado para a conscientização do processo saúde-doença-cuidado, permitindo que os sujeitos se capacitem

e decidam sobre estratégias apropriadas para a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde. Nesta perspectiva, a prática educativa envolve o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade dos usuários no cuidado referente à saúde, em detrimento a imposição do saber técnico-científico do profissional.

Conforme Falkenberg *et al.* (2014), as práticas de educação em saúde nessa nova perspectiva envolvem três atores prioritários: os profissionais de saúde, que buscam a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas, os gestores que dão apoio a esses profissionais e a população que necessita construir conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, de modo individual ou coletivo. Além disso, enquanto um processo político pedagógico, fundamenta-se em um pensar crítico e reflexivo, que capacita o sujeito para propor e opinar em decisões de saúde relacionadas ao cuidar de si, da família e da coletividade.

Em nível de ABS, reconhece-se que a prática educativa presente na ESF convoca e adverte os profissionais a realizarem contatos com os usuários com vistas a abordar e identificar informações preventivas e de cunho sanitário. Assim, as eSF promovem o desenvolvimento de ações de educação em saúde destinadas à melhoria do autocuidado dos usuários. Nessa perspectiva, a educação em saúde figura como atuação atribuída a todos os profissionais que integram ou apoiam estas equipes. Espera-se que estes sejam capacitados para oferecer assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, onde haja identificação de possíveis riscos à saúde da comunidade (BRASIL, 1997).

Torna-se, portanto, fundamental a implementação de ações que venham a nortear o desenvolvimento de novas estratégias de intervenção e que contemplem as concepções do modelo assistencial e os princípios do SUS. A integralidade preconizada diverge de modelos persistentes no sistema, que geram o reducionismo e a fragmentação das ações, direcionando-se apenas para a doença e a intervenção curativa.

Na implantação de programas em nível primário, Paim e Almeida Filho (1998) advertem contra uma política assistencial que, preocupada em reduzir gastos, oferece serviços diferenciados e inferiores para certos grupos sociais. Portanto, defendem uma avaliação criteriosa dos programas a serem implantados na ABS, para que os princípios da relação custo-benefício não sejam a principal fonte de corte econômico na área da saúde, acarretando redução da qualidade dos serviços oferecidos e um nivelamento inferiorizado das equipes atuantes. Desta forma, torna-se imprescindível que novas ações de atuação sejam

implementadas a partir de um diagnóstico condizente com as questões sociais vigentes, tendo por proposta à melhoria das condições de vida e saúde da população (RONZANI; STRALEN, 2003).

1.5 A psicoeducação como estratégia de educação em saúde

A intervenção psicoeducativa teve seu desenvolvimento impulsionado a partir da década de 1970, quando se buscou a aplicação de conhecimentos e técnicas com potencial para colaborar em processos terapêuticos (WOOD, 1999). Tornou-se, nesse sentido, uma estratégia direcionada para a modificação de reações negativas vivenciadas a partir do impacto de um diagnóstico mediante o fornecimento de informações ao paciente acerca da natureza e do tratamento da doença, com o intuito de prover ensinamentos teóricos e práticos para que pudesse compreender e lidar adequadamente com o curso do adoecimento. Com esse foco, a psicoeducação tem sido utilizada no tratamento de agravos diversos, tanto transtornos mentais como enfermidades orgânicas, com o fornecimento de informações sendo direcionado ao próprio paciente e/ou a membros de sua família (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2019; KNAPP; ISOLAN, 2005).

A psicoeducação refere-se a uma forma de intervenção estruturada que é aplicada no campo da saúde. O termo “psico” faz alusão ao uso de técnicas e teorias psicológicas, enquanto o termo “educação” relaciona-se à esfera pedagógica, indicando um processo de ensino-aprendizagem. Nesse sentido, a psicoeducação tem sido definida como uma técnica nas quais instrumentos psicológicos e pedagógicos são integrados com vistas a ensinar o paciente acerca de uma determinada doença ou transtorno e suas ações terapêuticas (LEMES; NETO, 2017). Para tanto, as informações devem ser fornecidas de modo sistemático e didático com vistas a capacitar os participantes a melhor lidarem com as situações impostas pelo adoecimento e tratamentos correspondentes (CARVALHO et al., 2019; RUMMEL-KRUGE *et al.*, 2006).

Nesse sentido, a intervenção psicoeducativa se caracteriza por ser breve, estruturada, semidireta, focada no presente e na busca de resolução de problemas. Ademais, é uma abordagem baseada em métodos experimentais e científicos, que partem do pressuposto de que as cognições gerenciam as emoções e os comportamentos. Portanto, busca-se ensinar o paciente através de meios diversos, tais como esclarecimentos orais, folders elucidativos,

livros acessíveis a leigos e vídeos. O fundamental é que as informações sejam compartilhadas e discutidas com o paciente, de modo a favorecer sua aprendizagem sobre o funcionamento da doença em questão e os cuidados a serem seguidos, bem como de identificar comportamentos e pensamentos distorcidos, disfuncionais, atrelados a crenças que geram ansiedade e sofrimento (BASCO; RUSH, 2005; CARVALHO et al., 2019).

Além de possibilitar um aumento no nível de conhecimento de pacientes e cuidadores sobre a natureza e as características da enfermidade ou transtorno e de suas alternativas de tratamento, a abordagem psicoeducacional, indo além da mera ação informativa, é proposta com a intenção de instrumentalizá-los e dar suporte para o manejo dos efeitos psicossociais do adoecimento, auxiliando-os na tarefa de compreender e dar sentido às próprias vivências (ANDRADE, 1998). Acredita-se que quando as pessoas dispõem de informações relevantes e constroem conhecimentos pertinentes acerca das problemáticas que vivenciam, ocorre maior responsabilização pelo tratamento proposto e redução do preconceito vinculado à doença. A intervenção, portanto, favorece o autocuidado (GOMES, 2010).

Ao ser empregada na modalidade grupal, a psicoeducação favorece o compartilhamento de saberes e propicia uma importante oportunidade de aprendizado conjunto entre os participantes. Conforme Afonso (2002), os grupos psicoeducativos destacam-se como um dos tipos de grupo mais utilizados na área da saúde, cujo enfoque recai no processo de conscientização sobre as experiências e os aspectos psíquicos que interferem na condição de saúde/doença. Estes grupos, em geral, funcionam a partir de temas norteadores a serem discutidos, com até 20 participantes, por um período de aproximadamente duas horas, e número de sessões variável. Partindo do pressuposto de que o aspecto educativo é fundamental, objetiva-se que os participantes obtenham novas informações sobre os temas em pauta e que haja revisão de mitos e preconceitos, com mudanças em representações acerca do processo de saúde-doença (BORGES; SOARES; RUDNICKI, 2018).

Por conseguinte, espera-se que a abordagem psicoeducativa, usada de modo individual ou em grupo, possa maximizar as habilidades do paciente/familiar no enfrentamento de estressores associados ao adoecer e melhorar a adesão às prescrições e orientações da equipe de saúde, atuando em conjunto com tratamentos farmacológicos, psicoterapêuticos e/ou outros, para controlar o quadro clínico, reduzir hospitalizações e prevenir recorrências (ANDRADE, 1999). De fato, a psicoeducação tem mostrado sucesso em termos de melhorar a adesão terapêutica e de promover hábitos salútares, além de ter caráter conscientizador,

colaborando assim para a supressão de sintomas, a prevenção de recaídas e a diminuição de internações (COLE; LACEFIELD, 1982).

Authier (1977) destacou a psicoeducação como método de intervenção que não busca simplesmente a cura ou controle de determinada doença, mas, antes de tudo, centra seu enfoque na satisfação e alcance de objetivos do usuário. Assim sendo, entende que a maneira mais eficaz de auxiliar os pacientes é ajudá-los a alcançar autoconhecimento, autonomia e bom nível de conscientização. Além disso, tal intervenção favorece ao paciente lidar com estigmas associados à doença (COLE; LACEFIELD, 1982). Deste modo, pode-se dizer que a abordagem psicoeducativa compreende o usuário em seu processo biopsicossocial, reconhecendo-o como sujeito ativo e participante fundamental do seu próprio plano terapêutico, além de buscar a integração do grupo familiar. Nesse sentido, a psicoeducação engloba o desenvolvimento social, emocional e comportamental do sujeito, sendo que o profissional atua como um agente de mudanças, favorecendo a aquisição de habilidades e propiciando aos pacientes informações e orientações práticas que tenham embasamento científico.

No entanto, não há uma homogeneidade nas definições de psicoeducação. Estas variam de acordo com os pressupostos e objetivos dos autores. Em termos educacionais, como já assinalado, um ponto amplamente difundido consiste no repasse de informações sobre a doença (etiologia, sintomas, curso etc.) e seu tratamento para o paciente e/ou familiares, com o objetivo de aumentar o conhecimento destes e gerar padrões de comportamento desejáveis. Já os aspectos psicológicos são mais variáveis e sofrem influências marcantes do referencial teórico de base e do tipo de intervenção terapêutica em pauta (ANDRADE, 1998).

A intervenção psicoeducativa pode ocorrer conforme diferentes orientações teóricas e metodológicas, que abarcam, por exemplo, as seguintes abordagens: a psicodinâmica, atrelada aos aspectos afetivos e conflitivos do sujeito; a comportamental, que busca promover mudanças comportamentais a partir do desenvolvimento de um programa de reforçamento; a sociológica, cuja proposta é de oportunizar conscientização ao grupo a partir de seus comportamentos, ideologias e valores sociais; e a cognitivo-afetiva, que enfatiza a relação recíproca entre os aspectos afetivos e cognitivos (WOOD, 1999). Na terapia cognitivo-comportamental, a psicoeducação é utilizada para auxiliar o cliente no desenvolvimento de habilidades como reconhecer as relações entre cognições, emoções e comportamentos e

identificar crenças ou esquemas que levam a padrões distorcidos de avaliação (CARVALHO et al., 2019).

A prática psicoeducativa tem sido apresentada e investigada principalmente em contextos de saúde mental, como uma intervenção, com caráter educativo, que propicia uma maneira de auxiliar o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente. Nesse campo, tem alcançado níveis de eficácia verificada na redução de taxas de recaída e dos níveis de sintoma, além de contribuir para a participação social destes sujeitos. Observa-se a eficácia da intervenção psicoeducativa envolvendo famílias no direcionamento e no cuidado de certos transtornos, tais como Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), Esquizofrenia e Transtorno do Espectro Autista (TEA) (CHIEN, 2008; FARMER; REUPERT, 2013; HAYES; HARVEY; FARHALL, 2013; RAHMANI *et al.*, 2015). Em relação ao TEA, podem ser verificadas mudanças positivas na redução do estresse e melhora na qualidade de vida de pais e filhos, sendo realizados estudos psicoeducativos junto a pais, baseados em pressupostos teóricos da Análise do Comportamento, cuja finalidade está em descrever e explicar como ocorre a aquisição, manutenção, aumento ou extinção de comportamentos a partir das relações do sujeito com o ambiente (MARTIN; PEAR, 2009).

As informações são disponibilizadas com o intuito de abranger conteúdos como a etiologia, o tratamento mais indicado, o prognóstico, entre outros (COLOM; VIETA, 2004). Um dos modelos de intervenção proposto inclui a divulgação de informações sobre o transtorno psiquiátrico e seu tratamento medicamentoso, de modo a aumentar a compreensão dos participantes e obter integração das informações, além de proporcionar discussões em grupo com outros pacientes e o ensinamento e modelagem de habilidades específicas para que estes possam melhor lidar com as dificuldades presentes (HAYES; GANTT, 1992).

Neste campo, a utilização da abordagem psicoeducativa tem mostrado eficácia, por exemplo, como coadjuvante no tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), sendo as intervenções focadas no próprio paciente ou voltadas ao auxílio de familiares e outras pessoas próximas a este (MENEZES; MELLO; SOUZA, 2012; MUSSI *et al.*, 2013). As intervenções psicossociais referentes ao tratamento do TAB empregam o modelo psicoeducacional com o intuito de ajudar o paciente a compreender o transtorno, a participar do tratamento e a reconhecer sinais que podem desencadear uma possível recaída (ANDRADE, 1999; ZARETSKY *et al.*, 2007; REINARES *et al.*, 2008; GOMES, 2010).

Ainda em relação ao TAB, os resultados obtidos na literatura científica quanto ao trabalho psicoeducativo indicam que a intervenção se apresenta como potente instrumento, sendo eficaz para a adesão ao tratamento psicofarmacológico, a melhora da compreensão e entendimento dos pacientes em relação ao transtorno, a redução do número de episódios maníacos, de recaídas e internações, o aumento do funcionamento social, além do manejo em momentos de crise e redução de possível sentimento de culpa. Oferece ainda condições para que os pacientes possam gerenciar medos, baixa autoestima e estigmas (COLOM; VIETA, 2004). Em um programa psicoeducativo de curta duração realizado em grupo com pacientes bipolares, Menezes (2009), após seis encontros, observou maior aquisição de conhecimentos, conscientização sobre o transtorno, possibilidade de ajuda a outros indivíduos, troca de experiências, mudanças positivas de vida e maior adesão aos tratamentos.

No caso da esquizofrenia, em pesquisa destinada a investigar a eficácia da intervenção psicoeducativa na promoção de insight em pessoas com tal diagnóstico, Ruzanna, Marhani, Parveen e Cheah (2010) avaliaram 70 pacientes com a utilização da escala *Schedule for the Assessment of Insight* (SAI). Como resultado, foi verificado quase o dobro da obtenção de *insight* após a psicoeducação, o que levou os pesquisadores a concluir que esta técnica se mostrou eficaz para essa finalidade. No que se refere às orientações aos cuidadores principais, Pergoraro e Caldana (2006) ressaltam a importância, nos períodos de crise, de incluir informações relativas ao asseio corporal, à alimentação, ao diálogo como maneira de reduzir a agitação, ao controle da medicação e à observação atenta do risco de fuga ou de suicídio. Segundo eles, pode contribuir ainda mediante a possibilidade de manejar entraves cotidianos, com redução do estresse oriundo das relações interpessoais e acontecimentos diários.

Pelo exposto, entende-se que a intervenção psicoeducativa vem ao encontro dos objetivos da Reforma Psiquiátrica, orientando pacientes e familiares em relação a sofrimentos psíquicos graves e, assim, contribuindo para superar o aprisionamento ao modelo hospitalocêntrico – medicamentoso. Um dos aspectos mais importantes da psicoeducação é a democratização das informações que dizem respeito ao próprio indivíduo.

A psicoeducação também tem sido empregada com pacientes em psicoterapia como técnica de caráter educativo que favorece o objetivo de ensinar sobre o tratamento psicoterápico e, assim, promover consciência e preparo para lidar com mudanças mediante desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e fortalecimento da comunicação (BHATTACHARJEE *et al.*, 2011). Nesse cenário, destaca-se os benefícios potenciais do uso da intervenção psicoeducativa na teoria cognitivo-comportamental. Como afirma Beck

(2007), a psicoeducação atua como instrumento importante de engajamento do sujeito no processo psicoterápico e medicamentoso, utilizando-se de técnicas como o questionamento socrático e a checagem de evidências, e permite melhor compreensão das informações pelos atores envolvidos no processo de cuidado. Assim, a teoria cognitivo-comportamental fornece ao indivíduo conhecimentos teóricos e práticos sobre o problema e o familiariza com o funcionamento do tratamento (FREIRE, 2011; NOGUEIRA *et al.*, 2017).

Entretanto, as intervenções psicoeducativas não se limitam as condições de sofrimento psíquico e de atendimento psicoterápico, podendo ser estendidas para o manejo de condições orgânicas, como as doenças cardíacas, o diabetes mellitus, a hipertensão arterial e a asma, em instituições ou programas de saúde, constituindo uma prática facilitadora do aumento da adesão aos tratamentos e da melhoria do desfecho da doença a longo prazo (COLOM; VIETA, 2004; LEMES; NETO, 2017). A aplicabilidade da psicoeducação no campo das doenças crônicas tem sido ressaltada por vários autores, com eficácia comprovada junto a pacientes e/ou cuidadores (por exemplo, GONÇALVES-PEREIRA; LOPES; CACHIONI, 2012; 2013a; 2013b; SAMPAIO, 2011; TEIXEIRA-FABRÍCIO *et al.*, 2012; WIELENSKA; BANACO, 2010).

Quando se trata de indivíduos com doenças crônicas, destaca-se a necessidade de facilitar a compreensão dos aspectos emocionais e evidenciar distorções cognitivas que comumente envolvem a vivência do adoecimento. Lima-Silva e Yassuda (2012), em um estudo realizado com idosos com diagnóstico de hipertensão arterial, avaliaram os efeitos de um treinamento contendo oito sessões com ensinamentos sobre esta enfermidade. Durante o processo de intervenção foram concedidas informações sobre o percurso e complicações possíveis da doença e sobre a importância da adesão terapêutica, incluindo o cuidado com a alimentação, em especial a redução do consumo de sódio. Com isso, os autores avaliaram ganhos do trabalho psicoeducativo, chamando atenção para a observação de maior consciência e conhecimentos sobre a doença após a intervenção, além de uma melhor administração medicamentosa, denotando maior responsabilidade e controle sobre a doença.

Em outra pesquisa, Losso e colaboradores (2014) realizaram uma intervenção psicoeducativa voltada para o tratamento da *diabetes mellitus*. O estudo, de caráter qualitativo, foi conduzido com a participação de 15 indivíduos na faixa etária entre 18 e 75 anos, os quais participaram de sessões em grupo com abordagem de temáticas diversas, iniciadas com explicações técnicas relacionadas aos aspectos fisiológicos da doença. No seguimento, foi destacada a importância da adoção de novos hábitos alimentares, assim como

da prática regular de exercícios físicos e do gerenciamento do autocuidado. Os familiares contribuíram nas estratégias psicoeducativas como coparticipantes durante o processo. Através das avaliações, os autores verificaram um aumento na adesão terapêutica, com mudanças na prática de atividades físicas e de uma alimentação mais saudável, indicando maior responsabilização dos pacientes por sua rotina de cuidados, além de benefícios relacionados à redução de custos com a doença.

Gonçalves-Pereira e Sampaio (2011) e Sousa *et al.* (2012) destacam a utilidade da psicoeducação familiar, referindo ao emprego de técnicas voltadas para familiares que cuidam de sujeitos com doenças degenerativas ou terminais. Nesse sentido, os autores defendem a importância do uso desta intervenção com base na teoria sistêmica, como forma de possibilitar recursos aos familiares que estão envolvidos no processo de cuidado ao paciente.

No que tange a eficácia da intervenção psicoeducativa junto a familiares de pessoas diagnosticados com Alzheimer, uma pesquisa conduzida por Rahmani *et al.* (2015) avaliou um grupo experimental antes e depois de receber a intervenção, tendo também um grupo controle. Como resultado, o grupo experimental demonstrou significativo aumento (80%) de atitudes positivas em relação ao paciente com Alzheimer, enquanto o grupo controle alcançou mudança de 28,57%. Em outro estudo que avaliou uma intervenção em grupo com cuidadores de pacientes com Alzheimer, Lopes e Cachioni (2013a) observaram melhoras nos aspectos psicológicos e sociais dos participantes, porém sem melhoras no âmbito físico.

No ambiente hospitalar, a psicoeducação tem sido aplicada tanto em situações de internação (SOUZA *et al.*, 2009) como em áreas correspondentes à sala de espera (IVANCKO, 2004). Ao ser utilizada na sala de espera, permite um espaço de acolhida, com oportunidades para esclarecimento de dúvidas e alívio de angústias, o que tende a proporcionar bem-estar psicológico aos participantes (ALCÂNTARA *et al.*, 2013). Ainda neste contexto, a abordagem psicoeducativa mostra-se como ferramenta importante no tratamento oncológico.

De acordo com Lourenção, Santos Jr. e Luiz (2010), no diagnóstico de câncer estressores acarretam perdas significativas na qualidade de vida do indivíduo, implicando na necessidade de intervenções psicoeducativas, quando o ajustamento psicossocial dos pacientes e familiares se torna imprescindível. Neste processo, o psicólogo tem participação como facilitador na identificação de medos, expectativas e dúvidas, além de contribuir para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção com os cuidadores desses

pacientes em relação às perdas, algumas vezes irreversíveis, provocadas pelo processo de adoecimento.

No cenário do câncer infanto-juvenil, a abordagem psicoeducativa inclui o paciente e seus responsáveis, partindo do pressuposto de que a doença evoca alto nível de ansiedade, estresse e incertezas em todos os envolvidos (MACEDO *et al.*, 2009), além de gerar um quadro de modificações no sistema e na estrutura familiar, ocasionando desgastes aos cuidadores frente às exigências e expectativas do tratamento (LAU *et al.*, 2015). A probabilidade de o paciente não resistir ao avanço da doença acarreta ameaças de perda e, neste sentido, a psicoeducação torna-se um importante recurso terapêutico, permitindo aos pais uma melhor compreensão e significação dessa vivência (ALCÂNTARA *et al.*, 2013).

Nesse sentido, diante do caráter estigmatizante do câncer e do usual desconhecimento de suas características e tratamento, torna-se necessário fornecer explicações adequadas ao nível de desenvolvimento cognitivo e de escolaridade dos pacientes/familiares, com vistas a lhes proporcionar um melhor entendimento e uma compreensão realista do processo de adoecimento, tratamento e internação, o que se espera possa contribuir para reduzir fantasias e o grau de ansiedade, bem como para fortalecer estratégias de enfrentamento e fomentar a autonomia (MACEDO *et al.*, 2009).

Como sinalizado até aqui, a intervenção psicoeducativa é identificada como um modelo de intervenção que envolve técnicas e teorias voltadas aos aspectos comportamentais, cognitivos e sociais do indivíduo, possibilitando ampla compreensão em torno do processo de adoecimento. Nessa perspectiva, a abordagem pode ser empregada em diferentes locais e com referência a variadas problemáticas, tendo por objetivos não somente o controle de doenças, mas também um caráter de prevenção de agravos e promoção de autocuidado, em consonância com os princípios da educação para a saúde (LEMES; NETO, 2017).

Considerando os princípios e diretrizes do SUS, a psicoeducação pode ser vista como uma ferramenta pertinente quando se busca que usuários e familiares tenham acesso adequado à informação acerca de seu adoecimento e dos procedimentos relacionados ao tratamento, isso de modo claro e em linguagem condizente com suas características pessoais e contexto sociocultural. Nesse sentido, a intervenção visa tanto à colaboração destes no tratamento e um melhor ajustamento emocional a situação do adoecimento, como também, em extensão, procura melhorias na qualidade de vida dos envolvidos no processo, tornando-os sujeitos ativos e protagonistas no percurso terapêutico (SOUZA *et al.*, 2009).

Por fim, é preciso destacar que a psicoeducação, seja utilizada em modalidade individual ou grupal, requer dos profissionais da área da saúde uma adequada compreensão das técnicas e estímulo a participação ativa dos usuários, o que demanda certa habilidade e capacitação profissional para que a prática se torne eficaz. Esse preparo dos profissionais para condução de intervenções psicoeducativas é importante para que a técnica não seja reduzida a mera transmissão de informações, selecionadas e depositadas sem considerar as necessidades e características das pessoas as quais se destinam e sem abordar os aspectos afetivos e emocionais que se fizerem presentes. Em suma, é importante promover novos hábitos e favorecer a autonomia dos sujeitos, de modo que estes possam se posicionar assertivamente frente às dificuldades que lhes sobrevém no decorrer do processo.

Desse modo, destaca-se a importância de que psicólogos atuantes em serviços públicos de saúde se beneficiem do uso de estratégias psicoeducativas para, em consonância com os modelos de assistência valorizadas no SUS, possam colaborar para tornar os usuários mais conscientes e ativos em relação às condições de saúde própria e de sua comunidade, tanto no sentido do controle de agravos já instalados como da prevenção de situações que possam ameaçar a saúde e o bem-estar. Isto requer repensar as formas de inserção do psicólogo no SUS e as novas práticas que se mostram necessárias para enriquecer e ampliar o alcance de suas ações nas equipes multiprofissionais de saúde.

1.6 Práticas psicológicas e formação profissional para a atenção primária

Em decorrência das novas exigências colocadas para a prática psicológica na ABS, Dimenstein (2003) reforça a necessidade de reformulação da formação conteudista característica das academias, favorecendo novas possibilidades de atuação dos profissionais em consonância com demandas e realidades sociais. Soares (2005) enfatiza ainda a necessidade de preparo do profissional para o trabalho com as equipes de Saúde da Família, utilizando conceitos da psicologia social e comunitária como estratégias para novos caminhos, diferentemente dos modelos mais tradicionais.

Nessa direção, as novas Diretrizes Curriculares voltadas ao curso de Psicologia (Conselho Nacional de Educação, 2004) definiram a prevenção e a promoção em saúde como objetivos orientadores das competências e habilidades do psicólogo e ressaltaram a importância de estas serem consonantes ao contexto da população-alvo, em atenção individual

ou coletiva. Reforçaram ainda o valor da complementariedade entre as diferentes áreas do conhecimento, o compromisso e criticidade do psicólogo frente aos fenômenos econômicos, sociais, culturais e políticos e a necessidade de adequação do referencial teórico utilizado pelo profissional à realidade da população-alvo.

Além disso, devido aos entraves constatados na prática do psicólogo no cenário da saúde pública, o Conselho Federal de Psicologia definiu 2006 como o ano da Psicologia e da Saúde Pública, promovendo discussões, debates e palestras que culminaram no I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública, no qual foi identificada a necessidade de construção de uma identidade profissional destinada à saúde, oportunizando o diálogo entre a Psicologia e a sociedade (SPINK, 2006).

A integração de psicólogos no contexto da saúde pública, portanto, tornou necessária a redefinição política e pedagógica dos cursos de graduação, atrelando mais oportunidades de práticas em programas e serviços ligados às políticas públicas (atenção básica, saúde mental, assistência social, instalação da rede de proteção de direitos etc.), com expansão da participação dos profissionais para além dos centros urbanos (MACEDO; DIMENSTEIN, 2011). Mostrou-se relevante o remodelamento da ação psicológica destinada a intervenções para resolução de problemas e promoção da saúde.

O Ministério da Saúde tem se manifestado sobre a inserção da Psicologia e de outras profissões que adentram o campo da saúde no contexto da saúde pública, visando, segundo Dimenstein (2003), o desenvolvimento de estratégias e pesquisas cujo intuito esteja voltado ao alcance de maior qualidade da atenção, além de contribuir para a gestão na área da saúde, como preconiza o Humaniza SUS, enquanto uma política nacional, transversal, em que a humanização constitui o princípio norteador das ações em esfera de atenção e gestão. Desta forma, o Governo Federal, ao longo das últimas décadas, tem realizado incentivos para a formação dos profissionais de diversas áreas da saúde. A Educação Permanente em Saúde (EPS) e as residências multiprofissionais, com caráter de formação pós-graduada, surgem para formar profissionais que possam desenvolver práticas condizentes às diretrizes do SUS, avessos à reprodução de conhecimentos de modo tecnicista e não calcado no cuidado.

Ximenes Neto *et al.*, (2008), em avaliação acerca da formação de psicólogos atuantes na cidade de São Paulo, percebeu que o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família ofertada a estes profissionais culminava em maior desenvolvimento das suas

ações, favorecendo autonomia e uma visão mais ampla dos fatores relacionados aos processos de saúde-doença.

Por outro lado, Barbosa e Mendes (2005) investigaram a atuação de psicólogos no serviço público de uma cidade do interior do estado de São Paulo, tendo constatado que os profissionais apresentaram diferentes percepções de promoção de saúde e revelaram a necessidade do trabalho intersetorial e sua relevância para a prática destinada à promoção da saúde. Apontaram ainda a integração das ações de saberes diversos como primordial, de modo a ir além da dimensão psicológica.

Como afirma Spink (2003), o papel do psicólogo atuante em instituição de saúde em nível da ABS deve ser pautado em uma ação ampliada, em atenção a duas questões principais: contextualização da intervenção, buscando compreender aspectos da cultura e do meio social no qual o sujeito constrói sua identidade, e reconhecimento da alteridade, relacionando direitos sociais e cidadania. Nessa perspectiva, os sujeitos participantes do processo e conhecedores de sua realidade social devem ser estimulados a buscarem propostas de mudanças, oportunizando a estes atores sociais condições para o desenvolvimento do pensamento crítico e criação de estratégias, junto às equipes de saúde, para melhoria da qualidade de vida.

