

Artículo original

## Psicología en atención primaria: atención a la salud de los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles

## Psicologia na atenção básica: cuidado aos idosos com doenças crônicas não transmissíveis

## Psychology in primary care: healthcare for the elderly diagnosed with noncommunicable diseases

Ana Carolina da Paz Fragassi<sup>1</sup> Camila Barreto Bonfim<sup>2</sup> Daniela Maria Barreto Martins<sup>3</sup> Kátia Jane Chaves Bernardo<sup>4</sup> <sup>1</sup>Autora correspondiente. Universidade do Estado da Bahia (Salvador). Bahia, Brasil. anacfragassi@gmail.com<sup>2-4</sup>Universidade do Estado da Bahia (Salvador). Bahia, Brasil

**RESUMEN | OBJETIVO:** Este trabajo tiene como objetivo comprender cómo los Determinantes Sociales de la Salud están presentes en las prácticas de atención a la población anciana con hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus ofrecidas por psicólogos de Atención Primaria. **MÉTODO:** Se realizó una investigación descriptiva con enfoque cualitativo, basada en entrevistas semiestructuradas, con 7 psicólogos que actúan en una Unidad Básica de Salud (Unidade Básica de Saúde - UBS) y/o Unidad de Salud de la Familia (Unidade de Saúde da Família - USF) en Salvador (BA), que atienden al público mayor, teniendo lugar en una plataforma digital. El análisis de los datos se realizó a través del método hermenéutico-dialéctico y tuvo como base teórica la Psicología Social Crítica. **RESULTADOS:** Se constató que el trabajo de los psicólogos en la Atención Básica para ancianos con Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus, en su mayoría, está orientado por prácticas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y políticas públicas de salud. En general, la comprensión de los Determinantes Sociales de la Salud como productores de inequidades en salud fue identificada en los informes de los psicólogos, siendo mapeados solo 2 psicólogos que demostraron no entender la categoría raza como un Determinante Social inseparable de los demás. **CONCLUSIÓN:** Se observó que el campo de la psicología en el contexto de la Atención Primaria orientado por la Psicología Social Crítica y la Salud Colectiva promueve aportes teóricos para todos los campos de la psicología.

**PALABRAS CLAVE:** Psicología. Salud Pública. Psicología Social. Enfermedades Crónicas. Adultos Mayores.

**RESUMO | OBJETIVO:** Este trabalho tem por objetivo compreender como os Determinantes Sociais da Saúde estão presentes nas práticas de cuidado à população idosa com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus ofertadas pelas psicólogas da Atenção Básica. **MÉTODO:** Foi realizada uma pesquisa descritiva e de abordagem qualitativa, a partir de entrevistas semiestructuradas, com 7 psicólogas atuantes em Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou Unidade de Saúde da Família (USF) de Salvador (BA), que atendem o público idoso, tendo ocorrido em plataforma digital. A análise de dados ocorreu através do método hermenéutico-dialéctico e teve a Psicología Social Crítica como base teórica. **RESULTADOS:** Verificou-se que a atuação das psicólogas na Atenção Básica à população idosa com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, em sua maioria, é orientada por práticas de promoção da saúde, prevenção à doença e políticas públicas em saúde. Identificou-se, de modo geral, a compreensão dos Determinantes Sociais da Saúde como produtores de iniquidades em saúde nos relatos das psicólogas, tendo sido mapeado somente 2 psicólogas que demonstraram não compreender a categoria 'raça' como um Determinante Social indissociável dos demais. **CONCLUSÃO:** Observou-se que o campo de atuação da psicologia no contexto da Atenção Básica, guiada pela Psicología Social Crítica e pela Saúde Coletiva, promovem contribuições teóricas para todos os campos da psicologia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Psicologia. Saúde Pública. Psicologia Social Doenças Crônicas. Idosos.

Presentado 22/05/2023, Aceptado 19/10/2023, Publicado 17/11/2023

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2023;12:e5244

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e5244>

ISSN: 2317-3394

Editoras responsáveis: Mônica Dalto, Marilda Castelar, Martha Castro

Cómo citar este artículo: Fragassi, A. C. P., Bonfim, C. B., Martins, D.