Nessa direção, a participação de psicólogos na ABS tem permitido a este profissional o desenvolvimento de novas experiências e habilidades técnicas e sociais, fomentando inovações na formação em nível de graduação e pós-graduação e estimulando a requalificação de suas ações através da atuação junto a outros profissionais das equipes de Saúde da Família e do NASF-AB. No entanto, conforme Neves e Rollo (2006), ainda é preciso aprofundar a relação e construir interfaces ensino-serviço-comunidade, com a pretensão de conhecer e trabalhar com os problemas e demandas locais, de modo que a formação proporcione espaços coletivos de análise e criticidade do cotidiano de trabalho, além da articulação multiprofissional. Trata-se de modelos novos de ensino, que requerem a participação ativa dos alunos e são orientados a partir do conhecimento da problematização de dada realidade, articulando teoria-prática (MEDEIROS; LIBERALINO; COSTA, 2011).

Em resumo, para uma atuação satisfatória em ABS o psicólogo deve: 1) conhecer o território da unidade de saúde, considerando sua história, aspectos geofísicos, fatores de risco ou vulnerabilidade e aspectos estruturais (esgoto, energia, água, transporte) e equipamentos de saúde e de assistência social; 2) conhecer os aspectos sociopolíticos, os grupos que se

organizam nas comunidades, a principal fonte de renda das famílias, os eventos importantes para a comunidade, participando de ações com o intuito de identificar e promover enfrentamento dos problemas sociais com atuação comunitária; 3) conhecer os problemas de saúde da comunidade, com base no perfil epidemiológico e como ocorre o acesso aos serviços e programas de saúde, benefícios sociais, recebimento de medicamentos, práticas de cuidado desenvolvido pelos profissionais (ESF), além das práticas integrativas, realizando atendimentos programáticos e também por livre demanda, dentro e fora do espaço da UBS, incluindo visitas domiciliares; 4) identificar os problemas prioritários e, em seguida, proceder à escolha das intervenções, criando ações em conjunto com outros profissionais e usuários\comunidade, planejando a assistência e avaliando os resultados alcançados; 5) estabelecer confiança e vínculo com as famílias e comunidades; 6) utilizar ferramentas para o trabalho dentre eles a entrevista diagnóstica, as ações de acolhimento individual e coletivo, acompanhamento de casos destinados a gestão do cuidado, a orientação psicossocial, o acompanhamento terapêutico, visita domiciliar e o uso de ferramentas como o genograma; 7) desenvolver atividades de apoio matricial e de articulação com a rede, estratégias de vínculo e de escuta, práticas grupais, além das demais estratégias de intervenção em nível individual ou coletivo (BRASIL, 2011).

Como afirma Huning e Guareschi (2009), não se trata simplesmente de reinventar práticas psicológicas, tampouco de inventar novos métodos, mas de questionar as práticas realizadas e a maneira como são feitas. Com isso, espera-se que a formação em Psicologia possa ser capaz de propiciar leituras e análises acerca das necessidades de saúde de indivíduos e coletividades, além de desenvolver estratégias de intervenção condizentes com os pressupostos aqui apresentados, dentre os quais pode ser destacada a potencialidade da abordagem psicoeducativa. Dessa forma, a partir das formações acadêmicas e profissionais dos psicólogos, será possível construir práticas de trabalho mais democráticas e calcadas em novas possibilidades.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

O presente estudo foi realizado a partir do interesse em conhecer modos de intervenção adotados por psicólogos que compõe equipes multiprofissionais na Atenção Básica à Saúde (ABS) de municípios da região Sul Fluminense e da Baixada Fluminense, voltando-se mais especificamente para o uso de psicoeducação junto à população atendida.

Nesse sentido, o objetivo geral da pesquisa consistiu em investigar percepções e práticas de profissionais de psicologia no que se refere ao emprego de estratégias psicoeducativas no âmbito dos cuidados primários em saúde.

Os objetivos específicos traçados para a investigação foram os seguintes:

1. Descrever processos de intervenção psicoeducativa em nível da ABS;
2. Verificar as percepções dos psicólogos acerca das características e potencialidades da educação em saúde e da psicoeducação;
3. Verificar possíveis dificuldades encontradas pelos profissionais para uso de estratégias psicoeducativas em seus contextos de trabalho no SUS.
4. Investigar as necessidades de capacitação profissional para o trabalho psicoeducativo, conforme as concepções dos próprios psicólogos.
5. Analisar o perfil socioprofissional dos psicólogos participantes da pesquisa.

CAPÍTULO III

MÉTODOS

A presente pesquisa, quanto à metodologia, caracteriza-se por ter abordagem descritiva, com enfoque quanti-qualitativo, na busca por compreender e analisar as estratégias e desafios das práticas psicoeducativas na Atenção Básica à Saúde (ABS). Para tanto, foram usados métodos de autorrelato – questionários e entrevistas – junto a psicólogos em exercício neste nível de atenção em saúde. O esforço foi tanto por obter dados quantitativos quanto ao uso da psicoeducação, como para, de modo complementar, aprofundar o conhecimento das vivências profissionais mediante a escuta de uma parte das profissionais participantes em entrevistas presenciais semiestruturadas.

A escolha de um método de pesquisa quantitativo e/ou qualitativo ocorre de modo alinhado às características dos objetivos do estudo em questão. O método quantitativo permite obter dados quantificáveis, como opiniões sobre determinados assuntos através, por exemplo, da aplicação de questionários que buscam respostas em forma de números. O método qualitativo, por sua vez, proporciona uma compreensão dos significados e características da situação estudada a partir de relatos ou narrativas das pessoas entrevistadas. A busca é pelos valores subjetivos e pela contextualização dos dados (GODOY, 1995). Sendo esta uma pesquisa exploratória, dado o pouco conhecimento difundido a respeito do tema em investigação, entendemos que seria relevante obter dados de ambas as naturezas, para uma leitura tanto geral como mais particularizada do fenômeno de interesse.

Partimos do pressuposto que os métodos qualitativos podem complementar a abordagem quantitativa, na medida em que aprofundam o conhecimento dos valores subjetivos envolvidos nas informações obtidas com um maior número de pessoas. A triangulação metodológica, com a combinação de técnicas quantitativas e qualitativas, permite aproveitar o melhor de cada método ao serem integrados para responder uma questão específica, além de minimizar limitações resultantes de uma única perspectiva de análise (PARANHOS *et al.*, 2016).

3.1 Participantes

A pesquisa foi desenvolvida com a participação de profissionais de psicologia que atuavam na ABS de municípios do interior fluminense, incluindo a região do Médio Paraíba e a Baixada Fluminense, sendo eles: Barra Mansa, Itatiaia, Itaguaí, Paracambi, Quatis, Resende e Volta Redonda. Como critérios de inclusão na pesquisa, o(a)s profissionais convidado(a)s a integrar o estudo deveriam ter graduação em psicologia e atuar, na função de psicólogo, há, no mínimo, um ano em unidades ou programas de atenção primária, podendo ser funcionário(a)s efetivo(a)s ou contratado(a)s da rede de saúde do município em questão. Poderiam adotar quaisquer referenciais teórico-metodológicos em psicologia.

Estes três municípios foram escolhidos por conveniência da pesquisadora, já que um deles constitui seu local de moradia e os outros dois se localizam próximos - na região do Médio Paraíba - favorecendo seu acesso e o contato com as secretarias de saúde correspondentes. Segundo o IBGE (2018), o município de Barra Mansa tinha, no período de realização da pesquisa, população estimada em 183.976 habitantes, o município de Resende contava com um contingente populacional de 130.334 e Volta Redonda, como o município de maior índice populacional dentre estes, possuía 271.998 habitantes e uma rede de saúde ampla e diversificada. A Tabela 1 mostra dados que fornecem um panorama da ABS nos municípios supracitados, evidenciando ampla cobertura populacional estimada pelas equipes da ESF, com presença de pelos menos uma equipe NASF-AB e de equipes de Consultório na Rua (*eCR*).

Tabela 1 - Dados da ABS dos municípios da Região Médio Paraíba.

Município	Cobertura populacional pela ESF	Equipes da ESF	Equipes NASF-AB	Equipes de Consultório na Rua -eCR
Barra mansa	87,69	39	4	1 Modalidade I
Resende	88,51	28	1	1 Modalidade II
Volta redonda	100,00	60	5	1 Modalidade III

Fontes: DAB (2018); Ministério da Saúde - CNES, SET (2018).

3.2 Instrumentos

Na obtenção de dados com vistas ao alcance dos objetivos da pesquisa, foram utilizados dois questionários, apresentados em formato eletrônico ou impresso, os quais foram construídos com o propósito de realizar uma caracterização sociodemográfica e profissional das participantes, bem como de levantar informações acerca do uso de estratégias psicoeducativas em seus contextos de trabalho. Com fins de análise qualitativa, foi empregado ainda um roteiro para orientar uma entrevista semiestruturada com uma parcela destas mesmas profissionais.

3.2.1 Questionário sociodemográfico e profissional

Este instrumento tem como finalidade reunir informações sociodemográficas e de formação e atuação profissional. É composto por três questões relativas a dados sociodemográficos (gênero, idade e estado civil), por cinco questões destinadas ao levantamento de dados profissionais (formação acadêmica, ano e instituição de conclusão de curso, cursos de pós-graduação, residência), bem como por dez questões voltadas a investigação das experiências laborais no âmbito da Atenção Básica, tais como o tempo de trabalho, atividades realizadas nesse contexto, população atendida e tipo de vínculo empregatício mantido. O instrumento foi elaborado inicialmente em modelo impresso, disponível no APÊNDICE A, e foi posteriormente adaptado para um formato eletrônico, construído via *google forms*, sendo disponibilizado para resposta via e-mail ou *whatsapp*.

3.2.2 Questionário sobre os usos da psicoeducação na ABS

Este questionário foi elaborado em formato estruturado e padronizado, para ser aplicado de modo autoadministrado, em versão impressa ou eletrônica. É composto por quatorze questões, com alternativas de resposta, que buscam levantar dados relativos à frequência, modos e cenários de utilização de estratégias psicoeducativas no cotidiano de trabalho dos respondentes na ABS. Pretende, por exemplo, obter informações sobre finalidades do uso da psicoeducação, modalidade de aplicação (individual ou grupal), população contemplada, recursos utilizados e participação ou não de profissionais de outras especialidades. O questionário, na íntegra, foi disponibilizado no APÊNDICE B.

3.2.3 Roteiro para entrevista semiestruturada

O roteiro de entrevista foi elaborado com a finalidade de buscar dados acerca das percepções e avaliações dos profissionais no que concerne ao uso de estratégias psicoeducativas em processos de intervenção na ABS, com detalhamento das situações vivenciadas. É composto por doze perguntas abertas organizadas em três eixos temáticos, destinados a 1. investigar conhecimentos e percepções sobre a prática psicoeducativa e sua importância; 2. identificar modos de utilização desta intervenção na prática profissional, verificando desafios e relatando experiências; e 3. levantar limitações e exigências da formação acadêmica com vistas ao preparo profissional para o uso da psicoeducação. O roteiro completo pode ser visualizado no APÊNDICE C.

3.3 Procedimentos de Coleta de Dados

Em etapa prévia à coleta de dados, a pesquisadora entrou em contato com representantes das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Barra Mansa, Resende e Volta Redonda, além de ter contactado a Comissão Intergestores Regional do Médio Paraíba, com o intuito de elucidar os objetivos e procedimentos da pesquisa e, assim, obter anuência para sua realização. Desse modo, teve-se autorização para estabelecimento de contatos com coordenadores da ABS de modo a viabilizar o acesso aos prováveis participantes do estudo.

Ademais, o projeto referente a esta investigação foi submetido à análise da Comissão de Ética na Pesquisa – COMEP – da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, sendo aprovado sob parecer Nº 23083.0025317/2018-19, protocolo nº 1.190/18 (ANEXO A).

Cumpridas essas etapas iniciais, foram feitos contatos com psicólogo(a)s lotado(a)s na ABS dos referidos municípios para agendamento dos dias e horários destinados a aplicação dos questionários e condução das entrevistas. Esse primeiro contato foi apenas para realização dos convites e identificação da disponibilidade de cada profissional. Em seguida, nas datas combinadas, a pesquisadora dirigiu-se às unidades de saúde para aplicação dos instrumentos junto a cada um dos sete psicólogos que integraram a etapa presencial de coleta de dados, o que foi feito com cuidado para não atrapalhar a fluidez das atividades laborais dos psicólogos e das equipes.

Nos encontros presenciais, como parte dos cuidados éticos necessários à proteção dos direitos e dignidade dos participantes, a pesquisadora inicialmente concedeu melhores informações sobre a proposta da pesquisa, incluindo seus objetivos, os instrumentos que seriam aplicados e a necessidade de utilização de um gravador durante a entrevista. Desse modo, foi entregue ao profissional um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), o qual foi lido e assinado pelo mesmo em duas vias. O Termo supracitado foi elaborado em linguagem clara e acessível, conforme orientação da Resolução nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que regulamenta as pesquisas com seres humanos, tendo por finalidade viabilizar conteúdo explicativo sobre os procedimentos gerais, riscos estimados e benefícios potenciais da pesquisa. Foi reforçado o caráter voluntário da participação, o sigilo das informações concedidas e a garantia da proteção da identidade dos profissionais, sobretudo no que se refere à divulgação e circulação dos resultados da investigação. No convite para integrar a pesquisa, houve ampla liberdade de escolha aos profissionais abordados quanto a aceitar ou não participar da coleta de dados, sendo lhes assegurado ausência de quaisquer tipos de prejuízos caso houvesse recusa ou desistência durante a realização da pesquisa.

Com obtenção do consentimento, a coleta de dados foi realizada em dois momentos. Primeiramente, foi entregue um questionário com o intuito de levantar dados sociodemográficos e profissionais dos participantes, com duração média de respostas de cerca de dez minutos. Logo após, foi disponibilizado o questionário sobre os usos da psicoeducação na ABS, com tempo aproximado de quinze minutos para sua conclusão. Ambos os questionários foram completados por autoadministração. Antes da entrega dos instrumentos, orientações acerca de seus preenchimentos foram fornecidas pela pesquisadora.

No segundo momento, houve a realização da entrevista semiestruturada, embasada em roteiro prévio de questões. As respostas de cada entrevistada foram gravadas em áudio com vistas à transcrição integral posteriormente. A referida entrevista ocorreu individualmente, com tempo médio de cinquenta minutos. Para que essa interação ocorresse de maneira satisfatória, cuidou-se para reduzir os riscos de interrupções e ruídos do ambiente, sendo solicitado o uso de salas e horários favoráveis a uma maior privacidade.

Concomitante com os encontros presenciais, o *link* para acesso a versão eletrônica dos dois questionários – sociodemográfico/profissional e sobre os usos da psicoeducação - foram distribuídos, via e-mail, para psicólogos atuantes na atenção primária das cidades de Itatiaia, Paracambi, Itaguaí e Quatis. Os questionários em formato eletrônico foram construídos via

Google Forms, com apresentação inicial de uma versão do TCLE adaptada a esta nova situação, já que apenas os questionários deveriam ser respondidos e de modo virtual (APÊNDICE E).

Estes instrumentos foram enviados a uma lista de aproximadamente 30 profissionais indicados pela rede de contatos da pesquisadora. Caso concordasse com os termos de participação propostos, o profissional convidado prosseguia, dando início ao preenchimento dos questionários. Ao todo, 14 psicólogas responderam e enviaram suas respostas ao longo de três meses, após realização de uma segunda chamada. Não havendo mais indicativo de respostas nem novos profissionais a contactar dentro dos critérios exigidos, foi considerada fechada esta fase da pesquisa, ainda que abaixo do número de participantes previsto inicialmente.

Às participantes foi proposto um retorno sobre os resultados da pesquisa assim que findado o processo de levantamento e análise de dados, o que poderia ocorrer de forma individual ou mesmo, no caso das secretarias de saúde abordadas diretamente, de forma grupal, mediante agendamento de encontro(s) com a presença de coordenadores e profissionais, visando devolutiva acerca dos resultados gerais da pesquisa e discussão sobre as práticas do psicólogo na atenção primária, com apontamento das potencialidades e dificuldades da utilização das estratégias psicoeducativas na prevenção e controle de doenças.

3.4 Análise de Dados

Os relatos obtidos por ocasião das entrevistas semiestruturadas foram submetidos a análises qualitativas, com elaboração de categorias embasada nos referenciais teóricos de Bardin (2011). Para esta autora, a análise de conteúdo pressupõe, nessa sequência, a realização de análise prévia, exploração do material, categorização, análise e interpretação dos dados. Dessa forma, foram feitas leituras repetidas das falas transcritas para, em seguida, proceder o agrupamento de tais falas por similaridade de seus conteúdos conforme cada eixo temático do roteiro de entrevista. Os núcleos de significados foram categorizados, tendo por parâmetro a literatura na área. Posteriormente, ocorreu a interpretação e discussão dos dados.

No que tange aos questionários, a tabulação e análise dos dados ocorreu de maneira informatizada, via software (Web) através da análise estatística descritiva, incluindo

frequências, médias e porcentagens. Ao término, foi realizada a integração de dados das diferentes fontes utilizadas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram organizados conforme seus objetivos e eixos temáticos de análise. Primeiramente, com a finalidade de caracterização da amostra, é descrito o perfil socioprofissional das participantes no que se refere à formação acadêmica inicial e continuada e à atuação na saúde pública. Neste aspecto, são apresentadas informações capazes de elucidar características da formação e exercício profissional e do contexto de trabalho vivenciado por elas na ABS de seus municípios.

Ao todo, participaram vinte e um profissionais, todas do sexo feminino, de nacionalidade brasileira, com idades entre 24 e 63 anos ($M= 40,5$ anos) e estados civis distintos, sendo doze casadas ou em união estável, quatro solteiras, três separadas ou divorciadas e uma viúva. Todas elas responderam a questionários aplicados em formato eletrônico ou impresso. De modo complementar, sete destas profissionais, abordadas presencialmente nos municípios de Barra Mansa, Resende e Volta Redonda, participaram de uma entrevista semiestruturada, visando aprofundamento do conteúdo de suas respostas e análises qualitativas adicionais.

Na sequência, são abarcadas as concepções das participantes acerca das características da educação em saúde e das finalidades da psicoeducação, conforme extraídas de seus relatos nas entrevistas, de modo a apresentar seus conhecimentos e avaliações sobre estes temas em termos de suas definições e benefícios potenciais. Em atenção às questões centrais da pesquisa, parte-se, na sequência, para a apresentação dos modos e contextos de intervenção psicoeducativa descritos pelas entrevistadas, apontados no questionário e melhor detalhados nas entrevistas, situando demandas e práticas associadas a essa modalidade de intervenção.

Com teor mais avaliativo, são exibidas ainda as apreciações das psicólogas sobre vantagens potenciais e resultados já observados no uso da psicoeducação no campo dos cuidados primários. Por outro lado, são elencadas as dificuldades que enfrentavam no esforço do trabalho psicoeducativo e que constituíam em diferentes tipos de obstáculos para a oferta ou execução deste tipo de intervenção ou para sua maior efetividade e eficácia.

Por fim, são apresentadas as percepções das profissionais quanto ao preparo e incentivo profissionais recebidos e desejados para o exercício de práticas educativas,

considerando tanto suas experiências ao longo da formação profissional como suas avaliações acerca da necessidade de uma maior capacitação nessa direção, conforme suas vivências no cotidiano laboral.

Para a comunicação de dados quantitativos foram usadas tabelas como apoio, considerando as alternativas de respostas fornecidas nos questionários aplicados. Os dados qualitativos, por sua vez, foram apresentados com base nas unidades de sentido identificadas nos relatos obtidos nas entrevistas. As categorias temáticas resultantes foram descritas e ilustradas por falas representativas, tomando-se o cuidado para preservar o anonimato das autoras dos relatos correspondentes, as quais foram identificadas por nomes fictícios.

No capítulo subsequente, após a sistematização e apresentação dos dados coletados, procedeu-se as análises e discussões julgadas mais relevantes, feitas a luz da literatura na área e das percepções da pesquisadora no processo de investigação.

4.1 Perfil profissional das participantes: formação e atuação em saúde pública

Embora o foco desta dissertação esteja voltado especialmente para as práticas psicoeducativas, compreender o contexto geral de atuação das psicólogas participantes e situar seus perfis em termos de formação foi entendido como essencial na medida em que não se pode tomar uma estratégia de trabalho de modo isolado, desvinculada do campo em que ocorre e das características de quem a realiza. Assim, julgou-se oportuno, apresentar, primeiramente, às vinte e uma profissionais que colaboraram com a coleta de dados, diferenciando, quando necessário, aquelas que integraram ambas as etapas do estudo, participando tanto do preenchimento dos questionários como fornecendo respostas às questões do roteiro de entrevista.

No que tange à formação acadêmica, as participantes haviam se graduado, em sua maioria, em instituições privadas de ensino superior (76,2%), tendo concluído o curso de psicologia há um tempo entre 2 e 36 anos ($M=15,3$ anos), com a maior parte delas (57,1%) formadas há, no máximo, 15 anos, sobretudo em período menor de cinco anos (23,8%) e de 11 a 15 anos (23,8%). Apenas duas delas tinham graduação em outra área de conhecimento além da psicologia, com cursos de licenciatura plena em Educação Física e de tecnologia em Processamento de Dados. Por outro lado, parcela significativa das participantes (76,2%) possuía pós-graduação *lato sensu*, dispondo de especialização em áreas clínicas, de saúde ou

de gestão, como Análise Fenomenológica, Teoria Psicanalítica e Prática Clínica Institucional, Psicologia Hospitalar e da Saúde, Saúde Mental e Educação Permanente em Saúde, Neuropsicopedagogia, Gestão da Clínica e Psicossomática e Gestão em Recursos Humanos. Em nível de pós-graduação *stricto sensu*, havia ainda duas psicólogas com grau de mestre e outra com doutorado concluído.

Em termos dos referenciais teóricos utilizados para embasamento de suas práticas profissionais, conforme declaração das participantes houve predomínio das abordagens psicanalítica (47,6%) e cognitivo-comportamental (42,9%), mas duas delas indicaram práticas orientadas por referenciais existenciais-humanistas. É importante salientar que das sete psicólogas entrevistadas, cinco tinham na psicanálise o seu aporte teórico-técnico. Os dados referentes à caracterização profissional das participantes estão discriminados na Tabela 2.

Tabela 2 - Perfil profissional das psicólogas participantes (n=21).

Categorias	Total	%
Tempo de formação em Psicologia		
Menos de 5 anos	5	23,8
5 a 10 anos	2	9,5
11 a 15 anos	5	23,8
16 a 20 anos	1	4,8
21 a 25 anos	2	9,5
26 a 30 anos	2	9,5
31 anos ou mais	4	19
Tipo de IES em que se graduou		
Privada	16	76,2
Pública	5	23,8
Graduação em outra área		
Não	19	90,5
Sim	2	9,5
Referenciais teóricos		
Psicanálise	10	47,6
Cognitivo-Comportamental	9	42,9
Existencial-Humanista	2	9,5
Pós-graduação		
Especialização	16	76,2
Mestrado	2	9,5
Doutorado	1	4,8

Aperfeiçoamento	1	4,8
Sem pós-graduação	1	4,8

As vinte e uma psicólogas atuavam nas secretarias de saúde de sete municípios distintos localizados no interior do estado do Rio de Janeiro, especialmente na região geográfica Sul-Fluminense, sendo Volta Redonda o município de trabalho de sete delas (33,3%). A maioria integrava o quadro de funcionários do SUS há um período de nove anos ou mais (52,4%). Predominava o contrato de trabalho como tipo de vínculo empregatício (47,6%) e a carga horária semanal variava de 16 a 40 horas. Uma psicóloga exercia suas funções em regime de contrato de trabalho e também como estatutária em municipalidades distintas.

Todas elas, no período da coleta de dados, exerciam práticas laborativas na ABS, principalmente no Núcleo Ampliado de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (61,9%), incluindo cinco das sete entrevistadas. Em nível de SUS, elas já haviam atuado também em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPSi, CAPSAd), hospitais e em cargos de gestão. De modo adicional, algumas destas profissionais também exerciam ou já tinham exercido trabalhos em consultórios particulares, clínica do DETRAN, treinamento corporativo, ONGs, Secretaria de Educação, prefeitura e Centros de Referência de Assistência Social.

A Tabela 3 mostra os modos de inserção das psicólogas no SUS, colaborando para a compreensão dos seus contextos de trabalho na saúde pública.

4.2 Panorama dos trabalhos desenvolvidos pelas participantes no contexto da ABS

Considerando a prática laborativa das participantes no contexto da ABS, as atividades por elas elencadas mostraram uma diversidade de ações componentes de seus cotidianos de trabalho, incluindo avaliações e atendimentos de natureza clínica tradicional, sejam estas individuais ou em modo grupal. Foram assinalados, desta forma, o engajamento profissional em atendimento psicoterápico individual (66,7%), psicoterapia de grupo (47,6%), aconselhamento psicológico (33,3%) e psicodiagnóstico (23,8%). Outras atividades, de natureza técnico-assistenciais, foram mencionadas, revelando ainda iniciativas de intervenções com os usuários em contextos diferentes dos atendimentos individuais

conduzidos nas unidades de saúde, em especial as visitas domiciliares (57,1%) e a facilitação ou coordenação de grupos ou oficinas (14,3%).

Tabela 3 - Modo de inserção das participantes no SUS.

Categorias	Total	%
Município de trabalho no SUS		
Volta Redonda	7	33,3
Barra Mansa	3	14,3
Itatiaia	3	14,3
Paracambi	3	14,3
Itaguaí	2	9,5
Resende	2	9,5
Quatis	1	4,8
Tempo de atuação no SUS		
	4	
1 a 2 anos	1	19
3 a 4 anos	3	4,8
5 a 6 anos	2	14,3
7 a 8 anos	11	9,5
9 anos ou mais		52,4
Serviço/programas no SUS		
	13	
NASF-AB	1	61,9
UBS	1	4,8
Gestão	1	4,8
Clínica da Família	1	4,8
Clínica da Família	3	4,8
Programa específico	3	14,3
Outro local	2	9,5
Tipo de vínculo empregatício		
Contrato de trabalho	10	47,6
Concurso público/Estatutário	9	42,8
Recibo Pagamento Autônomo – RPA	2	9,5
Carga horária na ABS		
20 horas	4	19
30 horas	5	23,4
40 horas	6	28,6
24 horas	1	4,8
32 horas	3	14,2
16 horas	1	4,8
Outra	2	9,5

Por outro lado, também foi afirmada a realização de atividades que pressupõe maior interação e suporte às equipes de saúde, sobretudo o apoio matricial (52,4%), assim como aquelas que se dispõem a colaborar diretamente com a capacitação continuada dos profissionais (28,6%) ou com a supervisão de estágios e tutoria (14,3%), que caracterizam atividades de cunho técnico-pedagógico.

A Tabela 4 cumpre a função de apresentar os dados obtidos quanto à atuação das profissionais em suas rotinas de trabalho no contexto da ABS, com o intuito de evidenciar, de modo amplo, as características dos trabalhos desenvolvidos e, assim, favorecer o entendimento do possível uso da psicoeducação neste contexto.

Tabela 4 - Descrição das atividades realizadas pelas participantes na ABS.

Categorias	Total	%
Psicoterapia individual	14	66,7
Visitas domiciliares	12	57,1
Apoio matricial às equipes ESF	11	52,4
Psicoterapia em grupo	10	47,6
Aconselhamento psicológico	7	33,3
Capacitação de profissionais	6	28,6
Psicodiagnóstico	5	23,8
Não especificado	4	19
Facilitação de grupos ou oficinas	3	14,3
Tutoria, supervisão de estágios	3	14,3
Outros tipos de atendimento	2	9,5

A população beneficiária dos atendimentos das psicólogas, como mostra a Tabela 5, foi diversificada, com predominância de atendimentos no âmbito da assistência pré-natal (66,7%) e de programas de atenção a pessoas em diferentes fases do ciclo de vida, incluindo atendimentos a adolescentes (47,6%), crianças (42,8%) e idosos (33,3%). Cerca de metade das participantes disse ainda atender a comunidade em geral (52,4%), sendo o público alvo definido a partir das demandas recebidas. Houve também menção a visitas a famílias em seus domicílios (33,3%), a trabalhos organizados por gênero (saúde do homem e da mulher) (33,3%), voltados a pessoas com diagnóstico de doenças crônicas (28,6%) e de orientação a casais (42,8%). Os atendimentos a profissionais da saúde (28,6%) e, sobretudo, da educação (42,8%), também esteve entre as respostas fornecidas.

Tabela 5. População alvo dos atendimentos das participantes no contexto da ABS.

Categorias	Total	%
Gestantes	14	66,7
Comunidade em geral	11	52,4
Adolescentes e estudantes	10	47,6
Professores	9	42,8
Casais	9	42,8
Crianças	9	42,8
Famílias no domicílio (visitas)	7	33,3
Idosos	7	33,3
Homem e ou/mulher	7	33,3
Doentes crônicos	6	28,6
Profissionais de saúde	6	28,6

No que concerne à articulação com as redes de atenção, conforme Tabela 6, observou-se principalmente experiências das participantes na ABS vinculadas à rede de *atenção* à saúde mental (76,2%) através de atividades junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), seguida do direcionamento de práticas juntos aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) (66,7%) e às escolas (52,4%). Em referência um pouco menor, foram relatadas articulações com a justiça e com os Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) (47,6%), assim como com instituições não governamentais (ONGs) e equipamentos direcionados ao esporte e lazer (9,5%).

Tabela 6. Articulação intersetorial no trabalho das participantes.

Categorias	Total	%
Saúde mental	16	76,2
CRAS	14	66,7
Escolas	11	52,4
Justiça	10	47,6
CREAS	10	47,6
Instituições não governamentais	2	9,5
Esporte e Lazer	2	9,5
Outros	3	14,3

As entrevistadas ressaltaram seus esforços de realização de um trabalho intersetorial, como pode ser observado na fala da psicóloga Heloísa ao relatar sua atuação no âmbito do NASF-AB de seu município.

Então, no trabalho do Psicólogo no NASF, eu acredito que a gente tentar apostar em parcerias, seja com escolas, em outros serviços como CRAS, associação de moradores, poder apostar em encontros, articulações com esses serviços, e a gente estar informando coisas básicas. (Heloísa)

4.3 Concepções sobre educação em saúde e sua relevância na ABS

Em relação à percepção das psicólogas quanto ao conceito de educação em saúde e sua importância no contexto da atenção primária, percebeu-se como aspecto central nos seus discursos o caráter preventivo das ações desta natureza mediante a oferta de informações e orientações à comunidade. De fato, os relatos das profissionais caracterizaram a educação em saúde como forma de disseminação de informações aos usuários do sistema de saúde, de maneira individual ou grupal, com vistas à ampliação de conhecimentos e à conscientização sobre fatores determinantes do processo saúde-doença, com efeitos preventivos e de fortalecimento do autocuidado. As falas abaixo ajudam a ilustrar estas concepções.

Educação em saúde está muito ligada à questão da prevenção, de estarmos orientando o máximo que a gente puder a comunidade na qual a gente está inserida pra gente poder tá passando as maiores informações possíveis, porque o que eu percebo é uma falta de conhecimento mesmo, às vezes chega achando que é isso ou aquilo, daí a gente procura acalmar, então vem muito da questão da informação mesmo, até pra evitar coisas desnecessárias. (Vera)

[...] são estratégias na qual você vai direcionar conteúdos para a população para ela poder lidar com sua própria questão de saúde e doença e como ela vai fazer esse autocuidado, como ela vai se responsabilizar pelo seu processo de saúde e manutenção da sua saúde e poder também estar se cuidando. (Márcia)

Educação em saúde é de suma importância até porque o público que vai ao posto eles não têm muito conhecimento sobre a importância deles ouvirem algo relacionado a saúde. É transmitir pra população um pouco sobre as questões relacionadas à saúde, e de alguma forma prevenir e educar para a prevenção através das salas de espera, através dos grupos, mais ou menos isso. (Vera)

Assim, a educação em saúde foi assinalada como um modo de trabalho alinhado aos objetivos da ABS, na medida em que este nível primário do cuidado se volta prioritariamente para a promoção de saúde e a prevenção de agravos, a partir do contato cotidiano dos

profissionais com a comunidade, considerando as peculiaridades de cada território e as demandas recebidas.

Pela Política Nacional da Atenção Básica, a educação em saúde é primordial, deve ser um trabalho eleito pelas equipes nos processos com as populações, pensando principalmente na questão da prevenção e promoção da coletividade, e de fato a população tem que entender seu processo de saúde e adoecimento dentro do seu contexto. (Roberta)

Eu acredito que seja muito importante a questão da educação, da informação, da orientação, da prevenção, principalmente porque a gente tá na base, e nosso trabalho pelo menos deveria ser preventivo nesse sentido. (Carla)

[...] vejo que a atenção básica é o lugar mais privilegiado pra promover informação, pra orientar melhor os pacientes, tanto no sentido de ter acesso mais próximo com a família inteira, com a realidade que aquele paciente tem e no sentido de ser um local onde o paciente vai em diversos tipos de tratamentos, em diversas demandas, e a gente pode abordar pautas diferentes e não só se tem uma questão da saúde mental ou uma questão relacionada ao seu colesterol, enfim, o paciente vai a atenção básica pra demandas muito diversas, eu acho que a gente tem a oportunidade de falar de vários assuntos (Luíza)

A educação em saúde realmente seria fundamental justamente na atenção básica porque nós trabalhamos com a prevenção, nem sempre isso é possível. (Márcia)

De modo complementar, foi destacada a importância de que as informações concedidas no processo educativo estivessem em consonância com as necessidades levantadas junto aos usuários, não se tratando, portanto, de uma ação pontual e meramente informativa, mas de um esforço de apoio longitudinal e dimensionado pela avaliação feita do contexto, tendo em vista à promoção de autonomia, a co-responsabilização e o empoderamento coletivo. Desse modo, o tipo, quantidade de informações e o modo de provê-las sofreria influência da leitura feita da situação a partir da relação estabelecida com o usuário/comunidade.

[...] de fato a população tem que entender seu processo de saúde e adoecimento dentro do seu contexto, e eu acho que essa prática de educação em saúde é você se voltar ao espaço coletivo com as populações e as suas demandas, [...] é esse lugar no qual o profissional de saúde se encontra com as populações atendidas nessa relação de cuidado na perspectiva da promoção e prevenção e na responsabilização do usuário pela sua própria saúde (Roberta)

Eu vejo educação em saúde sendo algo muito maior do que simplesmente uma capacitação (...), mas um trabalho de uma forma longitudinal, onde as pessoas possam se apropriar do próprio cuidado de uma forma autônoma, onde nós enquanto profissionais de saúde, claro, sempre estaremos ali como alicerce, um apoio, mas eles tomando essa autonomia enquanto cuidado. (Heloísa)

Esta postura requer, no entender das entrevistadas, o envolvimento e sensibilidade das equipes de saúde, no intuito de familiarização com a realidade epidemiológica e sociocultural da população atendida, buscando, através da observação dos aspectos psicossociais presentes,

identificar não somente as deficiências em saúde, mas as demandas que se apresentam para além das pautas gerais do setor. O trabalho era influenciado, por exemplo, pelo perfil do usuário, devendo as ações educativas estarem afinadas em termos de seus objetivos, conteúdos e estratégias didáticas com os interesses e características dos sujeitos aos quais se destinam. Nesse sentido, a psicóloga Carla destacou as especificidades do seu trabalho com o segmento adolescente do público assistido.

[...] a gente que lida com adolescentes, então o que eles precisam é realmente disso, informação e de orientação, justamente por estarem numa fase de desenvolvimento, com muitas questões e conflitos relacionados à própria fase, então eu acho que a grande questão é essa, são as informações e as orientações, que muitas vezes eles vêm buscar aqui mesmo no serviço, até quando vem para o atendimento psicológico. (Carla)

No entanto, observou-se, conforme narrativas coletadas, que o trabalho na atenção básica ainda vem sendo fortemente realizado, na prática de muitos profissionais, em uma lógica tecnicista, calcada no atendimento curativista e assistencialista, ao invés de primar por estratégias educativas capazes de fomentar o protagonismo dos usuários. A fala da psicóloga Heloísa ilustra esta visão.

[...] na nossa prática a gente vê muitas vezes um movimento de tutelar esses pacientes [...] só que o que a gente não leva em consideração é que eles vão estar um tempo muito pequeno com a gente, dentro das nossas atividades, sejam individuais quanto coletivas, mas a vida deles dentro do território é muito mais ampla do que isso, e a educação em saúde hoje na prática eu não vejo como algo que se aposta muito [...] se tem ainda um olhar muito medicalizante, assistencialista, onde é mais um braço curativo mesmo, onde os usuários vão quando estão com alguma enfermidade, e a saúde sendo vista apenas como ausência de doenças, não um conceito amplo de uma educação em saúde onde é muito mais do que simplesmente a gente tratar com medicação ou uma terapia, mas apostar em atividades em níveis culturais, de lazer, de esporte, essas coisas ainda são vistas de uma forma bem negligenciada. (Heloísa)

4.4 A Psicoeducação na ABS: objetivos afinados aos cuidados primários

Em relação ao uso da psicoeducação no cotidiano laboral da ABS, buscou-se identificar objetivos e modos de emprego desta estratégia na prática profissional das participantes. Inicialmente, o esforço foi por compreender como elas percebiam as finalidades e as vantagens do emprego de estratégias psicoeducativas na realidade em que atuavam. Todas as 21 psicólogas ouvidas na pesquisa afirmaram fazer uso de psicoeducação em seus contextos de atuação, o que ocorria com frequência constante (quase sempre ou sempre) (85,8%) ou em menor frequência (14,3%), como mostra a Tabela 7.

Tabela 7. Frequência de uso de estratégias psicoeducativas pelas participantes.

Categorias	Total	%
Quase sempre ou sempre	18	85,8
Às vezes	3	14,3

De modo análogo à educação em saúde, a psicoeducação foi descrita pelas psicólogas entrevistadas como um trabalho essencialmente informativo, fundamentado no ato de fornecer informações e orientações aos usuários dos serviços de saúde, o que deve ocorrer de acordo com as necessidades ou demandas percebidas nos atendimentos ou no contato com as equipes de saúde. Em específico, para elas essa atividade de caráter educativo permite ao psicólogo ouvir, esclarecer e orientar os usuários acerca de aspectos psicossociais relacionados às temáticas em pauta, com disponibilização de dados considerados relevantes para ampliar o conhecimento, rever crenças errôneas, fomentar o autocuidado e, em sentido maior, promover saúde.

As falas a seguir ilustram o teor informativo e, por intenção, educativo das práticas denominadas psicoeducativas na percepção das participantes, sendo, portanto, o ato de oferecer seu saber profissional acerca do assunto em questão o que caracteriza estas ações.

[...] se eu entendo certo o que é psicoeducação, eu acho que é essa questão da informação para os pacientes em primeiro lugar [...] acho que a psicoeducação é mais o conteúdo que eu vou trocar com o usuário, eu entendo dessa maneira, um conteúdo que vou trocar, uma informação que eu vou levar, cuidados e orientações às vezes com outros profissionais de saúde, que passa mais por essa troca, por levar informação e escutar o usuário e menos pelo atendimento em si, menos pelo diagnóstico que eu suponho. (Luíza)

[...] o que eu entendo das orientações em psicoeducação é quando a gente faz grupos, quando a gente faz alguma atividade no sentido de orientar algum tema específico que veio como uma demanda desse grupo (Márcia).

Os objetivos associados ao uso da psicoeducação foram diversos, predominando aqueles voltados para esclarecimentos sobre doenças e suas indicações terapêuticas, tanto no que se refere a sofrimentos ou comprometimentos de ordem psicológica (76,2%), incluindo transtornos, angústias e dependência química, como aos adoecimentos em geral (ex.: DSTs, HIV/AIDS). Tanto em relação a lidar com agravos já instalados (57,1%) como no favorecimento a orientação destinada a cuidados preventivos (61,9%). Apareceram ainda finalidades relacionadas a melhorar a saúde e qualidade de vida de diferentes segmentos da população (ex.: idosos, jovens, mulheres) (52,4%), com orientações voltadas ao autocuidado,

bem como informações sobre o desenvolvimento humano (ex.: infância, adolescência, envelhecimento) (52,4%) e experiências de vida específicas (ex.: gravidez) (47,6%) (Ver Tabela 8).

Tabela 8. Finalidades do uso da psicoeducação na ABS segundo as participantes.

Categorias	Total	%
Esclarecer sobre doenças e seus tratamentos	16	76,2
Esclarecer sobre saúde mental	14	66,7
Esclarecer sobre tratamento psicológico	12	57,1
Favorecer cuidados preventivos	13	61,9
Melhorar a saúde e a qualidade de vida	11	52,4
Orientar sobre o desenvolvimento humano	11	52,4
Orientar sobre experiências de vida	10	47,6
Preparar para procedimentos	3	14,3
Outras finalidades	2	9,5

Nas narrativas das entrevistadas, os objetivos da psicoeducação estiveram atrelados a dois aspectos centrais, que originaram as seguintes categorias: (1) informar sobre aspectos emocionais e (2) orientar para o autocuidado. No primeiro caso, prover informações sobre questões de ordem emocional implica em esclarecer acerca de doenças ou transtornos mentais, revendo concepções equivocadas oriundas do senso comum, bem como em orientar sobre determinadas vivências ou situações do cotidiano que geram sofrimento ou provocam prejuízos psicossociais. Desse modo, a expectativa era favorecer um maior conhecimento a respeito da situação, desmistificar certos problemas e diminuir angústias na medida em que a intervenção dá acesso a informações com conteúdo técnico adequado, discute ou problematiza conhecimentos pré-concebidos e faz o direcionando para reflexões e revisões que se mostram necessárias, tudo isso em um contexto de acolhimento e respeito.

[...] percebo que tem chegado muitas situações, de ir para o senso comum e aí “ah porque meu filho é hiperativo”. Calma! O que você entende por hiperativo? Então a gente procura transmitir informação em relação a questões emocionais. (Fernanda)

Então, eu acho que a psicoeducação é levar informação, no caso da questão do psicólogo, principalmente sobre saúde emocional, sobre alguns adoecimentos psiquiátricos e algumas questões que passam mais pelo sofrimento, pelo cotidiano. (Luíza)

Hoje em dia estamos num movimento de querer diagnosticar tudo, então toda agitação de uma criança parece que virou um TDAH, toda tristeza parece que virou depressão, então acho que a psicoeducação entra, principalmente no seu teor informativo, é importante parar, articular e cuidar, no sentido de que nem toda criança que corre é hiperativa, não é a pessoa que hoje acordou triste que está depressiva, então acredito que, nesse sentido, diante de um mundo com muitas informações que são dadas de forma muito indiscriminada, a gente poder com a psicoeducação ter uma ferramenta para as pessoas se localizarem mesmo, inclusive os profissionais. (Heloísa)

Acho que ela [psicoeducação] se mistura com o nosso trabalho, se a gente for falar da atenção básica, do nosso serviço de atendimento ao adolescente, acho que a questão principal do nosso trabalho é essa orientação mesmo, informação, a educação em saúde, porque aqui nós estamos falando de saúde de uma maneira geral, a gente tem outros profissionais da equipe que vão ver as questões biológicas, de desenvolvimento, e a gente fica com as questões emocionais, psicológicas, relativas ao momento que eles estão, o ambiente familiar que eles têm, a relação com os pais ou com o responsável que está ali cuidando por ele, na própria escola, na relação com amigos, com namorado, enfim (Carla)

Por outro lado, a categoria orientar de modo a promover comportamentos de autocuidado pode ser descrita como uma atividade que pressupõe auxílio e estímulo aos usuários para identificarem fatores de risco à saúde e, assim, adotarem cuidados preventivos, além de buscarem modos de vida mais saudáveis e satisfatórios. Esta visão destaca a psicoeducação como proposta preventiva e de resgate da autonomia da população-alvo, a ser realizada em conjunto com as equipes multiprofissionais.

[...] eu acho, pelo menos eu faço bastante no contato com os pacientes da atenção básica, é a questão do autocuidado, eu acho que isso necessariamente passa pelo cuidado do psicólogo, embora não seja o único profissional de saúde, mas é o profissional que acaba precisando abordar mais esse ponto do autocuidado. (Luíza)

[...] a psicoeducação tem esse papel de atender um maior número de população, pegar um maior número de usuários e fazer um trabalho como eu disse anteriormente de educação em saúde, então são estratégias no qual você vai direcionar conteúdos para a população para ela poder lidar com sua própria questão de saúde e doença e como ela vai fazer esse autocuidado, como ela vai se responsabilizar pelo seu processo de saúde e manutenção da sua saúde e poder também estar se cuidando (Roberta)

Então, é um trabalho preventivo e a intenção da escola quando chamou a gente era justamente isso, fazer um trabalho preventivo com os alunos e aí quando você fala da questão da gravidez na adolescência você acaba fazendo esse trabalho preventivo, informativo, de orientação, e foi o que a gente fez, a gente falou sobre sexualidade na adolescência e de tudo que tá envolvido nisso, a gravidez, DSTs, o uso de preservativo, tem esse trabalho individual, dentro da sala, no consultório, mas também tem a parceria com as outras profissionais (Carla)

Em suma, ao favorecer o autocuidado as intervenções psicoeducativas, no entender das entrevistadas, proporciona grande contribuição no âmbito primário da atenção, permitindo alcançar um maior número de pessoas em relação aos atendimentos clínicos tradicionais e estimular a autonomia, a corresponsabilização e a multiplicação das informações. Ademais, o

psicólogo, no processo de transmissão de informações, pode, com essa ferramenta, colaborar para reduzir o desconhecimento de certas situações, como o adoecimento, de modo a diminuir o medo, impedir fantasias e evitar sofrimento desnecessário.

4.5 Modos de uso da psicoeducação na prática profissional na ABS

Com respeito aos objetivos da pesquisa, buscou-se não somente conhecer as percepções das participantes a respeito do tema em estudo, mas também identificar como elas agiam em suas práticas profissionais, considerando as peculiaridades da ABS, por ocasião da utilização de estratégias psicoeducativas. Em suas respostas, apresentados na Tabela 9, as psicólogas mostraram fazer uso de intervenções dessa natureza conforme diferentes modalidades de trabalho, desde os atendimentos individuais (57,1%) até aqueles realizados com grupos (61,9%) e famílias (28,6%). A intervenção psicoeducativa também se fazia presente em ações conjuntas com outros profissionais das equipes de saúde, seja em consultas conjuntas (9,5%) ou em visitas domiciliares (28,6%). As atividades em grupo ocorriam tanto em formato mais estruturado – os grupos psicoeducativos - como em rodas de conversa ou ainda como atividades de sala de espera (4,8%).

Tabela 9. Modos de uso da psicoeducação pelas participantes na prática profissional.

Categorias	Total	%
Atividades em grupo	13	61,9
Atendimentos individuais	12	57,1
Atendimento a famílias	6	28,6
Atendimentos a casais	2	9,5
Acompanhamento pré-natal	4	19,5
Rodas de conversa	4	19,5
Visitas domiciliares	6	28,6
Consultas conjuntas	2	9,5
Palestras	1	4,8
Sala de espera	1	4,8

Como mostra a Tabela 10, as ações psicoeducativas ocorriam em diferentes contextos, tanto em salas específicas da psicologia ou de uso da equipe multiprofissional (52,4%), como em espaços mais abertos das instituições de saúde, como as salas de espera (47,6%), ou mesmo em espaços da comunidade mais ampla, incluindo escolas (61,9%) e a residência dos usuários (76,2%).

Tabela 10. Contextos das atividades psicoeducativas desenvolvidas pelas participantes.

Categorias	Total	%
Espaços da comunidade.	13	61,9
Salas da Psicologia/ consultórios	11	52,4
Salas de serviço/programa de uso da equipe multiprofissional	11	52,4
Salas de espera, varandas	10	47,6
Domicilio dos usuários (visitas)	16	76,2
Depende da atividade	1	4,8

Nas entrevistas, foi possível perceber, conforme as experiências relatadas pelas psicólogas, que a psicoeducação se mostrava presente em diferentes contextos de atendimento psicológico: da intervenção individual aos grupos, do consultório à comunidade.

A função do NASF é de psicoeducação, é transmitir de alguma forma, é promover saúde, independente se é num consultório durante um atendimento, se é em sala de espera, que é onde o público adere de melhor forma quando a gente fala sobre algum assunto, eles até pedem pra fazer na sala de espera, porque já estão num momento chato de espera e falar sobre algo pra eles, e até às vezes chama mais a pessoa, que se atenta mais, ou para um amigo, geralmente ocorre muito (Vera)

Observou-se, portanto, nesta categoria, uma atuação abrangente e diversificada, de acordo com as diferentes frentes de trabalho que compõe a ABS, muitas vezes realizadas com a parceria de outros profissionais. Nos atendimentos individuais, o foco era sobretudo o diálogo e o estímulo a reflexões. Nos grupos e salas de espera, eram abordados temas diversos, a depender da demanda, sobre os quais eram dadas informações e esclarecidas dúvidas. Nas situações mais coletivas e comunitárias, buscava-se o conhecimento das situações e oferta de orientações pertinentes às necessidades percebidas.

Então a gente faz [psicoeducação] nos atendimentos individuais, através do diálogo, através das reflexões, tem os grupos, as salas de espera, que a gente tenta trabalhar assuntos específicos, dando maior informação possível para a população, e sempre que possível estar respondendo a dúvidas. (Fernanda)

[...] no NASF chega dois pacientes, um que chega pro profissional de saúde, seja um médico, seja um enfermeiro e precisa do psicólogo, e chega o paciente que passou por alguma consulta e o profissional identificou que tem uma questão emocional ou tem alguma desordem psiquiátrica, então ele chega também para avaliação, às vezes para o atendimento em conjunto. Então ocorre a psicoeducação tanto quando eu estou nesse atendimento individual com o paciente, como nos grupos. Além de ser psicóloga, eu sou terapeuta comunitária, então quando eu estou numa roda de terapia comunitária é uma possibilidade de estar ali trocando experiências, escutando o sofrimento de cada um e trazendo alguma informação, até de repente sobre alguma experiência enquanto pessoa, porque a terapeuta comunitária tem um espaço para isso, [...] então eu acho que o espaço é esse, o grupo que eu faço, as avaliações individuais, as orientações que eu passo para os pacientes e na conversa com os outros profissionais. (Luíza)

[...] o que eu entendo das orientações em psicoeducação é quando a gente faz grupos, quando a gente faz alguma atividade no sentido de orientar algum tema específico que veio uma demanda desse grupo, então a gente sai e vai atender adolescentes em escolas, vai atender adolescentes nessa fundação [...], que trabalha com oficinas e teoricamente com uma preparação para o mercado de trabalho, não consigo ver algo separado, pra mim faz parte do mesmo pacote. (Márcia)

Quando em situações mais coletivas, de eventos maiores e demandas que estão reprimidas que aí a gente faz um trabalho ligado a roda, a um grupo, que a gente possa atingir um número maior de pessoas e aí sim ali a gente avalia situações que vão ter que ser apontadas como mais especializadas para outros pontos de atenção da RAS. (Roberta)

Como eu falei nos atendimentos individuais, a gente tem uma prática muito pautada em orientações mesmo, mas também em atividade em grupo, faz muita atividade em grupo, faz muita atividade na escola, que é sempre muito voltado para esse viés. (Heloísa)

Eu acho que a gente tem feito de duas maneiras, individualmente quando a gente tá fazendo um atendimento psicológico daquele adolescente, então ali individualmente a gente faz a psicoterapia, dá orientação, dá informação a partir do que ele traz pra gente, se é relacionado a relacionamento amoroso, se é relacionado ao contexto familiar. Mas a gente acaba orientando também de outra forma, com parceria com uma outra psicóloga ou com uma assistente social, a gente tenta fazer trabalhos também fora do serviço, embora isso não tem sido muito frequente, mas a gente fez há pouco tempo um trabalho de orientação, de informação, porque era da temática da gravidez na adolescência (Carla).

As psicólogas indicaram seus esforços em realizar ações educativas na comunidade, para além dos atendimentos de natureza clínica nos consultórios. No entanto, referiram se tratar de ações de transição entre modelos de atuação, ainda insipientes ou em caráter experimental. Diante das limitações do modelo clínico tradicional, buscava-se atividades inovadoras em espaços comunitários, afinadas com os cuidados primários, marcadas pela mudança de uma prática mais clínica individualizada para uma prática mais ampla e preventiva na comunidade, com intuito de desenvolver novas possibilidades de intervenção, de bases mais comunitárias.

Ainda estou na transição do trabalho da Atenção Básica, e ainda a equipe requer um trabalho clínico e individualizado dos casos, e ainda estamos nessa aproximação de um trabalho mais psicoeducativo, amplo pra atingir um maior número de pessoas em termos de grupos coletivos, então ainda está se aproximando do que seria ideal de estar podendo fazer. [...] Temos feito algumas rodas de conversa, ainda com pares do NASF e a gente sempre tentando chamar as pessoas da equipe para esse fazer coletivo, então às rodas de conversa são relativas a situações ligadas a aspectos de saúde mental que às vezes pelo número de pessoas a gente acaba colocando essas avaliações em grupo, situações também relativas a encaminhamentos para especialidades que tem uma lista grande, e junto com a gerência a gente resolve fazer esse tipo de trabalho junto com os coletivos, por exemplo, neuropsiquiatria e neurologia relativa à infância, e a gente fez muito isso por aqui junto com os familiares, com os pais porque a demanda é muito grande, principalmente pedido de escolas, em atividades também junto com a equipe, como eu falei em aspectos de programas, por exemplo, Outubro Rosa, a gente faz atividades relativas à mulher

junto com a enfermeira, mais junto com o pessoal da enfermagem que tem que fazer os preventivos, então estamos aumentando isso a cada dia (Roberta)

Hoje a psicoterapia a gente não tem como fazer, mas a gente acaba fazendo um acompanhamento terapêutico muito voltado para orientações mesmo, mas a gente acaba fazendo sim um acompanhamento terapêutico com os pacientes, principalmente com crianças, então com crianças a gente foge um pouco da questão unicamente da psicoeducação, a gente acaba trabalhando também outros dispositivos terapêuticos além desse. [...] por exemplo, a gente tem sempre muita demanda de criança, a escola encaminha demais, então uma prática que estou tentando colocar com frequência é exatamente pra gente não conseguir absorver toda essa demanda em atendimento individual, principalmente em atendimento individual contínuo que para criança é mais necessário ainda, até porque a gente não vai trabalhar simplesmente dando informações teóricas para elas, eu costumo trabalhar muito com os familiares dessas crianças, fazer grupos, e fazer encontros seja com os orientadores, com a escola, com os professores, na própria escola, claro que cada criança vai vir com uma demanda diferente, mas há temas que atravessam todas, como por exemplo, a questão do uso de eletrônicos, assuntos mais gerais. Então esses grupos dos responsáveis eu volto mais pra isso, pra gente trabalhar questões nesse sentido, que vai atravessar todas essas demandas (Heloísa)

De modo coerente, o público-alvo das intervenções psicoeducativas era também amplo e diversificado, embora algumas das entrevistadas centrassem suas ações na maior parte com um tipo de usuário, como os adolescentes. Prevaleceu o trabalho com sujeitos adultos (71,5%), principalmente mulheres, adolescentes (66,7%), idosos (52,4%) e usuários da rede de saúde mental (42,8%), crianças e famílias (33,3%) (Tabela 11).

Tabela 11. Pessoas as quais se destinavam as ações psicoeducativas das participantes.

Categorias	Total	%
Adultos	15	71,5
Adolescentes/jovens	14	66,7
Idosos	11	52,4
Usuário da rede de saúde mental	9	42,8
Profissionais de saúde	9	42,8
Crianças	7	33,3
Famílias	7	33,3
Usuários do serviço em geral	3	14,3
Escola – estudantes, professores	1	4,8
Outros	1	4,8
Gestantes	1	4,8

Nós fizemos também atividades relativas a alguns temas da mulher, ao dia da mulher, o homem, que também é um público que não acessa muito, a gente tá muito com planejamento relativo a jovens e adolescentes que tem chegado uma demanda de saúde mental que a gente ainda está em período de planejamento (Roberta)

[...] a gente lida com adolescentes então eles trazem algumas questões que a gente precisa também estar falando, porque muitas vezes eles também não têm esse apoio

em casa, ele não tem com quem conversar, não tem de repente um círculo de amigos, pessoas em quem ele confia, então a gente acaba fazendo isso também, não só fazendo a escuta claro, mas também orientando em relação as questões que ele trás relativas a vida dele, ao contexto familiar, a escola, as amizades, aos relacionamentos amorosos, enfim. (Carla)

As demandas para as intervenções psicoeducativas vinham de diferentes fontes, sobretudo dos próprios usuários (85,8%), que, durante os atendimentos, evidenciavam suas necessidades e, às vezes, expectativas por algum tipo de informação ou orientação. Atuavam ainda como demandantes os profissionais de saúde (38,1%), que solicitavam o atendimento do psicólogo em certos casos a partir de suas observações e interações com os usuários (Tabela 12).

Tabela 12. Origem das demandas por psicoeducação recebidas pelas participantes.

Categorias	Total	%
Solicitação dos usuários	18	85,8
Profissionais das UBSs	8	38,1
Escolas / Programa Saúde na Escola	8	38,1
Não há demanda específica	1	4,8

Eu acho que é através dos próprios adolescentes, muitas vezes são eles que pedem esse apoio psicológico, às vezes é o colega daqui do serviço que percebe alguma questão no atendimento, seja um médico, ou seja, uma enfermeira ou assistente social, e eles pedem esse apoio, ou seja, vem da demanda do próprio adolescente como dos outros profissionais que percebe a necessidade de uma informação mais específica, de uma orientação, de um apoio aquele adolescente. Ou eles mesmos no próprio atendimento individual, eles acabam demandando essa informação, essa orientação, a partir daquilo que eles estão vivenciando ou até mesmo de dúvidas. Enfim vem desses dois lados, do atendimento individual do próprio adolescente, quanto dos outros profissionais também, que percebem alguma questão durante o atendimento (Carla)

[...] tem postos de saúde e unidades que realmente a equipe também trás essa demanda, seja em relação, como, por exemplo, hoje mesmo na unidade que eu estava a enfermeira pediu para eu fazer um trabalho de humanização com os agentes de saúde, então há unidades que também tem uma visão de que isso é uma ferramenta importante (Heloísa)

Havia também demandas oriundas de outras instituições ou programas a elas vinculados, como o Programa Saúde na Escola (38,1%).

Muitas vezes sou eu que vou até a demanda, mas tem a escola, tem muita escola que é parceira, sugerem fazer grupos sobre dar esclarecimentos sobre transtornos até porque os professores não estão conseguindo identificar, porque acham que toda agitação vai ser hiperatividade, ou toda ansiedade vai ser um transtorno, então vamos fazer um grupo para esclarecer, ansiedade é isso, TDAH é isso (Heloísa)

Agora é proposto programa na escola, a escola trás: “estamos precisando falar sobre isso, a psicóloga pode estar indo lá”. Ou às vezes os postos de saúde, eles têm cronograma de ação, como se fosse uma programação e eles já tem o setembro amarelo, o novembro azul, metas, precisamos falar sobre tais temas e os temas relacionados à Psicologia eles encaminham e falam o que a gente tem que falar na sala de espera e a gente acaba fazendo. (Vera)

Como visto nas falas acima, as temáticas abordadas na veiculação de informações durante as atividades psicoeducativas podiam ser definidas a priori, a partir do contato das psicólogas com outros profissionais da unidade ou equipe de saúde ou de outras instituições. Também o próprio usuário podia evidenciar os assuntos de seu interesse.

Os principais temas tratados, conforme experiências das participantes, eram doenças crônicas não transmissíveis e seus tratamentos (57,1%), assim como DSTs HIV/Aids (47,6%), gravidez e assuntos relacionados (52,4%), educação e cuidado de crianças (57,1%), cuidados preventivos em geral (61,9%) e envelhecimento saudável (38,1%) (Tabela 13).

Tabela 13. Temáticas abordadas pelas participantes nas atividades psicoeducativas.

Categorias	Total	%
Doenças crônicas não transmissíveis	12	57,1
DSTs, HIV/Aids	10	47,6
Gravidez e assuntos relacionados	11	52,4
Educação e cuidado de crianças	12	57,1
Cuidados preventivos em geral	13	61,9
Envelhecimento saudável	8	38,1
Cidadania	6	28,6
Outros	3	14,3
Dependência química	1	4,8
Violência e seus determinantes	1	4,8
Planejamento familiar	1	4,8
Relações familiares	1	4,8
Autocuidado / saúde emocional	1	4,8

Diversos temas faziam parte do trabalho psicoeducativo a depender das características e necessidades da população alvo, como era o caso das intervenções feitas pelas psicólogas com o segmento adolescente do município onde atuavam.

[...] a gente atende as adolescentes gestantes, elas fazem o pré natal aqui no nosso serviço e aí a gente vê que essas adolescentes muitas fizeram o primeiro atendimento delas aqui no serviço já no pré natal, já buscando o acompanhamento dessa gravidez, não houve uma procura antes de informação, de orientação quanto ao uso de preservativo, para se evitar uma DSTs, inclusive algumas, além de grávidas apresentam alguma DST e outras doenças que poderiam ter sido evitadas. Então a gente percebe que esse trabalho preventivo é muito importante, principalmente com

o nosso grupo hoje que são os adolescentes, em razão da particularidade dessa fase, da imaturidade, pela impulsividade, a gente vê que eles acabam se colocando em risco muitas vezes, então esse trabalho preventivo é muito importante e se faz necessários a prevenção e informação para se evitar algumas coisas que possam trazer algum tipo de sofrimento, de mudanças bruscas, familiares, sociais, emocionais. (Carla)

Eu trabalho especificamente com adolescentes, mas também atendo familiares, eu oriento no sentido de prevenção, no sentido de inserção no mercado de trabalho, eu já vim de muito tempo de prática de RH, então eu oriento a entregar os currículos, oriento como se posicionar numa entrevista, mesmo dentro de algumas situações que permeiam isso quando faço acompanhamento psicoterapêutico, então realmente é uma coisa que eu acho necessário, porque às vezes a pessoa tem tantos conflitos, tem tanta dificuldade, só que, por exemplo, às vezes começar a trabalhar, começar a se lançar no mercado de trabalho seria uma forma também de situação de melhora desse quadro desse paciente. (Márcia)

Entretanto as psicólogas frisaram que, em grande parte das vezes, a demanda pela psicoeducação se construía na interação com os usuários, sem definição prévia de um tema ou planejamento antecipado. As temáticas e momento da intervenção eram definidos a partir do diálogo, da troca mantida no processo interativo. Ou seja, as demandas surgiam ao longo do atendimento, conforme situações que evidenciavam a relevância de facilitar determinados conhecimentos aos usuários.

[...] eu não acho que existe uma demanda específica pra isso, eu acho que é pra todos, então eu acho que não tem muito essa seleção, acho que ao longo do diálogo e da intervenção vai surgindo. Eu não penso “ah hoje eu vou fazer psicoeducação”, eu não vejo dessa maneira, eu vejo ali no próprio atendimento vai surgindo uma situação ou outra que você precisa entrar com uma informação, passar um conhecimento pra aquela pessoa. (Fernanda)

A partir do que o paciente me trás, que eu julgo que ele precisa de certa informação, perguntando o que ele acha sobre determinado assunto, ou eu quando o paciente fala alguma coisa, são as orientações que eu dou, a mesma coisa com os outros profissionais, [pergunto] o que você sabe sobre esse assunto? Acho que a demanda vem a partir do que eu converso ali. (Luíza)

[...] eu acho que a dificuldade está um pouco nisso, de chegar com uma proposta, eu acho que é mais eficiente quando eu escuto a demanda e levo as orientações a medida do que a pessoa está precisando. (Luíza)

[...] a gente tá fazendo um atendimento psicológico daquele adolescente, então ali individualmente a gente faz a psicoterapia, dá orientação, dá informação a partir do que ele trás pra gente, se é relacionado a relacionamento amoroso, se é relacionado ao contexto familiar. (Carla)

Nesse sentido, a estratégia utilizada na intervenção psicoeducativa recaía sobretudo na interação verbal. O trabalho era baseado no diálogo, na troca, em espaços que se caracterizavam pela escuta, acolhimento e orientação, como exposto pelas seguintes psicólogas:

[...] o que a gente tem de recurso material somos nós mesmos, então é muito do diálogo, de roda de conversa, de atendimento individual, onde só é com a troca (Fernanda)

O que faço na atenção básica é escutar a demanda dos usuários, fazer algumas avaliações, promover trabalhos de grupo, nesse sentido eu estou mais escutando os usuários, [...] acho que a psicoeducação é mais o conteúdo que eu vou trocar com o usuário, e eu entendo dessa maneira, um conteúdo que vou trocar, uma informação que eu vou levar, cuidados e orientações as vezes com outros profissionais de saúde, que passa mais por essa troca, por levar informação e escutar o usuário. (Luíza)

Prevalecia, portanto, o atendimento não estruturado e as rodas de conversa como modos de relação durante as intervenções.

Trabalho mais psicanaliticamente, então é mais difícil fazer o trabalho em grupo, eu uso a psicoeducação como se fosse um atendimento em grupo, [...] então eu uso as rodas de conversa como se fosse um atendimento em grupo pra fazer psicoeducação, então vou com tema ou às vezes trabalho alguma coisa que eles mesmos solicitam, às vezes quando é infantil, criança, às vezes eu utilizo brincadeiras que envolvem algum tema, que por trás ali tem alguma coisa que eles nem imaginam que tem a ver. O PSE que é o programa de saúde, que é sempre muito importante, por exemplo, na parte de adolescente que eles adoram quando a gente vai na escola falar sobre temas relacionados a psicologia, eles são apaixonados, porque não tem aquela coisa muito mais técnica, mas que deixa aberto para que eles falem sobre aquele assunto, então é uma das ferramentas, sala de espera, roda de conversa. (Vera)

Entretanto, no questionário, uma parte das participantes, indicaram usar recursos durante seus atendimentos em psicoeducação, como dinâmicas e vivências nas intervenções grupais (80,9%), rodas de conversa (76,2%), recursos como folders, panfletos e cartazes com fotos e ilustrações (33,3%) e vídeos (42,8%). (Tabela 14).

Tabela 14. Estratégias e recursos utilizados pelas participantes no trabalho psicoeducativo.

Categorias	Total	%
Dinâmicas e vivências de grupo	17	80,9
Rodas de conversa	16	76,2
Vídeos	9	42,8
Folders e panfletos	7	33,3
Fotos e ilustrações	7	33,3
Cartazes	7	33,3
Jogos	6	28,6
Encenações e dramatizações	3	14,3
Palestras	1	4,8

A psicóloga Luíza, no trabalho com psicoeducação, relatou agir até de forma intuitiva, sem um planejamento prévio e embasamento teórico específico.

(...) eu suponho que eu faço psicoeducação, se é que eu faço é de uma forma intuitiva, de uma forma que é importante para o usuário ter informação, entendo que é preciso discutir, escutar dele informação, mas eu não tenho um rigor formal, uma orientação ou uma teoria onde eu possa me basear. (Luíza)

Segundo Vera, muitas vezes os próprios usuários ajudavam a conduzir o processo interventivo, assumindo algumas falas e adotando uma postura ativa e dialógica.

Por exemplo nos grupos, são pacientes que já são atendidos, geralmente faço grupos com pacientes que já estão em atendimento, então às vezes no tema eles se pronunciam, e às vezes eu falo uma palavra e eles já vão falando sozinhos, eu não preciso falar nada. (Vera)

Além disso, as psicólogas enfatizaram que o trabalho psicoeducativo podia ocorrer durante quaisquer momentos do processo terapêutico ou das intervenções grupais, não havendo um momento ou ocasião específicos para uso dessa estratégia. A psicoeducação foi, portanto, indicada como parte do processo interventivo e, como tal, ocorria mediante as trocas constantes com os usuários.

Eu acho que ela tá inserida em todo o trabalho, e não posso estar fazendo um trabalho específico de psicoeducação, mas eu acho que ela tá inserida dentro de um atendimento terapêutico a longo prazo, porque a todo momento você vai tá ali construindo e trocando esse conhecimento com essa pessoa que tá ali com você (Fernanda)

[...] na questão da educação estar presente, a gente faz a escuta do adolescente, mas a gente também acaba fazendo um trabalho preventivo, de estar informando, não tem como separar uma coisa da outra daquele atendimento psicoterápico que acaba sendo psicoeducativo também, tem também a escuta, mas tem também o momento da orientação e informação, até porque eles demandam isso, e como nosso público alvo é adolescente ele demandam informação, orientação pelo momento que eles estão passando, em relação a relacionamentos amorosos, familiares, porque tem os conflitos com a mãe ou com o pai, conflito com os irmãos, então tem as questões próprias da adolescência, então além desse atendimento psicoterápico, eles acabam demandando essas orientações em relação a esse momento que eles estão vivendo". (Carla)

Embora o psicólogo realize, em grande parte, as intervenções psicoeducativas de modo orientado aos aspectos psicológicos envolvidos nas questões tratadas, é pertinente lembrar que os trabalhos educativos se beneficiam da atuação integrada dos membros da equipe multiprofissional, os quais, em suas diferentes especialidades, podem integrar seus conhecimentos e atividades em benefício dos usuários. Desse modo, as participantes mostraram os modos de interação mantidos com os profissionais das equipes durante o trabalho psicoeducativo, principalmente na condução de grupos psicoeducativos (66,7%) e visitas conjuntas (61,9%), bem como nos momentos que antecedem (planejamentos) e sucedem (avaliações) a intervenção (52,4%) (Tabela 15).

Tabela 15. Modos de integração do trabalho psicoeducativo entre as participantes e profissionais de outras especialidades.

Categorias	Total	%
Não há participação de outros profissionais	2	9,5
Participam em consultas conjuntas	7	33,3
Participam em visitas conjuntas	13	61,9
Participam na condução de grupos psicoeducativos	14	66,7
Participam no planejamento das ações psicoeducativas	11	52,4
Participam da discussão das ações psicoeducativas	11	52,4
De outro modo	3	14,3

Estas trocas ocorriam com profissionais de diferentes especialidades, que colaboravam nas ações educativas, sendo estes predominantemente assistentes sociais (71,5%), enfermeiros (66,7%) e agentes comunitários de saúde (57,1%) (Tabela 16).

Tabela 16. Percepção das psicólogas sobre a colaboração de outros profissionais nas ações educativas.

Categorias	Total	%
Assistentes sociais	15	71,5
Enfermeiros	14	66,7
Agentes Comunitários de Saúde	12	57,1
Técnicos de enfermagem	6	28,6
Nutricionistas	9	42,8
Outros psicólogos	8	38,1
Fisioterapeutas	7	33,3
Médicos	5	23,8
Fonoaudiólogos	3	14,3
Profissionais em geral, depende do tema abordado	3	14,3
Nenhum	1	4,8
Educadores físicos	1	4,8
Outro profissional	1	4,8

Como já mencionado, o trabalho com outros profissionais, aspecto marcante do NASF, podia decorrer da solicitação de apoio ou encaminhamento de algum caso, o que abria caminho para (mas não assegurava) um trabalho integrado. Pelas falas das entrevistadas, a

participação de outros profissionais nas ações psicoeducativas parecia ocorrer de três modos distintos, mencionados a seguir.

1) Solicitação de intervenção psicológica ou encaminhamento.

[...] é um cotidiano que a gente faz muito também do que a equipe demanda, das questões que estão acontecendo no momento, muito pela demanda, porque como trabalho no NASF é muito a partir do apoio do que a equipe nos procura, mas ainda é uma coisa que a gente tem que estar buscando junto com a equipe pra fortalecer mais. (Roberta)

2) Realização da intervenção de modo conjunto.

Então foi muito legal e acho que as poucas pessoas que puderam vivenciar esse momento que a gente conseguiu construir, fisioterapia, ensinando pra eles a melhor maneira de pegar o acamado, de relaxamento também, a parte da Psicologia, explicando também as questões emocionais, de não esquecer de olhar para si, enfim, todos os profissionais, a parte de nutrição, foi muito bacana (Fernanda)

Temos feito algumas rodas de conversa, ainda com pares do núcleo de apoio a saúde da família e a gente sempre tentando chamar as pessoas da equipe para esse fazer coletivo, [...] a gente faz atividades relativas à mulher junto com a enfermeira, mais junto com o pessoal da enfermagem que tem que fazer os preventivos, então estamos aumentando isso a cada dia [...] (Roberta)

3) Oferta de orientações e apoio para potencializar o trabalho de outros profissionais.

[...] trazendo informações para os outros profissionais que não são psicólogos, porque no trabalho do NASF é algo que se precisa discutir caso, precisa segurar na atenção básica questões que não precisam ir pra média complexidade, pra uma atenção mais especializada (Luíza)

[...] e acho que nos espaços de discussão de casos quando eu estou conversando com um profissional de saúde eu levo informação pra ele sobre a continuidade do trabalho dele com aquele paciente depois, ele vai levar alguma bagagem também (Luíza)

Conforme Luíza, os integrantes da equipe de saúde, ao receberem orientação do(a) psicólogo(a), podem ter suas ações profissionais maximizadas no sentido do apoio psicossocial e passam a se ver também como capazes e responsáveis por iniciativas de acolhimento e psicoeducação.

[...] as discussões de caso com os profissionais estão ficando mais ricas, com mais informação, até nesse sentido de que nem tudo talvez precise passar pelo psicólogo, nem todo adoecimento é emocional, porque talvez a pessoa está passando por algum momento de angústia e não necessariamente é o psicólogo que vai dar conta daquilo, que a escuta tem um alcance importante, então acho que isso é uma coisa que a gente alcança (Luíza)

Nesse sentido, o trabalho com o colega de equipe mostra-se relacionado à ação de apoio matricial e de interconsulta, já que, neste caso, o profissional de psicologia, ao invés de realizar a intervenção diretamente, colabora para que seus pares tenham ações mais efetivas no cotidiano da assistência em saúde, considerando os aspectos psicossociais presentes nos atendimentos. Assim, aumenta as chances de que problemas sejam resolvidos no âmbito da atenção primária, sem ser necessário o encaminhamento para outros níveis da atenção em saúde.

4.6 Avaliação do uso da psicoeducação na ABS

Ao serem questionadas sobre o valor do uso de intervenções psicoeducativas em seus contextos de trabalho, todas as participantes afirmaram ser muito relevante empregar estratégias desta natureza nos serviços e programas da atenção primária em saúde. Nesse sentido, o uso da psicoeducação foi defendido como coerente com os objetivos e princípios da ABS, o que torna as ações educativas parte importante do desempenho esperado das equipes multiprofissionais. Em tal nível da atenção em saúde, este tipo de estratégia interventiva deveria, por conseguinte, estar mais presente e ser mais forte do que os atendimentos psicoterápicos, pois se afina com o papel do NASF em termos de realizar e apoiar ações promotoras de saúde e de cuidados preventivos. Para ilustrar esta visão, segue relatos de algumas entrevistadas:

[...] na atenção básica, especificamente, a gente acaba trabalhando um pouquinho mais dessa questão da psicoeducação porque é o nosso papel ali, é o papel do NASF, um dos papéis principais do NASF é a educação em saúde, então eu acho que dentro da atenção básica é um pouquinho mais forte e mais trabalhada do que nos atendimentos de ambulatório ou consultório particular. (Fernanda)

Eu acredito que hoje, falando em relação ao NASF, a gente tem um papel que não é simplesmente de psicoterapia, até porque não dá, é completamente inviável a gente fazer, a gente cobre várias unidades por semana, então isso seria inviável, já é por si só inviável, então poder apostar em fornecer informações, até porque isso de alguma forma também é terapêutico a gente poder ajudar as pessoas a nomear a angústia, aquela situação conflituosa que ela está passando, não deixa de ser um dispositivo terapêutico também. (Heloísa)

É prevenção, a maior parte da atenção básica, primária, ela é voltada para a psicoeducação, claro que de psico relacionado à Psicologia e as outras áreas relacionadas às áreas delas. E já a atenção secundária onde tem os atendimentos realizados toda semana que é voltada apenas pra clínica, que não tem que fazer visitas, não tem que ir pra escola promover saúde, eu acho que é mais voltado para o atendimento em si, numa psicoterapia normal, comum, análise. (Vera)

4.6.1 Benefícios da psicoeducação

As entrevistadas apontaram os benefícios advindos do trabalho psicoeducativo a partir de suas vivências e observações ao longo dos seus anos de inserção no SUS. Primeiramente, foi destacado tratar-se de uma técnica que se coaduna com a proposta e compromisso da atenção primária, já que permite fortalecer o autocuidado e alcançar resultados preventivos. Nesse sentido, como mostra a maior parte de suas respostas, a psicoeducação faz parte dos protocolos de atendimento valorizados na saúde pública, tendo boa aceitação pelos usuários (47,6%), e constitui uma demanda dos gestores (28,6%), sendo de aplicação relativamente fácil (38,1%) e de potencial para alcance de maior número de beneficiários (42,8%), além de ter eficácia comprovada (47,6%) e encontrar apoio na preferência delas próprias (42,8%).

Tabela 17. Fatores que favorecem o uso da psicoeducação na rotina da ABS conforme as participantes.

Categorias	Total	%
Tem boa aceitação pelos usuários	10	47,6
Faz parte do protocolo de atendimentos	10	47,6
Preferência por este tipo de estratégia	9	42,8
É de fácil aplicação	8	38,1
Benefícios já constatados	10	47,6
Alcance de maior número de usuários	9	42,8
É solicitado pela gestão	6	28,6
Trata-se de recurso de baixo custo	4	19,1

A análise dos benefícios da psicoeducação apontados pelas entrevistadas permitiu a identificação de oito categorias com conteúdos voltados tanto para resultados que mostram ganhos para o usuário e seu entorno social, como as contribuições da psicoeducação para melhoria dos serviços ofertados.

Em nível dos usuários, os conteúdos encontrados permitiram elaborar as categorias elencadas abaixo.

1) Promoção do autocuidado: o conhecimento facilitado pela psicoeducação promove o autocuidado e ajuda a prevenir agravos à saúde na medida em que leva a uma melhor autopercepção da saúde pessoal e dos fatores que a afetam, além de fortalecer a autonomia.

Eu acho que contribui cem por cento, porque a população, quanto mais conhecimento que ela tiver em saúde, mais autocuidado vai ser desenvolvido (Fernanda)

Eu acho que é o autocuidado, eu acho que o grande ganho que a gente tem com a pessoa, com cliente e paciente é ele mesmo se cuidar, identificar certas coisas, não deixar situações crescerem ao ponto de perder o controle ou precisar de uma intervenção um pouco mais específica ou de se assustar e já se apavorar com coisas que talvez não precisasse de tanto, então acho que é esse equilíbrio, é esse autocuidado que trás esse equilíbrio para a pessoa, da pessoa se auto perceber, isso dá tempo pra eu procurar com calma, isso daqui já é algo mais sério (Fernanda)

[...] eu acho que uma pessoa informada tem condição de saber como se cuidar, saber que tipo de profissional buscar, se é uma questão de saúde para ter um cuidado [...] então eu acho que ter essa informação é uma coisa que trás autonomia para a pessoa e leva ela a buscar um tratamento que ela precisar, mas ela precisa ter esse reforço da informação, ela precisa tanto ter com quem contar, eu acho importante a pessoa ter informação que ela precisa buscar e no que ela consegue desenvolver sozinha no cotidiano dela (Luíza).

Eu acho que colaboraria principalmente, a gente usar como ferramentas grupos, trabalhos coletivos, acredito que é algo muito positivo e tem que ser muito apostado, muito usado, porém há sim uma resistência das pessoas em aceitar e eu acho que a psicoeducação ela é importante principalmente pra gente trabalhar, primeiramente porque é difícil pela cultura ainda muito curativa, então muitas vezes a gente tem um movimento contrário tanto da população quanto da equipe de realizar conversas sobre, por exemplo, das dificuldades que a maternidade trás, que não é necessariamente a gente falar sobre cada período específico da gestação, mas é oportunizar espaço onde essas mães possam trazer angústias e trabalhar justamente numa possível prevenção de problemas que possam surgir depois, como uma depressão pós-parto, e principalmente ser um dispositivo para que as pessoas possam criar sua própria autonomia, seu próprio cuidado. (Heloísa)

As psicólogas ressaltaram, portanto, a importância em promover a participação ativa dos usuários e famílias no tratamento, com a proposta de estimulá-los a adquirirem maior responsabilidade à medida que o vínculo e confiança com o profissional são conquistados.

2) Redução de respostas emocionais: o acesso a informação adequada reduz o medo, elimina fantasias e evita situações desnecessárias. Nessa direção, amplia possibilidades do usuário identificar e controlar situações de risco potencial a sua saúde, deixando-o menos ansioso ou assustado.

[...] eu acho que tira a venda, aquela coisa do monstro, as pessoas têm muito medo da doença, e esse medo faz com que criem situações desnecessárias, então eu acho que é muito importante, não tem como ficar sem (Fernanda)

3) Redução de conflitos interpessoais: a orientação possibilitada pela psicoeducação ajuda a dirimir conflitos nas relações intrafamiliares e torna mais eficaz o resultado da intervenção.

Eu acredito que é psicoeducação sim, no sentido de orientação de família, de orientação quando vem os pais e os responsáveis, às vezes vem uma família e a

gente faz duas ou três escutas, a gente orienta e realmente a coisa parece que funciona de forma mais efetiva, mais funcional essa família se torna, porque no momento em que o conflito existe, as pessoas têm muita dificuldade de entender o que é meu e o que é do outro, o que é confuso, então quando às vezes só duas ou três orientações que você consegue fazer para alguma família que se mostra receptiva pra segui-las, eu acredito que muitas famílias já se reorganizam de uma outra forma e aquele momento era só aquilo que aquela família precisava, de uma orientação. (Márcia)

4) Percepção de acolhimento: a psicoeducação fortalece a percepção do usuário de estar sendo acolhido e cuidado.

A gente tem conseguido de alguma forma dirimir algumas queixas que os pacientes trazem para as equipes de uma forma que eles saiam daqui cuidados e acolhidos, acho que é isso que eu tenho percebido na psicoeducação, com a situação de você falar de alguns temas, trazer algumas questões que estão ali reprimidas de algumas demandas específicas, o paciente se sente acolhido, se sente cuidado e sai um pouco melhor da unidade, acho que ele se sente um pouco mais cuidado e daí a responsabilização, porque é um aspecto da psicoeducação meio que para dirimir demandas, porque sempre tem esse aspecto do volume e eles se sentem cuidado e você consegue conhecer melhor aquela família junto com aquele agente da área, aquele enfermeiro que está cuidando daquelas pessoas (Roberta)

5) Multiplicação de informação: a psicoeducação favorece a multiplicação da informação na medida em que os usuários podem disseminar a informação recebida para outras pessoas do seu convívio social.

Eu acho que nesse multiplicador de informação, eu acho que essa é a maior importância e contribuição da psicoeducação [...]. Resultados positivos, como eu falei anteriormente, de multiplicação, quando eu falo sobre um tema e eles às vezes não trazem questões só deles, mas falam sobre um amigo que está passando por isso, e começam a falar sobre a experiência deles com aquela coisa que tá acontecendo mas não relacionado a eles, mas ao amigo, então eu posso falar pra ele, por exemplo, o setembro amarelo que foi um tema muito difícil de sair falando nas unidades, mas que de certa forma ajudou muita gente, houve uma procura maior de pessoas que multiplicaram, que o amigo tem e levaram o amigo para conversar e ter um direcionamento (Vera)

Em nível dos serviços de saúde, outras categorias foram identificadas a partir do relato das psicólogas entrevistadas, como descrito e exemplificado a seguir.

6) Alcance de mais usuários: as intervenções psicoeducativas, sobretudo quando realizadas em grupos, aumentam as possibilidades de se alcançar um maior número de usuários dado o caráter informativo da técnica.

Acredito que ela amplia o escopo das ações do psicólogo e para atingir um número maior de usuários, de pessoas, e no trabalho com a equipe em poder fazer trabalhos mais diversificados, como por exemplo, oficinas da memória, grupos coletivos relativos a temáticas sazonais que o próprio Ministério que diz que a gente precisa estar no coletivo daquela população, e o psicólogo praticando a psicoeducação em determinados assuntos, como, por exemplo, Setembro Amarelo sobre a questão do

suicídio, isso aumenta as possibilidades de ampliar um número maior de pessoas. (Roberta)

O psicólogo na sua própria formação é muito colocado para fazer um trabalho clínico e ambulatorial individualizado, acho que a psicoeducação tem esse papel de atender um maior número de população, pegar um maior número de usuários e fazer um trabalho como eu disse anteriormente de educação em saúde. (Roberta)

7) Redução de encaminhamentos: a psicoeducação reduz a necessidade de encaminhamentos para outros profissionais e outros níveis de atenção.

De uma forma uniforme eu acho que eu não consigo falar, eu penso em questões pontuais, como por exemplo, diminuição de certos encaminhamentos, determinadas demandas não vem com a frequência que vinham antes, inclusive à escola que mandava com certa frequência e depois que a gente faz o trabalho não mandam mais, pelo menos não com a frequência absurda de encaminhamentos de demandas que não era pra ir, e da própria unidade também, a gente faz muito trabalho com os agentes de saúde, pelo menos eu já fiz bastante, dos próprios agentes estarem se apropriando dessa posição deles, de até chegar caso pra gente para discussão, fui fazer visita em tal lugar, e aconteceu isso e isso, pensei nisso será que a gente poderia fazer e eles mesmos dando ideias, fazendo um grupo tal porque apareceu essa demanda, então eu vejo essas pontualidades. (Heloísa)

8) Fortalecimento do trabalho conjunto: o uso da psicoeducação amplia as possibilidades do trabalho conjunto entre os profissionais de saúde, que podem compartilhar o planejamento e execução das intervenções, com contribuições atinentes a suas áreas de saber.

Uma das coisas que a psicoeducação trás de específico é o poder que tem o psicólogo em poder trabalhar também com as equipes de atenção básica, no sentido mais diretivo, de poder estar com os seus pares da equipe da saúde da família que eles também junto com os planejamentos e as ações de planejamento a gente pode fazer coisas bem compartilhadas, diferentes de uma atuação mais específica clínica e assistencial, no que tange a uma psicoterapia, a situações específicas estritas a atuação do psicólogo e a educação você consegue compartilhar mais saberes junto com a equipe (Roberta)

No entanto, seria importante dispor de profissionais devidamente capacitados e com maior disponibilidade de tempo e recursos para o investimento em ações mais amplas e efetivas no campo da educação em saúde. Nesse sentido, a psicóloga Márcia ressaltou que os resultados da psicoeducação poderiam ser potencializados mediante a atuação de profissionais capacitados para tal e com funções e carga horária diretamente direcionados para este tipo de intervenção.

Acredito piamente que a melhoria vem realmente das orientações que são feitas pelos profissionais [...] mas eu acho que o ganho seria melhor e muito mais eficaz se tivesse uma equipe que estivesse pronta pra isso, uma equipe que se lançasse nos postos de saúde, na comunidade para trabalhar essa questão da atenção básica. [...] então eu acredito que um molde, uma forma melhor de fazer isso seria uma equipe volante que abarcaria esses postos, atendendo essas demandas distintas de cada bairro, de cada região e eu acho que dessa forma o profissional específico, o profissional voltado, que a prática dele seja essa. (Márcia)

Para a psicóloga Márcia haveria necessidade de equipe ou profissional destinado prioritariamente ao suporte técnico nos atendimentos externos, ultrapassando os espaços físicos das unidades de saúde, com maior participação em visitas domiciliares e, conseqüentemente, maior proximidade com as queixas e necessidades dos usuários, em sentido amplo.

[...] porque eu entendo que teria que ter uma equipe ou um profissional que fosse realmente só voltado para fazer esse serviço fora daqui, que seria uma pessoa que se lançasse para fazer esse tipo de trabalho, articular com as questões dos postos de saúde, conversar com os profissionais, às vezes até trabalhar com os profissionais nos próprios PSFs, estar com esses profissionais dando suporte no sentido de algumas dificuldades encontradas por esses profissionais que estão alocados na ponta, nos PSFs. (Márcia)

Carla, por outro lado, ponderou que é preciso reconhecer que os resultados em educação em saúde ou psicoeducação são lentos e, em geral, ocorrem a médio ou longo prazo, já que se trata de um trabalho voltado principalmente para a prevenção.

Eu acho que esse resultado é a longo prazo, não vejo como a curto prazo porque a prevenção não vê a curto prazo, é um trabalho a longo prazo, porque a prevenção é você informar, orientar para que uma determinada situação não aconteça, por exemplo, o nosso serviço aqui para adolescente, a questão da gravidez na adolescência, a gente faz um trabalho preventivo pra evitar um grande número de adolescentes grávidas porque a gente sabe que isso tem influência em vários aspectos, não só emocionais, sociais, familiares, escolares, enfim, então vem muito disso (Carla)

4.6.2. Obstáculos para o uso da psicoeducação

Além dos resultados positivos observados com o uso da psicoeducação, buscou-se também levar as participantes a identificarem as possíveis dificuldades relacionadas ao uso desta estratégia, apontando os principais obstáculos percebidos para a implementação de atividades psicoeducativas no cotidiano da ABS.

Quase a metade das psicólogas reconheceram encontrar dificuldades em nível moderado (47,6%) para a utilização da psicoeducação em seus contextos laborativos. Houve também quem avaliasse pouca (23,8%) ou muita dificuldade (19,1%).

Tabela 18. Dificuldades percebidas pelas psicólogas para uso da psicoeducação na ABS.

Categorias	Total	%
Dificuldade moderada	10	47,6
Pouca dificuldade	5	23,8

Muita dificuldade	4	19,1
Nenhuma dificuldade	2	9,53

As dificuldades apontadas a partir das opções de resposta fornecidas pelo questionário foram em grande parte de ordem operacional, sobretudo a falta ou inadequação de espaço físico para o trabalho psicoeducativo (66,7%) e a escassez de recursos materiais (14,3%). Houve ainda o apontamento de dificuldades de ordem social, em primeiro lugar o pouco interesse evidenciado pelos usuários (52,4%), que mostravam baixa adesão às atividades propostas, e a falta de estímulo dos gestores em saúde assim como falta de apoio ou colaboração da equipe de saúde (19,5%). (Tabela 19).

Tabela 19. Tipos de dificuldades para uso da psicoeducação identificadas pelas psicólogas.

Categorias	Total	%
Falta ou inadequação de espaços físicos	14	66,7
Não aceitação ou pouco interesse dos usuários	11	52,4
Pouco estímulo dos gestores	4	19,5
Falta de apoio, colaboração da equipe de saúde	4	19,5
Outros tipos de dificuldades	4	19,5
Falta de recurso material	3	14,3
Falta ou insuficiente capacitação técnica	2	9,53
Falta de investimento para a lógica de prevenção e promoção	1	4,77
Valor produtivista e estatístico dos atendimentos	1	4,77
Rotatividade de profissionais	1	4,77

Seis categorias de dificuldades de uso da psicoeducação foram identificadas a partir do relato das entrevistadas, as quais são descritas a seguir.

1) Falta de recursos materiais necessários à incrementarão das ações, como recursos audiovisuais, material didático, custeio de passagens e lanches. Para lidar com essas dificuldades, as psicólogas que indicaram essa categoria centravam suas intervenções na parte humana através dos diálogos mantidos em roda de conversa, além das trocas diretas nos atendimentos individuais. Algumas vezes, para levar a proposta de trabalho adiante, a equipe custeava o desenvolvimento das atividades com seus recursos próprios.

Dificuldade eu acho que é mais de recurso material, o que a gente tem de recurso material somos nós mesmos. [...] então, é muito do diálogo, de roda de conversa [...] se você precisa de um pouquinho a mais, preciso de um vídeo, slide, panfleto, aí a coisa já começa a complicar, porque dentro do SUS infelizmente a gente conseguir esse recurso é muito difícil, a gente tem um exemplo nosso, específico, que a gente há dois, três anos atrás, a gente montou um projeto lindo que era específico para cuidadores, de pessoas acamadas e restritas, e a gente ia fazer um trabalho com os cuidadores, porque eles perdem a visão deles mesmo, se jogam todo no cuidado do

outro, então a gente fez um projeto, ia ser de quinze em quinze dias, fazer um encontro, só que aí precisava de passagem pra eles, precisava de um lanche, e aí o projeto mingou, não foi pra frente, porque a gente não teve o recurso necessário, porque o primeiro que a gente fez foi um sucesso, eles amaram, mas foi tudo nós que bancamos, então a gente não teve como levar adiante porque não tinha como a gente ficar bancando. (Fernanda)

Eu entendo que essas dificuldades, no sentido da logística, às vezes você quer sair e fazer uma visita domiciliar e não tem carro, às vezes a gente quer fazer um grupo e para chegar num posto de saúde não tem um veículo, às vezes você tá pronta com tudo arrumado e aí também de novo não tem o carro e aí ligam para desmarcar dizendo que aconteceu alguma eventualidade no posto. Eu encontro dificuldades de ordem prática, muitas. A gente fazia os grupos com o carro da gente, se não a gente não conseguiria, e no ano passado inteiro foi assim, [...] se a gente for esperar chegar o carro, Secretaria de Educação aparecer com alguém no horário combinado não vai acontecer (Márcia)

Sim, os grupos, por exemplo, em algumas unidades não funcionam digamos assim, têm unidades aonde os pacientes vão e gostam, se sentem mais a vontade, tem unidade que não vai ninguém. Então às vezes é muito difícil você se organizar, propor aquilo, aquela roda de conversa e às vezes não ter público, então varia muito da característica até da população de cada local, eu acho que isso particular, de cada local mesmo (Vera)

[...] a gente precisa mais de recursos humanos, de repente um local maior, hoje o nosso serviço é bem pequeno, são poucas salas, embora a gente tenha poucos profissionais, a gente poderia ter salas onde a gente pudesse investir mais em trabalho em grupo, porque a gente não consegue, ter a possibilidade de fazer trabalho externo, ter um carro que possa levar pra fazer um trabalho em uma escola, ou até mesmo numa unidade de saúde, porque quando a gente faz a gente faz custeando o transporte, o nosso combustível se for de carro, isso tem uma implicação, então é a questão de recursos humanos, de espaço físico, isso no próprio serviço e se for o caso para um trabalho externo, de propiciar a locomoção através de um transporte, porque isso acaba ficando sob a responsabilidade do próprio profissional (Carla)

Assim, a psicóloga Márcia ressaltou que, mesmo as ações educativas estando na base das ações previstas na atenção primária, ela encontrava dificuldades em efetivá-las devido ao tempo dedicado em atenção a outros tipos de demanda e também pelos obstáculos operacionais, sobretudo a irregularidade de transporte para visitas domiciliares.

(...) a gente também ter mais possibilidade de fazer essas visitas domiciliares que realmente elas são muito raras e escassas pela falta de carro, às vezes a gente se organiza e teria entre aspas carro de quinze em quinze dias, aí o carro vêm uma vez por mês ou a cada dois meses, então torna toda essa necessidade que a gente teria de tá se lançando, fazendo esse trabalho, mais fora do serviço do que dentro, e torna isso praticamente inviável.

Essa escassez de recursos, somado a um número muitas vezes insuficiente de profissionais e a falta de capacitação, levava, segundo a psicóloga Fernanda, a um trabalho com muitas improvisações.

[...] a gente tem muita dificuldade ainda, falta de recursos, eu acho que a palavra seria improvisação, eu acho é muito improvisada nossa atuação ainda, por conta de falta de recursos mesmo, de atualizações (Fernanda).

2) Falta de interesse demonstrado pelos usuários aos quais se destinam as ações educativas, com baixa adesão as atividades propostas.

Em geral, pelo menos nas três unidades básicas que eu atuo, e quando a gente convoca os usuários para fazer um grupo com um tema, eles têm muita dificuldade de aderir, grupo sobre gestante, sobre saúde da mulher, sobre qualquer tema, em geral é difícil deles comparecerem, e daí eu fico supondo que não despertou interesse, agora quando o paciente chega ou o profissional de saúde chega com uma discussão de caso, que ele trás uma dúvida, uma demanda, um sofrimento, eu acho que é mais fácil. Então eu acho que a dificuldade estar em levar o conteúdo, quando eu acho que essas pessoas estão precisando de algum assunto e por exemplo leva para uma escola, e aí chego lá na escola e os adolescentes não estão demonstrando interesse, eu acho que a dificuldade está um pouco nisso, de chegar com uma proposta, eu acho que é mais eficiente quando eu escuto a demanda e levo as orientações a medida do que a pessoa está precisando (Luíza)

As pessoas da comunidade irem aos postos também é difícil, a adesão é muito baixa (Márcia)

Eu acho que colaboraria principalmente, a gente usar como ferramentas grupos, trabalhos coletivos, acredito que é algo muito positivo e tem que sempre muito apostado, muito usado, porém há sim uma resistência das pessoas em aceitar e eu acho que a psicoeducação ela é importante principalmente pra gente trabalhar, primeiramente porque é difícil pela cultura ainda muito curativa, então muitas vezes a gente tem um movimento contrário tanto da população quanto da equipe de realizar conversas sobre, por exemplo, das dificuldades que a maternidade trás. (Heloísa)

Entretanto, como ressaltado pela psicóloga Carla, a pouca adesão às atividades psicoeducativas, sobretudo quando em grupos, tinha relação maior com as condições dos usuários para comparecerem aos locais indicados do que com a motivação em si em participar. Nesse sentido, ela observava que quando a equipe desenvolvia o trabalho em locais do cotidiano dos usuários, como nas escolas, a frequência aos grupos tornava-se maior do que quando estes tinham que se deslocar até uma unidade de saúde.

Então nesse momento eu acho que a dificuldade está um pouco relacionada a adesão dos adolescentes, porque quando a gente tenta fazer um grupo específico para abordar questões relacionadas a sexualidade, prevenção da gravidez, DSTS, a gente vê que tem baixa adesão, eles vem ao serviço participar desses grupos, mas por outro lado a gente vê que se a gente for até o adolescente aí a gente já tem um resultado mais satisfatório, é difícil que o adolescente venha ao serviço, mas se a gente vai até o adolescente, a gente vê que é bem diferente o resultado, e aí eles participam, eles querem saber, eles perguntam, então tem os dois lados, eu vejo que assim, deles virem ao serviço, e aí tem a dificuldade de transporte, a dificuldade da localização de onde mora, então tem vários fatores, então quando a gente vai até eles, eles já estão ali então eu acho que é mais fácil, então a gente acaba conseguindo um melhor resultado, de participação, de adesão, de envolvimento, do que no serviço a gente trazer esses adolescentes para o serviço num determinado dia, para participar daquele grupo, então eu vejo essa diferença, trazê-los é mais difícil

do que quando a gente vai até eles, eu acho que a gente tem uma resposta mais positiva, a gente tem um resultado melhor, mais participação, envolvimento, eu vejo essa diferença sim (Carla)

3) Falta de apoio da gestão no sentido de promover oportunidades de capacitação para os profissionais ou mesmo de favorecer maior interação entre estes a respeito da educação em saúde.

Eu acredito que os profissionais deveriam estar mais capacitados, seriam realmente os profissionais da ponta, e o que a gente entende por esses profissionais, a gente entende que são os agentes de saúde, os técnicos de enfermagem que estão diretamente nos postos, os enfermeiros que também estão nos postos de saúde, só que existe uma carência muito grande em relação à formação dessas pessoas, porque quando a gente pensa num agente de saúde, geralmente é uma pessoa que entrou num concurso e é daquela comunidade, daquela região e eu acredito que falta treinamento pra que essas pessoas façam orientações adequadas (Márcia)

A equipe de gestão poderia melhor investir, penso promovendo esse debate com os profissionais, criando espaço para esse debate com os profissionais [...] eu acho que isso é importante e isso a gestão propõe pouco, a gestão macro como Secretaria de Saúde, o supervisor da atenção básica, e quando tem um coordenador da atenção básica daquela unidade de saúde que vê isso com importância, ele tenta propor, mas é ficar lutando contra a correnteza porque não é a Secretaria de Saúde que está trazendo aquela proposta, e acaba ficando uma coisa muito local. (Luíza)

4) Sobrecarga de atividades dos profissionais ou carga horária insuficiente para realização de todas as atividades necessárias na rotina de trabalho.

Hoje vamos pensar que numa estrutura de posto de saúde, os enfermeiros fazem menos, quem faz mais é o agente de saúde, eles fazem, sim, só que realmente quando vem alguém de fora, profissionais que atuam em determinada área, mas pra essas pessoas irem também é difícil porque também elas têm um escopo de obrigações. (Márcia)

[...] eu acredito que em qualquer trabalho, em saúde, em educação, que você acaba sendo cobrado [...] não em todas as unidades, aos quais se tem boa aderência, até porque como eu estou uma vez por semana em cada, um turno em cada, então muitas vezes tem atendimento com agenda fechada para escola, calha da semana seguinte fazer um grupo, atividade, uma visita domiciliar, muitas vezes vem aquela falta de investimento, ficar muito tempo sem atender, vai vir alguém reclamar (Heloísa)

5) Falta de interesse e apoio de outros profissionais, que mostram ver o acolhimento e a psicoeducação como exclusivos do fazer do psicólogo.

O que eu tenho mais dificuldade que eu percebo é a equipe entender que eu estou apoiando o fazer deles, que aquilo não é, embora seja um trabalho da psicoeducação que eu estou ali falando determinados assuntos relativos a psicologia, a processos ligados a área de saúde mental, que eles já fazem isso no seu cotidiano, que eles já imprimem no seu cuidado esse olhar, que eles acham que é muito específico do psicólogo, mas que eles podem também fazer esse acolhimento e fazer orientações em relação a esses cuidados específicos relativos a psicoeducação ligada a educação em saúde. (Roberta)

6) Necessidade de atender a uma lógica produtivista no SUS, com exigências que comprometem as possibilidades de ações mais preventivas e educativas, sobretudo em grupos.

[...] vivendo uma lógica de saúde em que apenas a ausência de doenças, onde o valor curativo é muito maior do que qualquer outro e por isso mesmo ter essa lógica, e outra questão da lógica produtivista onde você tem que estar o tempo inteiro gerando estatística, gerando números, então muitas vezes a psicoeducação, principalmente nessa dinâmica de trabalho no NASF, ela vai abarcar mais gente em atividades coletivas, porém a gente é o tempo inteiro cobrado a ter um certo índice, um certo número de atendimentos individuais, ao passo que a gente sabe que isso é uma boa ferramenta, por outro muitas vezes a gente tem que deixar de lado porque a gente tem que cumprir ordens que é muito mais do valor produtivista, até porque tudo hoje gira em torno de financiamentos, de lucros. É claro que a gente atender oito pessoas num turno vai gerar oito procedimentos diferentes do que a gente fazer um grupo manhã inteira e gerar um, então existe essas questões e eu acredito que em qualquer trabalho, em saúde, em educação, que você acaba sendo cobrado, mas tem essa questão (Heloísa)

Como ressaltado por Heloísa, a falta de valorização do trabalho preventivo muitas vezes impedia os reais alcances de uma ação desta natureza.

[...] essa falta de estímulo existe e essa falta de visão que realmente a gente poder trabalhar com a promoção e prevenção de saúde, se evite exatamente isso, que possa chegar um agravo, um diabético, por exemplo, a gente trabalhando essa promoção, essa prevenção, ou até o manejo da ansiedade envolvida que possa evitar que acarrete numa internação, só que essa visão dessa linha lógica, não é algo comum (Heloísa)

4.7 Capacitação profissional para educação em saúde e psicoeducação

Ao serem indagadas sobre o quanto se sentiam preparadas e capazes de fazerem uso da psicoeducação como parte de suas práticas interventivas na ABS, as participantes avaliaram-se, na maioria, como muito capacitadas (66,7%), e em nível moderado, como razoavelmente capacitadas (19,1%).

Tabela 20. Autopercepção quanto à capacidade para realizar intervenções psicoeducativas.

Categorias	Total	%
Muito capacitado (alto)	14	66,7
Razoavelmente capacitado (moderado)	4	19,1
Bastante capacitado (elevado)	2	9,53
Pouco capacitada	1	4,77

No entanto, o contato com as temáticas educativas em saúde para a maioria delas ocorreu no contexto de trabalho na ABS, já que não tinham tido a oportunidade de conhecerem sobre o modelo psicoeducativo ao longo da formação inicial em psicologia. Afirmaram ter tido alguma experiência na graduação em que a educação em saúde ou a psicoeducação foi objeto de estudo, o que foi fortalecido pelas experiências posteriores no ambiente de trabalho.

As psicólogas Fernanda e Roberta relataram não terem tido, na graduação, acesso a conteúdo e discussões específicas sobre o SUS, educação em saúde ou psicoeducação, sendo suas experiências na universidade muito voltada para a psicologia clínica tradicional. Assim, aprenderam a respeito de práticas direcionadas à prevenção e à promoção de saúde a partir de suas experiências práticas e da participação em cursos após o ingresso na saúde pública.

Na graduação eu não me recordo se teve especificamente, não teve, mas já no NASF pelo SUS a gente teve, mas tem muito tempo que aconteceu e foi no primeiro ano de NASF e já tem cinco anos, que foi educação em saúde, eu tenho apostila que tá lá em casa até hoje, que a gente pôde participar, mas tem bastante tempo que eu não tenho (Fernanda)

[...] isso foi aprender na minha prática mesmo dentro do Sistema Único de Saúde, a formação ainda é muito dirigida para aspectos da clínica psicológica individual, consultórios, mesmo dentro do SUS (Roberta)

Para Carla, a graduação possibilitou a base inicial, mas foi principalmente a experiência cotidiana de trabalho no SUS que ampliou sua visão da educação em saúde e lhe mostrou a importância do trabalho preventivo.

[...] tanto na [vida] acadêmica quanto na profissional não tem como a gente não falar em educação em saúde, em prevenção, mas eu acho que o foco maior acaba sendo no depois, na atuação, no tratamento, depois que o fato já está estabelecido aí é como atuar, através da psicoterapia, da orientação, enfim, na formação profissional eu vejo que a gente percebe isso mais no dia a dia, eu já trabalhei no CAPS AD, que é o CAPS que atende álcool e drogas, e a gente vê como a prevenção se faz necessária, porque as pessoas que chegam ali é porque já estão com algum comprometimento com a questão do álcool e drogas, já estão no uso abusivo, já estão em sofrimento, e ali eu pude perceber como o trabalho de prevenção é importantíssimo e esse trabalho de prevenção lá embaixo, na infância, na adolescência, de informação mesmo, do que pode acontecer, a partir do momento em que uma criança ou adolescente passa a fazer uso de uma substância, quais são as consequências disso, não só físicas, como emocionais, então deu pra perceber bem isso, porque as pessoas que chegavam ali para atendimentos já estavam comprometidas em todos os aspectos da vida dela, então ali eu percebi que realmente o trabalho preventivo faz muita diferença (Carla)

No caso de Márcia, os recursos para utilização de estratégias educativas vieram de um somatório de experiências, começando com as oportunidades de estágio na graduação,

passando pelas experiências já em campo como profissional e incluindo até mesmo as vivências do seu contexto pessoal.

Sim, a gente fazia muitas horas de estágio, a gente tinha na faculdade como se fosse um ambulatório de Psicologia, eu fiz estágio também com problemas de aprendizagem que a gente acompanhava um sujeito durante um ano, então a parte prática ela aconteceu junto com a parte teórica, e já no quarto ano todo mundo já começava a fazer estágio porque a gente tinha que cumprir muitas horas, que no começo a gente pensava como iria cumprir tudo isso, mas se não existisse essa parte prática teria sido muito mais difícil pra mim, e depois eu acredito que com a sua prática e sua vivência, com sua história de vida, fui mãe, você tem uma outra visão, você contribui de outra forma porque você passou por aquilo, então acredito que quando você vai fazer alguma orientação, tem muito de seu também naquele momento (Márcia)

Apenas a psicóloga Heloísa, formada há dois anos em instituição pública de ensino, afirmou ter tido experiências significativas de discussão de temáticas educativas em saúde, voltadas para promoção de saúde e prevenção de doenças, ao longo da graduação em psicologia, incluindo estágios, disciplinas e grupos de pesquisa.

[...] na faculdade teve bastante ênfase na questão da educação em saúde, educação permanente em saúde, teve matérias específicas voltadas, teve optativas também voltadas para o tema, tinha grupo de pesquisa na faculdade sobre, até o grupo de estágio era muito voltado também para os encontros entre supervisores e estagiários, era debatido bastante o tema. A formação profissional não, é exigido por um lado que a gente trabalhe a humanização, com a equipe, mas tem que procurar por fora (Heloísa)

Para Vera, por outro lado, a capacitação foi proporcionada por cursos em nível de pós-graduação, realizados como iniciativas fora do trabalho e em compensação à falta de preparo suficiente na graduação.

Não foi, não tive nenhum conhecimento sobre isso, eu tive mais na pós-graduação e na prática fora, na escola de psicanálise, mas nada com a graduação em si, na prática profissional não, eu tive que me proporcionar por fora (Vera)

Diante deste panorama e avaliando suas necessidades de melhor preparação profissional para o adequado desenvolvimento de atividades educativas, as psicólogas mostraram, sobretudo o desejo de contarem com cursos de atualização ou de capacitação que contemplassem a temática e assuntos afins. Sinalizaram também o interesse em receberem informação e discutirem a respeito mediante grupos de estudo e de reuniões para debates e estudos de caso. O interesse recaiu principalmente sobre atividades formativas de caráter longitudinal e com ênfase em situações práticas. Ou seja, a solicitação foi por capacitações que ocorressem ao longo do tempo, sem se limitar a eventos pontuais e circunscritos a um breve período de tempo, bem como que possibilitassem uma integração entre os aspectos

teóricos estudados e o contexto de emprego das intervenções, com adaptação da técnica a realidade local de cada população.

Com base nas entrevistas, a principal categoria verificada quanto às necessidades das psicólogas para melhor atuação em termos educativos em saúde, mostrou em primeiro lugar, o anseio em poderem contar com cursos de atualização ou capacitação, incluindo conteúdos teóricos, mas, sobretudo, orientados para a prática. No entanto, segundo Fernanda, esses cursos, que já eram escassos, não estavam ocorrendo mais há algum tempo.

Eu acho que esses cursos de atualização, não digo uma pós-graduação, mas cursos como esse que a gente teve em educação em saúde, que foi muito legal, com bastante conteúdo, eu acho que é o que falta um pouco disso, não só na questão teórica e de conhecimento teórico, de ir lá pra prática mesmo [...] Eu acho que é através desses cursos, desses mini cursos, de tá proporcionando mais isso, porque quando eles fazem é muito legal, mas tem bastante tempo que isso não acontece, a gente vira e mexe a gente tinha alguns, mas de uns tempos pra cá a gente não tem tido, e eu acho que é através de curso e capacitação mesmo e de apoio (Fernanda)

Esse é um aspecto que eu acho que ainda é pouco visto dentro do trabalho da equipe da atenção básica, ainda é visto muito o aspecto curativo, eu acho que a gestão parece, e eu tenho percebido o conteúdo da capacitação agora, e parece que eles estão preocupados um pouco com esse aspecto da educação em saúde, mas ainda é pouco, ainda tem muito aquele aspecto de detecção de agravos, eu observo em algumas capacitações, como identificar isso e aquilo, e não a questão da prevenção e promoção, mas parece que já está se apontando um pouco melhor para isso, a gestão tem se preocupado um pouco melhor (Roberta)

Carla destacou a importância dos cursos de formação contemplarem áreas e temas específicos, além daqueles mais gerais, de acordo com o contexto de atuação dos profissionais envolvidos.

A questão na preparação é com a formação, é oferecer uma formação específica como no nosso caso, que a gente trabalha com a adolescência, então uma formação na área da adolescência, da prevenção, na saúde do adolescente de maneira geral, porque a gente sabe que essa fase tem características que são bem particulares a ela e como isso influencia o adolescente no dia a dia, no trato dele, não só em questão escolar, familiar, social, então isso é importante (Carla)

Acho que através de formação continuada, no nosso caso aqui a gente está falando de um serviço que atende adolescentes, então acho que a formação na saúde do adolescente, nas características que são dessa fase, em prevenção de DSTs, gravidez na adolescência, relacionado a fase, a família, ao meio social, então eu acho que a forma seria essa, numa formação continuada (Carla).

Luíza afirmou sentir falta de oportunidades de situações formativas mais orientadas para a prática, o que as ajudaria a se sentirem mais qualificadas para o uso das estratégias educativas.

[...] eu não acho que me sinto bem qualificada, por isso, porque fala da parte teórica, da formação mesmo, não do conteúdo do que eu vou passar, mas do que é psicoeducação, essa parte que me falta. Eu fiz um curso de educação permanente em saúde e eu fui percebendo que várias coisas que eu tinha na minha prática tinha uma teoria importante por trás, mas mesmo assim eu não me sinto bem qualificada (Luíza).

Márcia chamou a atenção também para a necessidade de proporcionar uma capacitação continuada e de avaliar seus resultados.

[...] eu acredito que uma capacitação continuada, porque todo mundo fala em capacitação, mas ninguém fala em algo continuado, então fala em demasia e tira aquele profissional do trabalho durante uma semana, quatro dias e depois devolve aquele profissional e depois nunca mais ninguém aparece pra ver se realmente aquilo foi efetivo, se a prática daquele profissional realmente melhorou, se tornou mais eficiente, então eu acredito que esses profissionais da ponta, quando a gente aparece no posto bate o desespero “nossa que bom que vocês estão aqui, a gente não sabe como falar com a família”, então se percebe que existe uma demanda gigantesca para que os profissionais sejam mais orientados, e não só orientados como acolhidos na prática deles, porque realmente é uma coisa muito difícil lidar com o sofrimento, lidar com gente, lidar com questões de saúde, é recorrente. (Márcia)

Volto a falar na questão das capacitações, capacitação não precisa ser algo que você tire o profissional durante quatro dias do trabalho, às vezes uma capacitação pode ser feita no período da tarde, vai o profissional, por exemplo, que tem experiência com pacientes acamados e orienta aqueles técnicos, orienta aqueles agentes de saúde, mas sempre isso tem que ser alimentado, não adianta a gente chegar hoje e fazer uma capacitação e depois passar seis meses, um ano. (Márcia)

De fato, foi bastante destacada a importância da oferta de cursos com foco na prática e de base longitudinais, como verificado também nas falas de Heloísa.

Que a gestão coloque a questão da educação em saúde enquanto prática, coisa que não é, e são as diretrizes e princípios do SUS mais importantes, para que de fato a gente consiga colocar tudo aquilo que o SUS prega em ação, mas muitas vezes a gente vê só no nível teórico, então acredito para que nós profissionais da ponta consigamos colocar isso para a população e para nós mesmos enquanto cotidiano, quem de fato coordena precisa também adotar isso enquanto prática, não como prática pontual de ter uma capacitação hoje e uma daqui um ano, mas também enquanto algo longitudinal. (Heloísa)

Eu acredito que quanto mais aproxime os profissionais daquela realidade que eles vivem e fazem o trabalho *in lócus*, eu acredito que seria produtivo, porque simplesmente a gente fazer esses encontros de capacitação onde fica muito no nível teórico e muitas vezes a gente não consegue ultrapassar isso para uma realidade, e até porque cada bairro e cada território têm uma característica e cultura diferentes, com pessoas que a gente lida de uma forma completamente diferente, então eu com certeza daria muito mais trabalho pensar em termos específicos de cada localidade, mas eu acho que seria muito mais produtivo a gente poder junto com aquele profissional, inserir como falar sobre educação em saúde na prática funciona, e não simplesmente falar sobre conceitos, que eu acho que hoje quando ocorre, ocorre assim (Heloísa)

Outra categoria encontrada, presente na fala da psicóloga Luíza, foi relativa à necessidade de se promover reuniões de equipe de discussão de casos entre equipes de referência e de apoio com potencial para criar oportunidades junto aos integrantes das eSF para construírem orientações voltadas para formas de manejo úteis para o autocuidado.

Eu trabalho muito com a reunião de equipe, gosto do momento das discussões de caso com profissionais diferentes e eu acho que jogar essa informação já faz uma diferença, e até mesmo questionar o quanto de orientação você dá para o seu usuário, orientar sobre o que o médico prescreveu para aquele usuário e você explicou sobre o que foi prescrito? (para o médico), trazer esses questionamentos e acho que cursos, coisas mais teóricas, palestras que acaba tendo uma boa função. [...] e eu acho que quando você chega pra conversar com os médicos, principalmente, e com os enfermeiros a gente precisa trabalhar o autocuidado apoiado e levar um pouco dos conceitos disso ajuda muito porque se vê ali a eficiência do que ele pretende, do cuidado, da prevenção, da cura pro paciente e como isso é mais eficiente quando o paciente está engajado no seu próprio cuidado (Luíza)

A equipe de gestão poderia melhor investir, penso promovendo esse debate com os profissionais, criando espaço para esse debate com os profissionais, se achar que é interessante fazer uma palestra, se achar que é interessante um mini curso. Eu acho que essas coisas são válidas, são muito válidas, mas não só no meu trabalho na atenção básica, de todo meu trabalho no SUS que faz muita diferença é quando a gestão promove espaço para os profissionais conversarem, promove espaço pra levar informação, mas dialogar com o profissional, não só uma vez por mês com alguma palestra e depois a gente conversa, é interessante, mas quando no horário de trabalho do médico, o médico sabe que depois e duas consultas possa ser o momento, com o horário que sobrou, de discutir aqueles casos com a equipe, de levar caso, de poder entrar na agenda do profissional, no cotidiano dele mesmo, eu acho que isso é importante (Luíza)

Márcia e Roberta defenderam a oferta de orientação e acolhimento aos profissionais das equipes de saúde da família para ajudá-los a lidarem com os desafios do trabalho em saúde pública e se sentirem mais capacitados para manejarem as situações práticas com as quais se depararem. Assim, estariam preparando os profissionais das equipes de SF, sobretudo os ACS, para compreenderem e lidarem com a educação em saúde. Nesse sentido, observa-se que as entrevistadas viram a psicoeducação não somente como uma atividade relacionada ao seu próprio leque e responsabilidades de trabalho, mas também como uma estratégia a ser incentivada e formada no repertório de outros profissionais, sobretudo aqueles que têm um contato mais direto e frequente com a população. Assim, como parte de suas incumbências no NASF, eles entenderam que suas contribuições poderiam também ocorrer a nível do acolhimento, orientação, apoio e acompanhamento de seus pares.

E esses profissionais eu percebo também que eles precisam muito é de um lugar, de um acompanhamento em grupo, às vezes até um acompanhamento individual, porque às vezes a pessoa vai acompanhar uma família sendo que a família daquele próprio agente já está um caos, então rola uma identificação com os usuários, o que é do usuário, o que é meu, é muito confuso principalmente porque eles são desses

bairros, então eu acredito que essas equipes precisariam de uma atenção específica pra quem cuide não adoeça também, porque são muitas famílias e aí eles sabem do fulano que está preso, do ciclano que o pai está acamado, então a prática é somente essa de ordem de saúde e geralmente de famílias complicadas e vulneráveis, então esses profissionais da ponta precisariam ter uma orientação e um momento nem que seja para eles falarem, dividirem alguma coisa e tornar aquele fardo um pouco mais leve (Márcia)

Eu acho que a situação da própria capacitação desses profissionais junto a gestão se preocupar com isso, porque muitas dessas pessoas que chegam, observa que o agente comunitário não tem experiência de trabalho coletivo, são pessoas da comunidade que fazem o processo seletivo, então a preocupação é realmente da gestão, inclusive eles estão tendo esses aspectos agora, eles estão num processo de capacitação, os agentes comunitários, os enfermeiros, parece que é uma gestão que está fazendo até nas gestões anteriores também, no preparo desse profissional para aspectos de educação em saúde, tanto que hoje já tem alguns grupos que são feitos por agentes comunitários e por enfermeiros independentes que só pedem nosso apoio em determinadas atividades, isso está crescendo, está bem interessante (Roberta)

Por outro lado, Vera sugeriu que poderiam ser promovidas trocas interprofissionais no formato de roda de conversa, com profissionais de larga e rica experiência sendo convidados para falarem a respeito de temas de interesse, abrindo, assim, possibilidades de conhecer modos de trabalho que pudessem servir como modelos ou como inspiração para seus esforços.

Acho que promovendo isso, eu acho que poderia ter um estudo, um curso pra isso, nem sei se seria viável, mas seria interessante promover rodas de conversas com profissionais que já tem bastante experiência ou com bastante conhecimento sobre, como se fosse dando uma aula em roda de conversa, acho que seria mais interessante porque fica mais aberto, não fica aquela coisa pragmática (Vera)

Nessa mesma direção, também foi relatada a importância de se contar com grupos de estudo formado por profissionais de psicologia com vistas a socializarem e discutirem suas práticas.

Eu acho que poderia ter entre os próprios psicólogos grupos de estudos a respeito de práticas relacionadas a isso, acho que seria bem interessante até pra organizar melhor a forma como é feita, porque, por exemplo, eu não sei se eu faço da mesma forma que as outras psicólogas fazem, não sei nem a linha que elas seguem, então pode ser que se for linhas diferentes pode ser que aplique completamente diferente, oposta a minha, então seria o ideal, como se fosse uma reunião de equipe mas pra trabalhar essa parte. (Vera)

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO

5.1 Educação em saúde e psicoeducação: um paralelo entre concepções e práticas

As psicólogas participantes da pesquisa quando questionadas acerca de suas compreensões de educação em saúde e de psicoeducação assinalaram que ambos os conceitos se referem a ação dos profissionais em fornecer informações e orientações a diferentes sujeitos e em variados contextos, conforme as necessidades percebidas nas observações e interações mantidas no cotidiano de trabalho. A psicoeducação, em sua especificidade, foi descrita como a disponibilização de esclarecimentos que levam em conta os aspectos psicossociais envolvidos nas temáticas abordadas, sobretudo as questões emocionais.

Na literatura, a intervenção psicoeducativa é, de fato, identificada como o fornecimento de informações acerca da prevenção, diagnóstico e/ou quadro clínico e evolutivo característico de diferentes tipos de adoecimento, assim como sobre seus tratamentos e medidas de reabilitação. A proposta se pauta no auxílio para um melhor entendimento da situação, desmistificação de certos aspectos da doença, autorregulação emocional e enfrentamento adequado dos estressores associados. Desse modo, busca-se a ampliação do conhecimento acerca do problema tanto pelo usuário como por sua família (MENEZES & SOUZA, 2012; SWADI, BOBIER, PRICE & CRAIG, 2010). Compreende-se a psicoeducação, portanto, como prática que favorece ao sujeito tornar-se cômico de sua condição de saúde e que promove maior adesão ao processo terapêutico (BURLINGAME, RIDGE, MATASUNO, HWANG & ERNSHAW, 2006; KNAP, 2004; NUSSEY, PISTRANG & MURPHY, 2013), além de possibilitar respaldo para tomada de decisões baseando-se em orientações confiáveis. (BÉGIN, BLUTEAU, ARSENEAULT & PRONOVOST, 2012; BONSACK ET AL., 2015; SWAMINATH, 2009).

No entanto, é preciso sinalizar que a ação educativa não pode implicar em mera transmissão de informações (ANDRADE, 1998). Há um enfoque pedagógico que requer cuidado tanto na seleção como no modo em que estas informações são sistematizadas e disponibilizadas aos usuários (CANDEIAS, 1997). As atividades devem ser conduzidas de maneira didática, em linguagem adequada ao público beneficiário. Dentre as modalidades de intervenção estão os formatos individual e grupal, as rodas de conversa e também a utilização de manuais e vídeos (BAI, WANG, YANG, NIU, 2015). Ou seja, é necessário que as

informações possam ser assimiladas e compreendidas da melhor forma, sendo veiculadas em linguagem e dosagem adequadas às características e necessidades de quem se destinam, se preciso com o aporte de recursos didáticos.

No entanto, é verdade que o cotidiano de trabalho é vivo e dinâmico e, nem sempre, as orientações podem ser planejadas previamente e com o devido cuidado, requerendo improvisações e decisões a partir das interações mantidas, que exigem intervenções imediatas. Nesse sentido, uma parcela das participantes, sobretudo das que foram entrevistadas, evidenciaram uma ausência de planejamento para execução de muitas das atividades educativas que realizavam, dificultando identificar seus procedimentos e avaliar seus resultados. As ações foram, em grande parte, improvisadas, sem que houvesse objetivos previamente definidos e conteúdos delimitados. Pressupõe-se que esse modo de exercer as atividades educativas estava relacionado a características das entrevistadas (referencial teórico, tempo de experiência na área) e do contexto de trabalho (apoio da equipe, multiplicidade de demandas e urgências). As próprias psicólogas apontaram desafios encontrados nesta empreitada, incluindo insuficientes orientação e apoio da gestão, falta de um melhor preparo teórico-técnico para o trabalho e escassez de recursos materiais.

Isso reforça ainda mais a relevância dos profissionais conhecerem a realidade sociosanitária e epidemiológica dos territórios em que atuam, além do perfil em saúde mental da população assistida, de modo que possam estar realizando estudos e observações que lhes possibilitam estar preparados para fornecer as orientações e informações com precisão, organização e clareza. No caso dos psicólogos que atuam em contextos de saúde e doenças diversas, isso pressupõe que estes estejam buscando construir conhecimentos para além do enfoque em saúde mental, com abordagem, por exemplo, das características, fatores determinantes, cuidados preventivos e tratamentos de diferentes agravos a saúde, bem como de temáticas associadas a certas vivências, como a amamentação e tipos de parto no caso do trabalho com gestantes.

De um modo geral, a intervenção psicoeducativa no âmbito da atenção básica foi destacada pelas participantes como um tipo de atividade que permite ao psicólogo orientar usuários e apoiar equipes multiprofissionais. É parte deste processo, no entender destas, fornecer informações de acordo com as demandas psicossociais identificadas e trocar conhecimentos para além do controle e enfrentamento de doenças instaladas, colaborando para a prevenção de agravos e melhoria da saúde. A orientação com finalidades preventivas assume, em suas falas, um teor importante a ser destacado. A prevenção foi fortemente

mencionada como estando no centro das finalidades relacionadas às iniciativas no campo da saúde. No entanto, a prevenção pode ser entendida não somente como evitar a instalação de um transtorno ou doença, mas também como modo de evitar o agravamento destas situações, com suas complicações em nível físico e emocional.

Na atenção primária, as entrevistadas lembraram que as práticas educativas devem constituir principalmente um modo de acompanhamento regular dos usuários nas unidades de saúde ou diretamente no território, com planejamento e execução de ações amplas e integradas a partir do trabalho conjunto das equipes de saúde, quando o foco se torna ações longitudinais e com menor teor assistencial. No campo da saúde pública no Brasil, há a proposta da produção de ações em nível territorial na ABS a partir de princípios como integralidade, longitudinalidade e territorialidade (CASÉ, 2001; SAMPAIO & BARROSO, 2001; SILVA *et al.*, 2001).

Starfield (2002) destaca a integralidade e a longitudinalidade como atributos dos cuidados primários. Para a autora, a longitudinalidade tem sido característica central deste nível de atenção em saúde, correspondendo ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo pela equipe de saúde, no tratamento de doenças diversas e nos cuidados preventivos. Implica na construção da relação terapêutica com base em responsabilidade e confiança. De acordo com Haggerty *et al* (2003), a continuidade do cuidado na atenção primária pressupõe uma relação estabelecida entre profissionais e usuários que se estende para além de episódios específicos de doença. Os autores destacam a tarefa regular de cuidado como continuidade interpessoal, favorecendo a melhoria da comunicação, o fortalecimento da confiança e do senso de responsabilidade.

Nessa direção, a psicoeducação foi atrelada pelas psicólogas aos objetivos da atenção básica, com destaque para a necessidade de oferta de atividades mais educativas no âmbito primário, em consonância com os dispositivos do qual fazem parte. Complementaram que, conforme o princípio de integralidade, a disponibilização de orientações deve levar em conta os aspectos psicológicos envolvidos nas temáticas abordadas. Neste prisma, ao ressaltarem que a adoção deste tipo de intervenção apresenta-se como proposta benéfica para a autonomia dos usuários, as entrevistadas defenderam que as estratégias educativas denotam prática imprescindível para a ABS, na medida em que coaduna com suas diretrizes e princípios.

As psicólogas mostraram ainda a visão de que a psicoeducação deve ocorrer de maneira particularizada e processual, não sendo, portanto, caracterizada como simples

transmissão de informações de forma padronizada e pontual, devendo ser conduzida a partir de um processo onde as observações e interações orientam a condução das atividades. Como constata Silveira e Ribeiro (2005), além do conteúdo abordado, a atitude de acolhimento e interesse apresentada pelo profissional auxilia a compreensão e aceitação das informações fornecidas, trazendo possibilidades e perspectivas ao usuário.

Além disso, a intervenção psicoeducativa foi entendida em consonância com o modelo psicossocial, com indicação de abordagem ao indivíduo a partir não somente de seus aspectos individuais, mas também de aspectos biológicos, socioculturais e políticos, incluindo o seu grupo familiar e social. Essa postura é condizente com uma compreensão holística do usuário, que integra variados aspectos e considera as características da sociedade a qual pertence. Logo se verifica o constructo da integralidade como conceito norteador dos cuidados desses sujeitos, compreendidos no âmbito das coletividades em que participam. Conforme Ruiz, Lima e Machado (2004), o processo educativo parte de uma premissa dialógica que se atenta para o contexto de vida dos sujeitos, valoriza suas experiências e estimula a autonomia. Dessa forma, favorece mudanças no estilo de vida, prevenção de recaídas e participação social, abrindo novas possibilidades de discussão acerca dos assuntos em pauta.

Assim, com base neste caráter educativo, que não se restringe a transmissão de informações pré-definidas, as profissionais consideraram a potencial contribuição desta abordagem para tornar os usuários do sistema de saúde multiplicadores de conhecimentos em saúde, ao mesmo tempo que se estimula a autonomia e o autocuidado. Nesse sentido, seria calcada na lógica da redução de custos, na medida em que poderia evitar ou amenizar problemas que, caso avançados, iriam exigir uma atenção especializada, com encaminhamentos para cuidados em nível secundário ou terciário. A psicoeducação, enquanto uma modalidade de intervenção que integra práticas psicoterápicas e educacionais deve estimular conhecimentos e reflexões com vistas a mudanças voltadas ao enfrentamento e empoderamento do paciente, identificando recursos dele próprio (DIXON, 1999; MARSH, 1992).

Neste prisma, ao ressaltarem que a adoção deste tipo de intervenção apresenta-se como proposta benéfica para a autonomia dos usuários, as entrevistadas defenderam que as práticas de educação em saúde, com suas estratégias didáticas e disponibilização de informações, favorecem que os usuários se tornem sujeitos mais cômicos e críticos dos

fatores determinantes de saúde e doença pessoais e de sua comunidade, capacitando-os para o direcionamento de ações com potencial de transformação de realidades que não os beneficiam, reduzindo vulnerabilidades e aumentando os fatores de proteção à saúde. De fato, as práticas educativas devem se caracterizar por serem produtoras de conhecimentos, compartilhados no encontro entre profissionais e usuários, de modo que permita a detecção de inquietações e necessidades e, neste interim, a definição de objetivos e a busca por ferramentas de melhoria das condições de vida e saúde, individuais e coletivas (FREIRE, 1980; SOUZA, COLOMÉ, COSTA, OLIVEIRA, 2005; PATRÍCIO, 1999).

Conforme preconiza o Ministério da Saúde (2006), educação em saúde é definida como processo educativo que envolve a construção de conhecimentos em saúde visando à apropriação do tema pela população, com vistas ao aumento da autonomia dos indivíduos no seu próprio cuidado, assim como na configuração do debate com os profissionais de saúde, objetivando o alcance das necessidades observadas em diferentes setores do sistema. Assim, em sua forma holística, as ações educativas requerem um processo político destinado ao desenvolvimento de estratégias críticas e reflexivas para a realidade de cada seguimento populacional, permitindo levar ao indivíduo emancipação no sentido da legitimação enquanto sujeito pertencente a um lugar histórico e social, oferecendo-lhe a oportunidade de alcançar melhorias voltadas ao cuidado de si e da coletividade.

Neste sentido, educar em saúde não pode ser uma atividade unidirecional, em que uma parte – o profissional – “doa” conhecimento a uma outra – o usuário ou comunidade – que nada sabe e que carece de informações selecionadas e implementadas conforme a ação de quem detém o saber considerado verdadeiro e legítimo. Feito dessa forma, o usuário seria colocado em posição passiva, de quem apenas recebe e deve aplicar uma informação, em detrimento de sua realidade de vida, de seu contexto sociocultural e de seus interesses. Estaria ele, desse modo, em uma posição bancária e não em um processo de educação problematizadora e libertadora, conforme apontado por Freire (1980). As ações educativas em saúde, ao contrário, merecem ver o conhecimento como um esforço de construção, que se faz de modo dialógico e pautado na observação e escuta dos usuários, acolhendo também o saber popular.

Nesta lógica, é esperado que o ponto de partida sejam os conhecimentos e interesses de base dos usuários/comunidade, respeitando seus valores e reforçando suas iniciativas, mas, quando necessário, fazendo uso de problematizações, estímulo a reflexões e acréscimo de novas informações que possam ser úteis em direção a um conhecimento que aumente as

possibilidades de prevenir agravos e de melhorar a saúde. Ademais, é preciso frisar a importância da conscientização em direção a objetivos de alcance coletivo, oportunizando aos participantes maior engajamento na busca por seus direitos em saúde em coerência com os princípios e preceitos que balizam o SUS. Evidencia-se, assim, que o processo educativo requer participação ativa da população, direcionando ações para leitura crítica de seu entorno e exercício de sua cidadania.

5.2 Ações educativas na ABS: obstáculos e desafios percebidos

Apesar do Ministério da Saúde defender uma educação em saúde abrangente, integrativa, que busca equalizar responsabilidades e ações dos sujeitos que dela fazem parte, existe ainda grande distanciamento entre documentos, teoria e prática, como evidencia o relato das participantes ao apontarem variados obstáculos no desenvolvimento de ações educativas e interdisciplinares. Questões operacionais foram levantadas, dentre elas a necessidade de deslocamento no território sem condições propícias para isso, as limitações econômicas e a insuficiência de recursos materiais. Em termos funcionais, houve apontamento de pouca adesão dos usuários às propostas psicoeducativas, evidenciando, na visão delas, pouco interesse de muitos deles.

Ademais, no relato de algumas das entrevistadas verificou-se alusão a uma abordagem tutelar por uma parte de profissionais com os quais atuavam, reforçando a lógica calcada no atendimento curativista e assistencialista. De acordo com vários autores (por exemplo, NEVES, ACIOLE, 2011; SALA, LUPPI, SIMÕES, MARSIGLIA, 2011; TÓFOLI, FORTES, 2007), a implantação do trabalho intersetorial e interdisciplinar constitui ainda num grande desafio, evidenciando que o modelo biomédico segue culturalmente reforçado nas ações em saúde no país.

O trabalho psicossocial atrelado ao SUS tem como característica compreender o sujeito para além do que se configura enquanto doença, percebendo o sofrimento, as subjetividades e o contexto sociocultural presentes neste processo (CFP, 2011). Isto requer, por parte do profissional, uma atenção global a partir das dimensões simbólica e afetiva que derivam do contexto social, identificando as relações sociais como moduladoras da vivência individual.

Nesse sentido, evidencia-se a necessidade da desconstrução, na atenção primária, do cuidado ofertado somente a partir da presença de doenças ou agravos já instalados, não

favorecendo ao usuário desenvolver recursos próprios rumo ao alcance da autonomia e do autocuidado. A dificuldade em reorganizar a lógica do modelo medicalizante, ainda presente mesmo em ações que se propõe educativas e direcionadas a promoção e prevenção, podem ocasionar um baixo aproveitamento da equipe multiprofissional em diferentes tipos de saberes, impedindo uma atuação para o trabalho coletivo e voltado aos diferentes determinantes em saúde (CUNHA, 2005).

Desse modo, no que configura o investimento em novas formas de atuação em prol da prevenção e promoção em saúde, as participantes apontaram para a necessidade de descaracterizar a atenção em saúde como pautada exclusivamente na ação medicalizante e curativa. Na visão delas, seria importante redefinir o contexto de uso e a finalidade da atenção em saúde, com maior ênfase em ações educativas orientadas para a prevenção, contando com o esforço coletivo e o empenho da gestão. As novas práticas devem estar ancoradas na aproximação do profissional com a população atendida, com reflexão crítica e adaptação dos modelos teórico-metodológicos utilizados à realidade local. Apontaram ainda para a importância de encontros envolvendo profissionais para troca de experiências e conhecimentos.

Como resultados de suas iniciativas, as participantes mostraram perceber boa aceitação por parte da comunidade das ações que realizavam no esforço para facilitar o acesso a informações e promover o autocuidado, embora algumas delas tenham apontado o pouco interesse de usuários como um desafio a ser enfrentado neste contexto. Desse modo, elas avaliaram alcançar objetivos como reduzir respostas emocionais e conflitos interpessoais, aumentar a conscientização e a capacidade crítica, bem como fortalecer vínculos com os usuários e profissionais de saúde.

Houve, portanto, reconhecimento da relevância do trabalho educativo com uso de recursos psicoeducativos na atenção básica, mas com apontamento da necessidade de maior preparo profissional para efetivação de práticas desta natureza e da superação de diversas dificuldades que constituem obstáculos externos para a organização e implementação deste tipo de ação, incluindo pouco apoio da gestão nesta direção. As próprias profissionais pareciam se ver como impotentes diante deste cenário, não enxergando com clareza formas de mobilização que pudessem resultar, em menor prazo, em resultados mais satisfatórios em seus contextos de trabalho.

No entanto, é válido destacar que resultados mais efetivos necessitam alcançar a formação de todos os profissionais que compõe as equipes de saúde, considerando que o trabalho deve ser desenvolvido de modo interdisciplinar, com todos os atores atuando na disseminação de informações no que se refere a sensibilizar e conscientizar para o autocuidado. As visões predominantemente medicalizantes e curativistas percebidas pelas participantes em muitos dos profissionais com os quais atuavam engessava a lógica do trabalho preventivo. Ceccim (2005) ressalta a abrangência da política de educação do SUS, que deve envolver profissionais de várias especialidades, discentes e docentes.

Fatores predominantemente externos foram apontados pelas participantes como entraves ao processo de trabalho, ao que se percebeu a importância delas se verem também como pertencentes e implicadas nesse cenário na busca por soluções para um trabalho coletivo e de maior eficácia. Nesse prisma, é desejável que os psicólogos, mediante ações de capacitação e matriciamento, possam intervir também no aperfeiçoamento de outros agentes de saúde, levando-os a ampliarem suas visões para os aspectos psicossociais presentes. É necessário que os profissionais de psicologia repensem suas práticas em termos de ampliar o alcance de seus espaços de intervenção no fazer diário na ABS e percebem o quanto também é de sua responsabilidade a melhoria e maior efetividade dos serviços. Como ressalta Spink (2007), o psicólogo ao atuar de modo atrelado ao fazer das eSF viabiliza conhecimentos e práticas capazes de ampliar o alcance e resultados das ações das equipes de referência, o que, por outro lado, exige deste um modo de trabalho ancorado no conceito da clínica ampliada e coerente com as políticas públicas de saúde.

A psicoeducação, nesse sentido, pode constituir uma estratégia capaz de possibilitar novos alcances ao trabalho do psicólogo, indo além de um fazer clínico individual. A abrangência proporcionada pelo trabalho psicoeducativo, enquanto estratégia destinada a prática compartilhada com usuários e profissionais de diferentes saberes, ultrapassa o conceito do atendimento individual, clínico e assistencial.

5.3 Formação e capacitação profissional: caminhos para mudanças na prática assistencial

Em suas narrativas, observou-se o esforço das participantes em tornarem os momentos informativos e de orientação parte dos processos interventivos que desenvolviam, seja em atividades mais clínicas ou mais comunitárias, ainda que tenham evidenciado

necessidade de cursos e discussões capazes de torná-las mais capacitadas a alcançarem maior efetividade em ações desta natureza. Durante suas formações acadêmicas em nível de graduação, elas relataram ter havido pouco ou nenhum contato direto com assuntos relacionados ao SUS e suas diretrizes, tampouco informações aprofundadas quanto as políticas públicas de saúde. Houve apenas, conforme relato da maioria, contatos pontuais ou superficiais durante certas disciplinas cursadas, o que lhes exigiram investimento em termos de capacitação posterior para ingresso no campo dos cuidados primários em saúde.

De fato, a pesquisa permitiu identificar deficiências de formação que limitavam o trabalho das psicólogas na busca por maior efetividade de suas ações educativas em saúde. Ao longo do processo investigativo, observou-se anseios por parte das mesmas de adquirirem mais conhecimentos e preparo técnico para atuação conforme os preceitos valorizados em saúde coletiva e em saúde pública. Essa maior integração entre teoria e prática deveria, no entender delas, ser construída desde os cursos de graduação, com abordagem de temática diversas em saúde pública, incluindo educação em saúde e ações preventivas.

Apesar das participantes terem qualificado o trabalho educativo e tê-lo reconhecido como imprescindível nos cuidados primários, além de terem mostrado iniciativas recentes nesta direção, a partir do levantamento das atividades de maior abrangência em suas práticas elas mostraram um índice marcante de psicoterapia individual e/ou grupal, ainda que uma parcela significativa delas estivesse inserida em equipes NASF, que tem preconizado um maior investimento das equipes de apoio em atividades educacionais (CUNHA e CAMPOS, 2011).

Citando Silva (1992) e Spink (2007) verifica-se que a formação do psicólogo tem se direcionado ao longo do tempo, sobretudo até meados da década de 90, predominantemente ao exercício liberal e autônomo a partir dos atendimentos individuais em consultórios particulares. Este modelo de trabalho permanece supervalorizado nos dias atuais. Com a inserção da Psicologia no contexto da saúde pública na década de 1980 e com a mudança nos currículos através da resolução das Diretrizes Curriculares do Curso, foram introduzidos elementos novos para a prática profissional, buscando a ampliação dos modelos de atendimento (FERREIRA NETO, 2010).

Mesmo havendo relatos de atividades voltadas para o trabalho com grupos e comunidades e para ações diretamente junto às equipes, calcado no apoio matricial, mantém-se de modo significativo a assistência direta aos usuários em modelo clínico tradicional.

Carvalho, Bosi e Freire (2009), Firmino *et al.* (2012) e Freire e Pichelli (2010) apontam para esta manutenção das práticas individualizadas no processo de cuidado na atenção básica. Ao que parece, a ação compartilhada, com enfoque interdisciplinar, ainda permanece tímida se comparada às prerrogativas dos documentos atuais, focando o trabalho com os usuários de maneira isolada e nem sempre com a devida atenção a aspectos histórico-culturais relacionados ao processo saúde-doença.

Dimenstein (2000) também considera que o modelo clínico individual ainda tem sido transporte para ações em centros, postos e ambulatórios de saúde sem uma adequada revisão, indo em contraposição aos objetivos e perspectivas da saúde pública, sobretudo considerando que, no setor público, predomina o atendimento à população de baixa renda, com necessidades distintas daquelas observadas no setor privado. Diante disso, a autora aponta para a necessidade do aprimoramento profissional de forma contínua, crítica e sistematizada.

Nessa direção, as psicólogas trouxeram a necessidade de estarem melhor preparadas e capacitadas para a intervenção educativa em saúde, de modo a atuarem na atenção básica a partir da realidade vivenciada no território, pautando-se em conhecimentos capazes de embasar novas propostas de trabalho, sobretudo aquelas mais preventivas. Apontaram a importância de participarem de mais cursos de capacitação na área da saúde, além de integrarem grupos de estudos e rodas de conversa com outros profissionais, buscando promover debates sobre a rotina de trabalho em áreas diversas, com pautas dirigidas pelos princípios do SUS.

Como argumenta Angerami-Camon (2000), novos campos de atuação têm surgido a partir de especificidades e demandas importantes em esfera social, destacando-se o setor da saúde. Desta maneira, o psicólogo tem, cada vez mais, deparando-se com a necessidade de atuar de modo sistemático no campo da saúde, sobretudo considerando mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade, com maior reconhecimento da influência de variáveis comportamentais e sociais nos processos de saúde e doença. De modo congruente, Miyazaki, Domingos, Valério, Santos e Rosa (2002) ressaltam que esse novo cenário exige das universidades preparo para formar profissionais com habilidades e competências que atendam às exigências no campo da saúde.

Nesse sentido, evidencia-se a importância da introdução de conteúdos voltados para políticas públicas e o SUS na grade curricular dos cursos de graduação em Psicologia, de modo a permitir aos estudantes, desde os anos iniciais da formação, construir conhecimentos e

aprimorar práticas a partir do contato com a estrutura e funcionamento do sistema público de saúde. Os tópicos abordados devem contextualizar historicamente as concepções e práticas do processo saúde-doença e abranger desde os cuidados primários até outros níveis da atenção, apontando os objetivos a serem alcançados e focalizando questões socialmente relevantes em saúde pública (Borges & Soares, 2018).

Cabe ressaltar que as atividades atribuídas ao psicólogo na área da saúde devem estar atreladas para além do enfoque intrapsíquico, incluindo fomento ao empoderamento individual e coletivo; ao uso de métodos e técnicas psicológicas em benefício da comunicação entre usuários e profissionais da saúde, e ao estímulo e facilitação da adesão aos tratamentos. O profissional pode contribuir para a orientação de pacientes e familiares, além de realizar prática articulada com as organizações assistenciais em saúde, definindo metas e avaliando resultados (BRASIL, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto de dados obtidos nesta pesquisa nos permite afirmar que as psicólogas participantes faziam uso amplo e diversificado de estratégias educativas em seus cotidianos de trabalho na atenção básica de seus municípios. Apesar dos entraves encontrados para esse tipo de intervenção, sobretudo em contextos mais comunitário, verificou-se um esforço por parte das mesmas, conforme seus relatos, por ampliar suas práticas, indo além dos atendimentos individuais em consultórios, e por torná-las mais próximas das necessidades e anseios dos usuários e mais condizentes com os preceitos dos cuidados primários em saúde.

Elas evidenciaram uma concepção de educação em saúde atenuada com os discursos e documentos oficiais do sistema de saúde brasileiro, não somente destacando a relevância do emprego de estratégias desta natureza, mas também a necessidade de não tornar este um processo técnico meramente informativo e com ações muito pontuais, que não apresentam desdobramentos ao longo do tempo. Destacaram, nesse sentido, que as finalidades das práticas educativas no âmbito da atenção básica requerem um fazer voltado para as características e necessidades em saúde dos indivíduos e comunidades e que devem ocorrer de modo sintonizado com as demandas percebidas, de forma continuada e, conforme as circunstâncias, com ações tanto individuais, como grupais e comunitárias. O objetivo é contribuir para tornar as pessoas mais cientes dos fatores que afetam a saúde, assim como para fortalecer o autocuidado e o engajamento em iniciativas em prol de melhorias das condições de vida pessoal, de sua família e comunidade.

Embora suas falas tenham enfatizado o aspecto informativo das estratégias educativas, pressupõe-se, no contexto geral de seus relatos, que não se tratava meramente de transmitir informações, mas de fazer isso ao longo dos processos interventivos, conforme se avalia a necessidade ou percebe o interesse dos usuários e comunidades. No entanto, embora no preenchimento dos questionários tenha sido assinalado o uso de diversos recursos didáticos para enriquecimento da psicoeducação, as entrevistadas não mostraram formas mais planejadas e sistematizadas de atuar no emprego desta técnica, o que faz supor que isso se deva, ao menos em parte, a dificuldade em adaptar esta intervenção a um contexto complexo e peculiar como é a atenção básica, em que há sobrecarga de atividades e carências diversas.

Ademais, como as entrevistadas eram oriundas de equipes NASF-AB pressupõe também que nem sempre elas dispunham de condições ou propósitos direcionados a

intervenções clínico-assistenciais, empregadas diretamente com os usuários. Os profissionais, para além de suas formações específicas, devem estar habilitados a manejar, em muitos momentos, as manifestações comportamentais e emocionais que venham a surgir. Nesse sentido, elas mostraram que os conhecimentos em psicoeducação podem ser utilizados no preparo de outros profissionais, sobretudo das eSF, para que estes possam estar melhor instruídos para uma atuação mais educativa. Isso se faria mediante intervenções conjuntas, acompanhamento das equipes em visitas domiciliares, discussões de casos, e capacitações específicas. Este fato aponta o sentido e importância conferidos por elas ao apoio matricial às equipes de atenção básica, sobretudo por serem estas atividades técnico-pedagógicas que constituem o ponto central dos trabalhos previstos para os profissionais das equipes de apoio.

Assim, observa-se a psicoeducação no centro do movimento de mudanças nas práticas realizadas pelas entrevistadas na ABS, sem abandonar as atividades mais tradicionais, até porque em grande parte a demanda para avaliações e intervenções clínicas continuam fortemente presentes. O que se verificou foi a iniciativa em ir planejando e implementando junto às equipes de saúde novas formas de estar com os usuários a partir do estabelecimento de objetivos comuns de trabalho, mais voltados para promoção de saúde e para prevenção ou controle de agravos, em um contexto que se infere como de clínica ampliada.

Por outro lado, percebe-se que estas iniciativas ocorrem em passos lentos dado a dificuldades de várias naturezas, desde aquelas relacionados a obstáculos operacionais, pela carência de recursos financeiros e materiais e de apoio da gestão, até as dificuldades encontradas na relação com os usuários, que nem sempre aderem a estas iniciativas, como na relação com integrantes das equipes de saúde que ainda mantém uma visão fragmentada e biologizante da atuação em saúde. Passa ainda pelas próprias carências em termos da capacitação profissional apropriada para torná-las mais instrumentalizadas e seguras na buscar por novos horizontes de atuação.

Nesse sentido, os resultados apontam a necessidade tanto dos psicólogos terem acesso a conteúdos e discussões voltados para modelos mais educativos, incluindo não somente cursos específicos, mas também trocas entre eles e com outros membros das equipes multiprofissionais, como também de investirem em uma sensibilização dos usuários e profissionais quanto à importância de ações psicoeducativas. Isso significa mudar uma cultura – de todos os envolvidos - ancorados em um modelo assistencialista e curativista, com maior valor dado ao saber médico e a intervenção medicamentosa.

Mas, mesmo em um contexto que limitava as ações, e, por conseguinte, o alcance de resultados mais preventivos, as psicólogas ouvidas na pesquisa destacaram de modo significativo a relevância da psicoeducação na saúde pública e, inclusive, apontaram vários aspectos positivos que podem decorrer deste tipo de trabalho, sobretudo o resgate da autonomia e o estímulo ao autocuidado. De fato, verificou-se, na percepção das participantes, que as intervenções psicoeducativas na atenção primária foi associada a benefícios amplos. O compartilhamento de informações durante os atendimentos favorecia, segundo elas, a corresponsabilização pelo próprio estado de saúde e a conscientização para aspectos preventivos ou de controle de agravos. Elas identificaram as práticas educativas como sendo de baixo custo e eficazes, com contribuições potenciais também, como já dito, para a formação de outros profissionais de saúde.

Em conclusão, constatou-se esforços das psicólogas no que concerne ao uso de estratégias psicoeducativas, com percepção de que os modelos educativos devem se propagar no campo da saúde e, assim, gerar conscientização e apoio favorável à adesão a orientações preventivas e de tratamento de doenças, bem como contribuir na ampliação das práticas no cotidiano de trabalho, estando os profissionais melhor direcionados e preparados para um atendimento humanizado e integral, conforme a realidade e demandas de cada território.

Fazendo uma análise final da pesquisa, considera-se que as estratégias metodológicas utilizadas em seu desenvolvimento se mostraram pertinentes aos objetivos traçados e foram enriquecedoras, permitindo tanto um panorama geral das ações psicoeducativas na prática profissional na ABS nos municípios em questão como um aprofundamento nas vivências de uma parte das psicólogas. Assim, o uso integrado de métodos diferentes de autorrelato - questionários e entrevistas – possibilitou a aquisição de informações que levaram a uma perspectiva mais ampla do trabalho que desenvolviam, além de acesso não só a dados descritivos, mas também avaliativos, como a percepção das dificuldades encontradas nos processos educativos e dos resultados positivos de suas ações, percebidos ao longo de suas experiências no SUS.

Uma autoobservação do próprio trabalho é importante, na medida em que pode favorecer a valorização dos esforços engendrados, assim como levar a reformulação de estratégias interventivas e a busca, quando necessário, de novos modos de proceder junto à equipe de saúde e à população. No caso das participantes do estudo, a maioria atuava no SUS há vários anos, embora a atuação no NASF fosse possivelmente bem mais recente, considerando a implantação dos núcleos somente a partir de 2008, o que exigia delas

provavelmente uma reformulação de objetivos e atividades relacionadas ao fazer profissional em psicologia.

Enquanto limitação do estudo, pode-se apontar o número pequeno de participantes, embora possa se considerá-lo representativo da quantidade de profissionais de psicologia atuantes nos contextos de atendimento onde a coleta de dados foi realizada, já que os NASF ainda se encontram em fase de implementação ou ampliação em muitos municípios fluminenses. Seria interessante que o questionário elaborado fosse reformulado e aplicado a um número maior de psicólogos.

É importante ressaltar, portanto, que os resultados obtidos mostram a realidade dos municípios escolhidos, não se aplicando a outras regiões do país, o que torna importante a proposição de novos estudos capazes de permitir compreender o uso da psicoeducação em outros locais do país e em outros setores do SUS. Destaca-se ainda a relevância de conhecer as práticas de psicólogos atuantes na atenção primária em relação a outras modalidades de trabalho preventivo, bem como de investigar iniciativas específicas de psicoeducação, como as grupais e de base comunitária.

Ao findar o trabalho, verifica-se que a busca por conhecer como os psicólogos compreendem e utilizam as intervenções psicoeducativas no contexto da atenção primária possibilitou identificar iniciativas e necessidades das participantes em cada municipalidade onde o estudo foi realizado, o que pode auxiliar na discussão de novas estratégias e ferramentas de intervenção psicológica capazes de prover benefícios à população. Desta maneira, torna-se fundamental os estudos nesta área, com a proposta de obter avanços no saber profissional e nos modelos de atendimento a ele associados.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, M. L. **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2002.
- ALBUQUERQUE, J. A. G. **Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- ALCÂNTARA, T. V.; SHIOGA, J. E. M.; LIMA, M. J. V.; LAGE, A. M. V.; MAIA, A. H. N. Intervenções psicológicas na sala de espera: estratégias no contexto da Oncologia Pediátrica. **Rev. SBPH**, v. 16, n. 2, p. 103-119, 2013.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 1/2, 5-20, 1997.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Cien Saude Colet** 2011; 6(1):319-325.
- ANDERY, A. A Psicologia na Comunidade. In: LANE, S.; CODO, W. (orgs.). **Psicologia Social: o Homem em Movimento** (pp.203-220). São Paulo: Brasiliense, 1984.
- ANDRADE A. C. F. A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. **Rev Psiquiatr Clin.**, v. 26, n. 6, p. 1-8, 1999.
- ANDRADE, A. C. F.; MORENO, R. A. Qual o papel da abordagem psicoeducacional no tratamento dos transtornos afetivos? **Boletim de Transtornos Afetivos e Alimentares**, n. 3, p. 3, 1998.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. O ressignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da saúde. In: V. A. Angerami-Camon (Ed.), **Psicologia da saúde**, p. 7-22, São Paulo: Pioneira. 2000.
- AUTHIER, J. The psychoeducation model: Definition, contemporary roots and content. **Canadian Counsellor**, v. 12, n. 1, p. 15-22, 1977.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.**, v. 6, n. 1, p. 117-20, 2001.
- BARBOSA, C. F.; MENDES, I. J. M. Concepção de promoção da saúde de psicólogos no serviço público. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 269-276, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
- BASCO, M. R.; RUSH, A. J. **Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorders** 2. ed. New York, NY, US: Guilford Publications, 2005.

BAUML, J.; FROBOSE, T.; KRAEMER, S.; RENTROP, M.; PITSCHEL-WALZ, G. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. **Schizophrenia Bulletin**, v. 32, S1-S9, 2006.

BECK, A. T.; RUSH, A.J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed. 1997.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BECK, Judith. **Terapia cognitiva para desafios clínicos**. Porto Alegre: Artmed. 2007.

BÉGIN, J. Y.; BLUTEAU, J.; ARSENEAULT, C.; PRONOVOST, J. Psychoeducation in Quebec: Past to Present. Ricerche di Pedagogia e Didattica. **Journal of Theories and Research in Education**, v. 7, n. 1, p. 1-16, 2012.

BENEVIDES, R. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais Interfaces? **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, 7-13, 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface Comun Saúde Educ**, v. 9, n. 17, p. 398-406, 2005.

BHATTACHARJEE, D.; RAI, A. K.; SINGH, N. K.; KUMAR, P.; MUNDA, S. K. Psychoeducation: A measure to strengthen psychiatric treatment. **Delhi Psychiatric Journal**, v. 14, n. 1, p. 33-39, 2011.

BOCK, A. M. B. **Aventuras do Barão de Munchhausen na Psicologia**. São Paulo: EDUC, 1999.

BONSACK, C.; REXHAJ, S.; FAVROD, J. Psychoéducation: défi nition, historique, intérêt et limites. **Annales Médico-psychologiques**, v. 173, n. 1, 2015.

BORGES, L. M.; SOARES, M.R.Z. A formação do psicólogo da Saúde. **Psicologia da Saúde - Teorias, Conceitos e Práticas**. 1. ed. Curitiba: Juruá Editora, 2018, v. 1, p. 21-51.

BORGES, L. M.; SOARES, M.R.Z; RUDNICKI, T. **O Trabalho em Grupo no Contexto da Psicologia da Saúde**. **Psicologia da Saúde - Teorias, Conceitos e Práticas**. 1ed. Curitiba: Juruá Editora, 2018, v. 1, p. 101-129.

BRAGA, M. F. S. **Eficácia da psicoeducação para pacientes com repressão unipolar**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Riberão Preto, Brasil, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA GM N° 154 de 24 de janeiro de 2008**.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA N° 2.488 de 21 de outubro de 2011**.

BRASIL. Caderno de Atenção Básica, **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília DF, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde - **Cartilha: Humaniza SUS**; Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília – DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS; 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: MS;2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde (MS)**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília (DF); 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica**. Brasília, DF: AMAQ. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRICEÑO-LEON, R. Retos y problemas para alcanzar la participación comunitaria en el control de las Enfermedades Tropicales. **Fermentum**, v. 8, n. 9, 165-176, 1996.

BURLINGAME, G.; RIDGE, N.; MATASUNO, J.; HWANG, A.; ERNSHAW, D. Educational needs of inpatients with severe and persistent mental illnesses. **Journal of Psychosocial Nursing**, v. 44, n. 1, p. 39-43, 2006.

CALATAYUD, F. M. Psicología y Salud em el Mundo Actual: Falencias y Posibilidades. In: Saforcada, E. (org.). **Psicología Sanitaria. Analisis Crítico de los Sistemas de Salud**, p. 195-212, Buenos Aires: Paidós, 2002.

CALLAHAM, M. A.; BAUER, M. S. Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder. **The Psychiatric Clinics of North America**, v. 22, p. 675-88, 1999.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C.L. A Psicologia e a Estratégia Saúde da Família: Composto Saberes e Fazeres. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, pp. 26-32, 2005.

CAMINHA, R. M.; BORGES, J. L. Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. In: R. Caminha, R. Wainer, M. Oliveira, N. Piccoloto (orgs.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**, p. 155-172, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. In: Campos GWS, organizador. **Saúde Paideia**. São Paulo, p. 51-67, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CAMPOS, W. S. C.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n.2, 209-213, 1997.

CAPISTRANO FILHO, D.; PIMENTA, A. L., **Saúde para todos, desafio ao município**, 2. ed. São Paulo, Hucitec, 1988.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pósconstitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CARVALHO, L. B.; FREIRE, J. C.; BOSI, M. L. M. Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. **Physis** [online], v. 19, n.3, p. 849-865, 2009.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 507-515, 2000.

CASÉ, V. Saúde Mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: **Saúde e Loucura** 7. São Paulo: Hucitec, p. 121-136, 2001.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A questão democrática na área de saúde. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 11-13. 1980.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Cienc Saude Colet**, v. 10, n. 4, p. 973-986, 2005.

CFP. **Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011**. Conselho Federal de Psicologia, 2011.

CHIEN, W. T. Effectiveness of Psychoeducation and Mutual Support Group Program for Family Caregivers of Chinese People with Schizophrenia. **The Open Nursing Journal**, v. 2, p. 28-39, 2008.

CLEARY, H. P. Health education: the role and functions of the specialist and the generalist. **Rev. Saúde Pública**, v. 22, n. 1, 64-72, 1988.

COLE, H. P.; LACEFIELD, W. E. Theories of learning, development, and psychoeducational design: Origins and applications in nonschool settings. **Viewpoints in Teaching and Learning**, v. 58, n. 3, p. 6-16, 1982.

COLOM, F.; VIETA, E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. **Ver. Bras. Psiquiatr.**, v. 26, n. 3, p. 47-50, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em psicologia**: Parecer CNE/CES no. 62/2004. Brasília, DF, 19 de fevereiro de 2004.

CONTINI, M. L. J. **O Psicólogo e a Promoção de Saúde na Educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para la salud**. Madrid: Pirámide, 1996.

COSTA, N. R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. **Cad. Cedes**, n. 4, p. 5-27, 1987.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec; 2005

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 961-70, 2011.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método paidéia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho. **Org & demo**, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.

CUNHA, GUSTAVO T.; CAMPOS, GASTÃO W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho**. São Paulo: Cortez. 1987.

DIMENSTEIN, D. B. M. **Estudo de Psicologia**. 1998.

DIMENSTEIN, M. A Cultura Profissional do Psicólogo e o Ideário individualista: Implicações para a Prática no Campo da Assistência Pública à Saúde. **Estudos de Psicologia**, v. 5, n. 1., 95-121, 2000.

DIMENSTEIN, M. Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para su actuación en la salud pública. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 13, 341-345, 2003.

DIMENSTEIN, M. O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva. **Psicologia em Estudo**, v. 6, n. 2, 57-63, 2001.

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

DIMENSTEIN, M. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissional. São Paulo, **Estudos de Psicologia**, n. 3, 1998.

DIXON, L. Providing services to families of persons with schizophrenia: Present and future. **Journal of Mental Health Policy and Economics**, v. 2, p. 3-8, 1999.

DOBSON, D.; DOBSON, K. S. Começando o tratamento: habilidades básicas. In: DOBSON, D.; DOBSON, K. S. **A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências**, p. 69-75, Porto Alegre: Artmed. 2010.

DURÁN-GONZÁLEZ, L. I.; HERNÁNDEZ-RINCÓN, M.; BECERRA APONTE, J. La Formación del Psicólogo y su Papel en la Atención Primaria a la Salud. **Salud Publica de México**, v. 37, n. 5, 462-471, 1995.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. de P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, 847-852, 2014.

FARMER, J.; REUPERT, A. Understanding Autism and understanding my child with Autism: An evaluation of a group parent education program in rural Australia. **Australian Journal of Rural Health**, v. 21, 20-27, 2013.

FERREIRA NETO, J. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia, ciência e profissão*. Brasília: 2010, vol.30, n.2, pp. 390-403. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200013>. Acesso em: 05 Jun. 2013.

FIRMINO, K. F. *et al.* Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Frabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1223- 1232, 2012.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, 743- 752, 2009.

FORTES, S.; BALLESTAR, D. Saúde mental e Estratégia de Saúde da Família, construção da integralidade, p. 266-270. In: BRASIL, M. A. A *et. al.* **Psicologia médica**, a dimensão psicossocial da prática médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koognan, 2012.

FREIRE, F. M. de S.; PICHELLI, A. A. W. S. Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica: em busca da integralidade. **Psicol. cienc. prof.** [online], v. 30, n. 4, p. 840-853, 2010.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação; uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. Tradução de Kátia de Melo e Silva. São Paulo: Moraes Ltda; 1980.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a Pedagogia do oprimido. 3a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

FREIRE, S. D. In: OLIVEIRA, Margareth da Silva; ANDRETTA, Illana (orgs). **Manual Prático de terapia Cognitivo-Comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

FREITAS, C. M. de; PORTO, M. F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Ligia *et al.* (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes, p. 493-546. 2012.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995

GOMES, B. C. **Estudo controlado de terapia comportamental em grupo no tratamento de pacientes com transtorno bipolar**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

GONÇALVES-PEREIRA, M.; SAMPAIO, D. Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 3-10, 2011.

GROSSI, F. P., *et al.* A intervenção psicoeducacional e impacto sobre o estresse nas disfunções temporomandibulares. **Arch Health Invest**, v. 4, n. 2, p. 25-380, 2015.

HAGGERTY, J. L.; REID, R. J.; FREEMAN, G. K.; STARFIELD, B. H.; ADAIR, C. E.; MCKENDRY, R. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, 2003.

HAYES, L.; HARVEY, C. E; FARHALL, J. Family psychoeducation for the treatment of psychosis. **Australian Psychological Society**, v.35, 2013.

HAYES, R. A.; GANTT. **Social Work in Health Care**, 1992.

HUNING, S. M.; GUARESCHI, N. M. F. Efeito Foucault: desacomodar a psicologia. In: GUARESCHI, N. M. F.; HUNING, S. M. (Orgs.), **Foucault e a psicologia**, p. 159-182, Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

IVANCKO, S. M. E o tratamento se inicia na Sala de Espera. In: Angerami – Camon, V. A. (org.). **Atualidades em Psicologia da Saúde**. São Paulo: Thomson Learning, 2004.

JACKSON, A. L.; CAVALLARI, C. D. Estudo sobre a inserção do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde. **Cadernos CRP-06**, São Paulo, p. 07-31, 1991.

KNAPP, P. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, P.; ISOLAN, L. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar, **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2005.

KNAPP, P.; LUZ, E. BALDISSEROTTO. Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In B Rangé (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com o psiquiatra**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

LAU, S.; LU, X.; BALSAMO, L.; DEVIDAS, M.; WINICK, N.; HUNGER, S. P.; CARROLL, W.; KADAN-LOTTICK, N. Family life events in the first year of acute lymphoblastic leukemia therapy: A Children's Oncology Group Report. **Pediatric Blood Cancer**, v. 61, n. 12, p. 2277-2284, 2015.

LEAHY, R. L. *et al.* **Terapia Cognitiva Contemporânea: teoria, pesquisa e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LEMES, C. B.; ONDERE NETO, J. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 17-28, 2017.

LIMA, Nisia Trindade; SANTANA, José Paragua de (Org.). **Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

LIMA-SILVA, T. B.; YASSUDA, M. S. Psicoeducação para idosos hipertensos: exemplo de metodologia aplicada. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 6, p. 373-392, 2012.

LOPES, L. O.; CACHIONI, M. Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. **Revista Brasileira e Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 443-460, 2013a.

LOPES, L. O.; CACHIONI, M. Impacto de uma intervenção psicoeducacional sobre o bem-estar subjetivo de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 165-181, 2013b.

LOPES, L. O.; CACHIONI, M. Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: Uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 4, p. 252-261, 2012.

LOSSO, A. R.; ZIMERMANN, K. G.; CERETTA, L. B.; SALVARO, M. S.; ROSA, P. C. Psicoeducação para pacientes diabéticos em tratamento com insulina. Criar Educação. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação**, UNESC, v. 3, n. 2, 2014.

LOURENÇÃO, V. C.; SANTOS JR., R.; LUIZ, A. M. G. Aplicação da terapia cognitivo-comportamental em tratamento de câncer. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 5, n. 2, p. 45-58, 2010.

LUKENS, E. P.; MCFARLANE, W. R. Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. **Brief Treatment and Crisis Intervention**, v. 4, n. 3, p. 205-225, 2004.

LUZ, M. T. As Conferências Nacionais de Saúde e as políticas de saúde na década de 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Orgs.), **Saúde e sociedade no Brasil anos 80** (pp.131-152). Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABRASCO/IMS/UERJ, 1994.

MACEDO, C. R.; ANDRADE, P. R.; BARBOSA, T. R.; HOFFMANN, M. V.; SILVA, F. A. C. Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 334-341, 2009.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Expansão e interiorização da psicologia: reorganização dos saberes e poderes na atualidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 2, p. 296-313, 2011.

MACHADO, M. H.; MÉDICI, A. C.; NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura**. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

MACIEL, Marjorie Ester Dias. **Educação em saúde: conceitos e propósitos**. *Cogitare Enferm*, v. 14, n. 4, p. 773-776, 2009.

MARSH, D. Working with families of people with serious mental illness. In: L. VAN DE CREEK, S.; KNAPP.; JACKSON, T. L. (Eds.), **Innovations in clinical practice: A sourcebook**, p. 389-402, Sarasota: Professional Resource Press. 1992.

MARTIN, G.; PEAR, J. **Modificação do comportamento: o que é e como fazer**. São Paulo: Roca, 2009.

MECHANIC, D. Sociological dimensions of illness behavior. **Social Science and Medicine**, v. 41, p. 1207-1216, 1995.

MEDEIROS JUNIOR, A.; LIBERALINO, F. N.; COSTA, N. D. L. (Orgs.) **Caminhos da tutoria e aprendizagem em saúde e cidadania**, 3. ed. Natal, RN: EDUFRN, 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. 549p.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: A produção social da saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**, 2a. ed., p. 233-300, São Paulo: Hucitec, 2006.

MENEZES, S. L. **Grupos de Psicoeducação e suas implicações no cotidiano de portadores de TAB**. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, 2009.

MENEZES, S. L.; SOUZA, M. C. B. Implicações de um grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de transtorno afetivo bipolar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 124- 131, 2012.

MENEZES, S. L.; SOUZA, M. C. B. M. Grupo de psicoeducação no transtorno afetivo bipolar: reflexão sobre o modo asilar e o modo psicossocial. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 996-1001. 2011.

MENEZES, S. L.; SOUZA, M. C. B.; MELLO. Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v. 46, n. 1, p. 124-131, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal eletrônico do Ministério da Saúde. Brasília; 2004.

MITRE, S. M. **Avanços e Desafios do acolhimento na reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, MG** (Dissertação). Belo Horizonte (MG): Universidade Federal De Minas Gerais; 2011.

MIYAZAKI, M. C. O. S.; DOMINGOS, N. A. M.; VALÉRIO, N. I.; SANTOS, A. R. R.; ROSA, L. T. B. Psicologia da saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. **Psicologia USP**, v. 13, p. 29-53, 2002.

MUSSI, C. M. *et al.* Home visit improves knowledge, self-care and adhesion in heart failure: randomized Clinical Trial HELEN-I. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, p. 20-28, 2013.

NEVES, C. A.; ROLLO, A. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.

NEVES, L.M.T.; ACIOLI, G.G. Challenges of integrality: revisiting concepts about the physical therapist's role in the Family Health Team. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.37, p.551-64, abr./jun. 2011.

NOGUEIRA, C. A. ; CRISOSTOMO, K. N.; SOUZA, R dos S.; PRADO, J. de M. A importância da psicoeducação na terapia cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano – Higia**, v. 2, n.1, p. 108-120, 2017.

NUNES, Tânia Celeste Matos. **Democracia no ensino e nas instituições: a face pedagógica do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

NUSSEY, C.; PISTRANG, N.; MURPHY, T. How does psychoeducation help? A review of the effects of providing information about Tourette syndrome and attention-defi cit/hyperactivity disorder. **Child: Care, Health and Development**, v. 39, n. 5, p. 617-627, 2013.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 6, p. 761- 3, 2004.

OLIVEIRA, I. F.; DANTAS, C. M. B.; COSTA, A. L. F.; SILVA, F. L.; ALVERGA, A. R.; CARVALHO, D. B. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: Formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, v. 9, n. 17, p. 71-89, 2004.

OLIVEIRA, R. L. **Estudo comparativo da adição da terapia cognitivo- comportamental e da psicoeducação ao tratamento padrão do transtorno bipolar em idosos**. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2011.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília: OPAS. 2002.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, Z; ALMEIDA FILHO, N. A. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI. 2003. 708p.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “Nova Saúde Pública” ou Campo Aberto a Novos Paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, G. A cooperação técnica Opas-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 929-939, 2008.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

PARANHOS, R.; FIGUEIREDO FILHOS, D. B.; ROCHA, E. C. da; SILVA JÚNIOR, J. A. da; FREITAS, D. Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, Porto Alegre, v.18, n.42, p. 384-411, 2016.

PATRÍCIO, Zuleica M.; CASAGRANDE, Jacir; ARAÚJO, Marízia. **Qualidade de vida do trabalhador**: Uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Autores, 1999.

PELLEGRINELLI, K. B. **Impacto da Psicoeducação na Recuperação Sintomática e Funcional dos Pacientes**. (Dissertação) Mestrado Apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

PEREIRA, C. A política pública como caixa de pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira 1985-1989. **Dados**, v. 39, n. 3, p. 423-478, 1996.

PERGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Burden to family, observed in patients users of a Mental Illness Treatment Center. **Psicol. estud.**, v. 11, n. 3, p. 569-577, 2006.

PIMENTA, D. N.; LEANDRO, A.; SCHALL, V. T. Experiências de desenvolvimento e avaliação de materiais educativos sobre saúde: abordagens sócio-históricas e contribuições da antropologia visual. In: MONTEIRO, S.; VARGAS, E. (Orgs). **Educação, comunicação e tecnologia educacional**: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 87-112, 2006.

PIRES-ALVES, Fernando Antonio; PAIVA, Carlos Henrique. **Recursos críticos**: história da cooperação Opas-Brasil em recursos humanos em saúde (1975-1988). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

RAHMANI, F.; RANJBAR, F.; EBRAHIMI, H.; HOSSEINZADEH, M. The Effects of Group Psychoeducational Programme on Attitude toward Mental Illness in Families of Patients with Schizophrenia. **Journal of Caring Sciences**, v. 4, n. 3, p. 243-251, 2015.

REINARES, M.; COLOM, F.; SÁNCHEZ-MORENO, J. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. **Bipolar Disord**, v. 10, p. 511-519, 2008.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A via do Parlamento. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 63-92, 1997.

RONZANI, T. M.; STRALEN, C. J. V. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 6, n. 2, p. 99-107, 2003.

RUIZ, V. R.; LIMA, A. R.; MACHADO, A. L. Educação em saúde para portadores de doença mental: relato de experiência. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 2, p. 190-196, 2004.

RUMMEL-KLUGE, C.; KISSLING, W. Psychoeducation in schizophrenia: new developments and approaches in the field. **Current Opinions in Psychiatry**, v. 21, 168-172, 2009.

RUMMEL-KLUGE, C.; PITSCHEL-WALZ, G.; BAUML, J.; KISSLING, W. Psychoeducation in Schizophrenia. Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland. **Schizophrenia Bulletin**, v. 4, p. 765-775, 2006.

RUZANNA, Z.; MARHANI, M.; PARVEEN, K.; CHEAH, Y. C. Does psychoeducation improve insight of patients with schizophrenia? **Malaysian Journal of Psychiatry Ejournal**, v. 19, n. 2, 2010.

SAFORCADA, E. **Psicología Sanitaria. Analisis Crítico de los Sistemas de Salud**. Buenos Aires: Paidós, 2002.

SALA, A.; LUPPI, C. G.; SIMOES, O.; MARSIGLIA, R. G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saude soc**. [online]. v. 20, n. 4, p. 948-960, 2011.

SAMPAIO, José Jackson; BARROSO, Carlos Magno Cordeiro. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: **Saúde e Loucura 7**. São Paulo: Hucitec, p. 167-188, 2001.

SANTA HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc**. v. 19, n. 3, p. 614-26, 2010.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 15, suppl. 2, S4-S6, 1999.

SEBASTIANI, R. W. Histórico e Evolução da Psicologia da Saúde Numa Perspectiva Latino-americana. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia da Saúde - Um Novo Significado Para a Prática Clínica**, p. 201-222, São Paulo: Pioneira, 2000.

SILVA, M. do C. F. et al. Saúde Mental e o Programa de Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha. In: **Saúde e Loucura** 7. São Paulo: Hucitec, p. 155-166, 2001.

SILVA, R. C. A formação do psicólogo para o trabalho na saúde pública. In F. C. B. Campos (Org.) **Psicologia e saúde: repensando práticas**, p. 25-40, São Paulo: Hucitec, 1992.

SILVEIRA LMC, Ribeiro VM. Grupo de adesão ao tratamento: espaço “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Rev Interface Comunic Saúde.**, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2005.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde** (p.115-36). São Paulo: hucitec, 2001.

SOARES, T. C. A vida é mais forte do que as teorias: O psicólogo nos serviços de atenção primária à saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 25, p. 590-601, 2005.

SOPHIA, D. C.. Notas de participação do Cebes na organização da 8a Conferência Nacional de Saúde: o papel da revista Saúde em Debate. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 554-561, 2012b.

SOPHIA, D. C. **O Cebes e o movimento de reforma sanitária: história, política e saúde pública (Rio de Janeiro, 1970-1980)**. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2012a.

SOUSA, L. B.; AQUINO, P. S.; FERNANDES, J. F. P.; VIEIRA, N. N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **Rev Enferm UERJ**, v. 16, n. 1, p. 107-12, 2008.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14 (Supl. 1), p. 1325-1335, 2009.

SOUSA, S.; MARQUES, A.; CURRAL, R.; QUEIRÓS, C. Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. **Trends Psychiatry Psychotherapy**, v. 34, n. 4, p. 186-197, 2012.

SOUZA, A. C.; COLOMÉ, I. C. S.; COSTA, L. E. D.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 2, 6n. 2, p. 147-153, 2005.

SOUZA, K. R. **Para uma pedagogia da saúde no trabalho: elementos para um processo educativo em saúde do trabalhador** (Dissertação). Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

SOUZA, L.; FIGUEIREDO, A. L.; JUNIOR, J. C. D.; ARGIMON, I. I. L. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. **Revista brasileira de terapia comportamental cognitiva**, v. 11, n. 1, p. 15-24, 2009.

SPINK, M. **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

SPINK, M. J. P. A formação do psicólogo para atuação em instituições de saúde. In: SPINK, M. J. P., **Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos**, p. 132-140, Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

SPINK, M. J. P. A Psicologia em diálogo com o SUS: Prática profissional e produção acadêmica. Relatório Final Projeto Coletivo de Cooperação Técnica da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia: **Mudança na Formação em Psicologia e Pesquisa e Sistematização de Experiências**, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

SWADI, H.; BOBIER, C.; PRICE, L.; CRAIG, B. Lessons from an audit of psychoeducation at an older adolescent inpatient unit. **Australasian Psychiatry**, v. 18 n. 1, p. 53-58, 2010.

SWAMINATH, G. Psychoeducation. **Indian journal of psychiatry**, v. 51, n. 3, p. 171-172, 2009.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L.; SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **IESUS**, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivências na Ilha de Caratateua, Belém. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n. 1, p. 155-159, 2007.

TEIXEIRA-FABRÍCIO, A.; BENTO LIMA-SILVA, T.; TIEMI KISSAKI, P.; GUIDETTI VIEIRA, M.; NASCIMENTO ORDONEZ, T.; BIANCHI DE OLIVEIRA, T.; OGAVA ARAMAKI, F.; FERREIRA SOUZA, P.; SANCHES YASSUDA, M. Treino cognitivo em adultos maduros e idosos: impacto de estratégias segundo faixas de escolaridade. **Psico-USF**, v. 17, n. 1, p. 85-95, 2012.

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral/CE: um relato da experiência. **SANARE: Revista de Políticas Públicas de Sobral/ CE**, v. 6, n. 2, p. 34-42, 2007.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A Interface Psicologia Social e Saúde: Perspectivas e Desafios. **Psicologia em Estudo**, v. 6, n. 2, 49-56, 2001.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**, p. 11-9, São Paulo: HUCITEC, 2001.

WIELENSKA, R. C.; BANACO, R. A. Síndrome da fadiga crônica: a perspectiva analítico-comportamental de um caso clínico. **Temas psicol.**, v. 8, n. 2, p. 415-424, 2010.

WOOD, E. O que é a agenda "pós-moderna"? In: WOOD, E. M.; FOSTER, J. B. (orgs.). **Em defesa da história: marxismo e pós-modernismo**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1999. 218 p.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

WRIGHT, J. H.; TURKINGTON, D.; KINGDON, D. G.; BASCO, M. R. **Terapia cognitivo-comportamental para doenças mentais graves**. Porto Alegre: Artmed. 2010.

XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. bras. enferm.**, v. 61, n. 5, p. 595-602, 2008.

YACUBIAN, J.; LOTUFO NETO, F. Psicoeducação familiar. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 2, p. 98-108, 2001.

ZARETSKY, A. E.; RIZVI, S.; PARIKH, S. V. How Well Do Psychosocial Interventions Work in Bipolar Disorder? **Can J Psychiatry**, v. 52, n. 1, p. 14-21, 2007.

APÊNDICE A

Questionário sociodemográfico e profissional

I. Identificação

a) Gênero: () Masculino () Feminino

b) Idade: _____ anos

c) Estado Civil:

() Casado ou em união estável.

() Solteiro

() Viúvo

() Separado ou divorciado

II. Formação profissional

d) Qual o ano de conclusão da sua graduação em Psicologia? _____

e) Em qual instituição de ensino se graduou em Psicologia? _____

f) Tem graduação em outra área?

() Não () Sim. Qual(is): _____

g) Que cursos de pós-graduação já fez ou está cursando?

Residência: () Não () Sim. Qual(is): _____

Especialização: () Não () Sim. Qual(is): _____

Aperfeiçoamento: () Não () Sim. Qual(is): _____

Mestrado: () Não () Sim. Em que área: _____

Doutorado: () Não () Sim. Em que área: _____

h) Que referencial(is) teórico(s) embasa sua prática em psicologia?

() Cognitivo ou cognitivo-comportamental

() Comportamental

- Existencial-humanista
 Psicanálise
 Outro(s). Qual(is): _____

III – Atuação profissional

i) Locais de atuação profissional desde o término da graduação:

j) Tempo de trabalho no SUS:

- 1 a 2 anos 3 a 4 anos 5 a 6 anos 7 a 8 anos 9 anos ou mais

k) Tempo de trabalho na Atenção Básica:

- 1 a 2 anos 3 a 4 anos 5 a 6 anos 7 a 8 anos 9 anos ou mais

l) Serviço ou Programa em que está atuando no SUS:

- UBS Ambulatório de Saúde Mental NASF
 Programa específico. Qual: _____
 Outro(s): Qual(is): _____

m) Município onde trabalha atualmente: _____

n) Tipo de vínculo empregatício:

- Contrato de trabalho temporário
 Concurso público
 Cargo comissionado
 Outro. Qual: _____

o) Carga horária atual de trabalho na Atenção Básica:

- 20 horas 30 horas 40 horas 25 horas outros

p) Tipos de atividades que realiza no contexto da Atenção Básica:

- Apoio matricial a equipes de saúde
 Psicoterapia individual

- Psicoterapia em grupo
- Psicodiagnóstico
- Aconselhamento psicológico
- Visitas domiciliares
- Grupos
- Capacitação de profissionais
- Tutoria, supervisão de estágios
- Outra(s). Qual(is): _____

q) População alvo dos atendimentos que realiza:

- Programas de atendimento a crianças
 - Programas de atenção a gestantes
 - Programas voltados a saúde do homem
 - Pessoas com doenças crônicas
 - Visitas domiciliares
 - Orientação a casais
 - Orientação a adolescentes e estudantes
 - Programas voltados a idosos
 - Atendimento a profissionais de saúde
 - Profissionais de outras áreas. Ex.: professores
 - Comunidade em geral
 - Programas de prevenção. Ex.: Outubro Rosa / Novembro Azul
 - Outro(s).
- Qual(is): _____

r) Articulação com as RAS (Redes de Atenção à Saúde):

- Saúde mental
- Escolas
- CRAS
- Justiça
- CREAS
- Esporte e Lazer
- Instituições não governamentais. Ex.: Asilos, ONGs
- Outra(s). Qual(is): _____

APÊNDICE B

Questionário sobre os usos da psicoeducação na ABS

Considerando a psicoeducação como o fornecimento de informações a usuários/familiares acerca de uma doença e seus tratamentos ou formas de prevenção com atenção aos aspectos psicossociais presentes, responda às questões abaixo.

Não há respostas certas ou erradas. É esperado que você responda conforme sua experiência profissional, importando para a pesquisa conhecer suas percepções e práticas acerca do tema.

Nas questões assinaladas com o * poderão ser marcadas mais de uma alternativa de resposta.

Agradecemos sua participação.

1. Com que frequência você utiliza estratégias da psicoeducação em seu contexto de trabalho:

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Quase nunca | Raramente | Às vezes | Quase sempre/Sempre |

2. De que modo tem utilizado a psicoeducação *:

- 2.1 () atendimentos individuais aos usuários
- 2.2 () atendimento a familiares
- 2.3 () atendimentos a casais
- 2.4 () atividades em grupo
- 2.5 () rodas de conversa
- 2.6 () visitas domiciliares
- 2.7 () outro. Qual(is):
-

3. Com que finalidades usa a psicoeducação *:

- 3.1 () para prevenção de agravos a saúde
- 3.2 () para esclarecimentos sobre doenças e seus tratamentos

3.3 () para melhorar a saúde e qualidade de vida de segmentos específicos da população (exemplo: idosos, jovens, mulheres).

3.4 () no acompanhamento pré-natal

3.5 () para preparar pessoa(s) para algum procedimento

3.6 () Outra(s). Qual(is): _____

4. Quando você usa a psico-educação, que pessoas são em geral contempladas *:

4.1 () Mulheres adultas.

4.2 () Homens adultos

4.3 () Idosos

4.4 () Famílias

4.5 () Adolescentes/jovens

4.6 () Crianças

4.7 () Usuário da rede de saúde mental

4.8 () Profissionais de saúde

4.9 () Outras. Quais: _____

5. Que aspectos costuma abordar em sua atuação com a psico-educação *:

5.1 () Doenças crônicas não transmissíveis e seus tratamentos

5.2 () HIV/Aids

5.3 () DSTs

5.4 () Gravidez e assuntos relacionados

5.5 () Educação e cuidado de crianças

5.6 () Cuidados preventivos

5.7 () Envelhecimento saudável

5.8 () Cidadania

5.9 () Outro(s). Quais: _____

6. Em que contextos costuma usar a psicoeducação *:

6.1 () consultórios, sala da psicologia

6.2 () salas do serviço/programa de uso da equipe multiprofissional

6.3 () espaços da comunidade

6.4 () salas de espera, varandas

6.5 () Visita domiciliar

6.6. Outros contextos utilizados: _____

7. Que estratégias e recursos você utiliza no uso da psicoeducação *:

7.1 () dinâmicas e vivências de grupo

7.2 () folders, panfletos

7.3 () vídeos

7.4 () cartazes

7.5 () fotos e ilustrações

7.6 () rodas de conversa

7.7 () jogos

7.8 () encenações e dramatizações

7.9 () outro(s). Qual(is) _____

8. Nas atividades psicoeducativas que realiza, há participação de outros profissionais? *

8.1 () Não há participação de outros profissionais

8.2 () Participam em consultas conjuntas

8.3 () Participam em visitas conjuntas

8.4 () Participam na condução de grupos psicoeducativos

8.5 () Participam no planejamento das ações psicoeducativas

8.6 () Participam da discussão das ações psicoeducativas

8.7 () Participam de outro modo. Qual(is)? _____

9. Quais profissionais tem colaborado com você nas ações educativas? *

9.1 () Nenhum

9.2 () Outros psicólogos

9.3 () Médicos

9.4 () Enfermeiros

9.5 () Técnicos de enfermagem

9.6 () Nutricionistas

9.7 () Assistentes sociais

9.8 () Fisioterapeutas

9.9 () Educadores físicos

9.10 () Agentes Comunitários de Saúde

9.11 () Outro(s). Qual(is) _____

10. O quanto você considera relevante o uso de ações psicoeducativas na Atenção Básica?

() 1	() 2	() 3	() 4
Sem relevância	Pouco relevante	Moderadamente relevante	Muito relevante

11. Qual o nível de dificuldade percebido para uso de ações psicoeducativas na Atenção Básica?

() 1	() 2	() 3	() 4
Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Dificuldade moderada	Muita dificuldade

12. O quanto você se sente capacitado para atuar com a intervenção psicoeducativa nos serviços de saúde?

() 1	() 2	() 3	() 4
Pouco	Razoavelmente	Bastante	Muitíssimo

13. Se há dificuldades para uso da psicoeducação, de que tipos são? *

13.1 () Sobrecarga de atividades, com pouco ou nenhum tempo para esse tipo de ação

13.2 () Falta ou inadequação de espaços físicos

13.3 () Não aceitação ou pouco interesse dos usuários

13.4 () Pouco estímulo dos gestores

13.5 () Falta ou insuficiente capacitação técnica

13.6 () Falta de apoio ou colaboração da equipe de saúde

13.7 () Outro(s). Qual(is) _____

14. Que aspectos interferem na sua decisão de usar a psicoeducação? *

14.1 () Faz parte do protocolo de atendimentos

14.2 () É solicitado pela gestão

14.3 () Tem boa aceitação pelos usuários

14.4 () É de fácil aplicação

14.5 () Seus benefícios já foram constatados

14.6 () Preferência por uso desse tipo de estratégia

14.7 () Pela disseminação de conhecimentos entre usuários participantes

14.8 () Por alcançar maior número de usuários

14.9 () Por se tratar de recurso de baixo custo

15 () Pela importância da informação sobre prevenção e autocuidado

15.1 () Outro (s). Qual(is) _____

APÊNDICE C

Roteiro de Entrevista Semiestruturada com Psicólogo(a)

Eixo temático 1 – Conhecimento sobre educação em saúde e psicoeducação

- 1.1 No seu entendimento, o que é educação em saúde e qual sua importância no contexto da Atenção Básica?
- 1.2 O que você entende por psicoeducação no trabalho do psicólogo?
- 1.3 Como você diferencia a psicoeducação de outras atividades realizadas pelo psicólogo no contexto de atendimento na Atenção Básica? O que ela tem de específico?
- 1.4 Se e como você acredita que a psicoeducação possa contribuir para melhoria do cuidado em saúde na Atenção Básica?

Eixo temático 2 – Uso da psicoeducação na prática profissional

- 2.1 Em sua prática profissional, você identifica que o trabalho realizado é psicoeducativo ou se aproxima dele? Explique.
- 2.2 Como você tem utilizado a psicoeducação no seu contexto de trabalho? (Com quem? De que forma?). Pode me dar exemplos de como isso ocorre?
- 2.3 Como você identifica a demanda para o uso da psicoeducação?
- 2.4 Que resultados você tem percebido do uso da psicoeducação na sua prática?
- 2.5 Na sua experiência, você poderia relatar situações (ção) em que encontra(ou) dificuldades para fazer uso de atividades psicoeducativas?

Eixo temático 3 – Capacitação profissional para uso da psicoeducação

- 3.1 Durante a formação acadêmica ou profissional foi lhe proporcionado contato com conhecimentos relacionados a psicoeducação? Se sim, como?
- 3.2 Como você acredita que os profissionais poderiam ser melhor incentivados e preparados para uso de atividades de educação em saúde, dentre elas a psicoeducação?

3.3 Como a equipe de gestão poderia investir em novas formas de capacitação para prevenção e promoção em saúde na atenção básica?

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

(Modelo 1)

Psicólogo(a)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Prática psicoeducativa na atenção primária: contribuições do psicólogo para a educação em saúde”, realizada pela pesquisadora Martina de Paula Eduardo Ravaioli, aluna do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) e pela Prof.^a Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez.

O **objetivo** desta pesquisa é conhecer estratégias e práticas psicoeducativas exercidas por profissionais psicólogos atuantes na atenção primária à saúde.

Sua contribuição consistirá em responder às perguntas de um roteiro de entrevista semiestruturada, além de dois questionários, um sobre dados sociodemográficos e profissionais e outro sobre a utilização de estratégias psicoeducativas, elaborados para atender aos objetivos da pesquisa, o que deverá durar, aproximadamente, 90 minutos.

Sua participação não é **obrigatória** e será voluntária, não havendo compensação financeira sob nenhuma forma, e sem custos. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras, com a universidade a qual elas pertencem ou ainda com a unidade de saúde em que trabalha.

As respostas fornecidas para esta pesquisa serão gravadas. O áudio dessas gravações, bem como sua transcrição, permanecerá sob os cuidados da pesquisadora e o sigilo das informações concedidas é assegurado. Seu nome não será citado em nenhum momento da divulgação dos resultados.

A participação na pesquisa não representa riscos e condutas previsíveis para as pessoas envolvidas. Como benefícios, a pesquisa poderá contribuir para promover maior conhecimento, discussão e reflexão sobre a utilização de estratégias interventivas na atenção básica por psicólogos, além de servir de estímulo à produção de novos estudos acerca da atuação desses profissionais considerando os princípios e diretrizes do SUS.

Pesquisadoras responsáveis: Martina de Paula Eduardo Ravaioli e Lilian Maria Borges Gonzalez, discente e docente do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Telefone de contato: (24) 99853-7421

E-mail: ravaioli1955@gmail.com / limaborgesg@gmail.com

Endereço: Br. 465 / Km. 07. Seropédica. RJ.

Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

(Modelo 2)

Psicólogo(a)

Venho convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada "Prática psicoeducativa na atenção primária: contribuições do psicólogo para a educação em saúde". A pesquisa faz parte do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e tem por objetivo investigar a utilização de estratégias psicoeducativas no cotidiano de trabalho de psicólogos atuantes no sistema público de saúde tendo em vista estimular ações de prevenção ou tratamento de agravos à saúde. Busca-se, ainda, verificar as percepções destes profissionais acerca das possibilidades e relevância da psicoeducação como estratégia de trabalho na atenção primária e sobre a própria capacitação para o desenvolvimento deste tipo de trabalho. A participação nesta pesquisa não é obrigatória e sim voluntária, podendo você recusar ou desistir da sua colaboração a qualquer momento. Trata-se de um convite.

Dessa forma, a recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras, com a universidade a qual elas estão associadas ou ainda com a unidade de saúde em que você atua profissionalmente. Sua contribuição consistirá em responder dois questionários de modo on-line, um sobre seus dados sociodemográficos e profissionais e outro sobre a utilização de estratégias psicoeducativas no seu contexto de trabalho, o que deverá durar, aproximadamente, 20 minutos. Esclareço que os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e serão manuseados somente pela pesquisadora e por sua orientadora. Os resultados serão divulgados somente para fins acadêmicos e científicos, incluindo elaboração e defesa de dissertação de mestrado, apresentação em congressos e publicação de artigos em periódicos.

Não há riscos previstos quanto à participação na pesquisa e seu anonimato será garantido. Os formulários a serem preenchidos não terão identificação. Como benefícios, espera-se que a pesquisa possa contribuir para promover maior conhecimento, discussão e aperfeiçoamento acerca da utilização de estratégias interventivas na Atenção Básica em Saúde por psicólogos, além de servir de estímulo à produção de novos estudos acerca da atuação destes profissionais em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. Desta forma, tendo sido esclarecido(a) pelas pesquisadoras sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, assim como sobre seus possíveis benefícios e modos de divulgação de seus resultados, informe se você concorda ou não em participar desta coleta de dados.

Declaro que recebi explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos e concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Sim / Não

ANEXO A**Parecer de aprovação da pesquisa pelo COMEPE/UFRRJ**

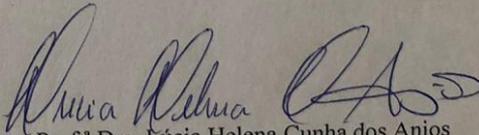
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMISSÃO DE ÉTICA NA PESQUISA DA UFRRJ / CEP

Protocolo N° 1.190/18

PARECER

O Projeto de Pesquisa intitulado "Práticas psicoeducativas na atenção primária: contribuições do psicólogo para a educação em saúde" sob a coordenação da Professora Dr.^a. Lilian Maria Borges Gonzalez, do Instituto de Educação/Departamento de Psicologia, processo 23083.0025317/2018-19, atende os princípios éticos e está de acordo com a Resolução 466/12 que regulamenta os procedimentos de pesquisa envolvendo seres humanos.

UFRRJ, 31/07/19.


Prof.^a Dra. Lúcia Helena Cunha dos Anjos
Pró-Reitora Adjunta de Pesquisa e Pós-Graduação