M. B., & Bernardo, K. J. C. (2023). Psicología en atención primaria: atención a la salud de los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Psicología, Diversidade e Saúde*, 12, e5244.<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e5244>

**ABSTRACT | OBJECTIVE:** The study aims to identify the major role of psychologists in the promotion of health and disease prevention of elderly people diagnosed with Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus quality of life. **METHOD:** A descriptive research with a qualitative approach was carried out, based on semi-structured interviews, with 7 psychologists working in a Basic Health Unit (Unidade Básica de Saúde - UBS) and/or Family Health Unit (Unidade de Saúde da Família - USF) in Salvador (BA), which serve the elderly, having taken place on a digital platform. Data analysis was carried out using the hermeneutic-dialectic method and Critical Social Psychology as a theoretical basis. **RESULTS:** It was found that the role of psychologists in Primary Care for elderly with Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus is mostly guided by health promotion practices, disease prevention and public health policies. In general, the understanding of the Social Determinants of Health as producers of health inequities was identified in the psychologists' reports, with only 2 psychologists demonstrating that they did not understand the category 'ethnicity' as a Social Determinant inseparable from the others. **CONCLUSION:** It was identified that the field of action of psychology in the context of Primary Care guided by Critical Social Psychology and Public Health promotes theoretical contributions to all fields of psychology.

**KEYWORDS:** Psychology. Public Health. Social Psychology. Chronic Illness. Aged.

## Introducción

Responsables por un gran impacto en la calidad de vida, el grupo de enfermedades como diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y neoplasias, conocidas como Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), han mostrado un aumento significativo de prevalencia en Brasil ([Ministério da Saúde, 2021](#)). Estas enfermedades tienen una etiología multifactorial en cuanto a su ocurrencia y desarrollo, con una asociación entre factores socioeconómicos, ambientales - como la dieta inadecuada; el consumo de cigarrillos; el consumo de alcohol; un estilo de vida sedentario - y factores biológicos ([Ministério da Saúde, 2013, 2021](#)). El crecimiento progresivo de la prevalencia de las ECNT puede entenderse como resultado de los cambios en la dinámica demográfica, que han reducido las tasas de natalidad y aumentado el número de población anciana en Brasil, así como los cambios en los estilos de vida causados por la urbanización acelerada (IBGE, [2020](#)).

En 2019, hubo 738.371 muertes por ECNT en Brasil, ocupando las enfermedades cardiovasculares el primer lugar en este índice (123,1 muertes por cada 100.000 habitantes ([Ministério da Saúde, 2021](#)). Como principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares ([Ministério da Saúde, 2013](#)), la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) y la Diabetes Mellitus (DM) son ECNT con alta prevalencia en la población de 18 años y más, como indica la Investigación Nacional de Salud (PNS, sigla en portugués) de 2019 (IBGE, [2020](#)), que mostró una prevalencia del 23,9% de HAS en esta población, mientras que la DM tuvo una prevalencia del 7,7%.

Considerando la integralidad de la salud, que no reduce la salud solamente a su aspecto biológico, sino que la entiende como poseedora de un carácter histórico y social ([Laurell, 1982](#)), es necesario ampliar la comprensión de la etiología multifactorial de la HAS y de la DM, así como de los factores de riesgo que llevan a su agravamiento, a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), ya que existe una alta prevalencia de estas condiciones crónicas entre las ancianas negras, de baja renta y bajo nivel de escolaridad (IBGE, [2020](#)). Está claro que la HAS y la DM tienen, además del tratamiento farmacológico, un tratamiento no farmacológico, que incluye, por ejemplo, la adopción de una dieta adecuada a la condición de salud y la práctica de ejercicio físico ([Ministério da Saúde, 2021](#)).

Los DSS - raza, etnia, género, generación, escolaridad e renta - son intrínsecos al proceso salud-enfermedad, que se manifiesta de formas diferentes entre poblaciones de un mismo territorio, cuando se trata de enfermar, vivir y morir en la estructura capitalista ([Laurell, 1982](#)). Como señala [Ministério da Saúde \(2020\)](#), en 2019, el 61,6% de las mujeres mayores de 65 años fueron diagnosticadas con HSA, y hubo una mayor prevalencia de HAS (46,8%) y DM (15,6%) entre las mujeres con hasta 8 años de escolaridad. Según el Ministerio de Salud ([Ministério da Saúde, 2022](#)), las personas negras de ambos sexos tienen mayores tasas de prevalencia de HAS y DM (tipo II) que las personas blancas (50% más entre las mujeres negras y 9% más entre los hombres negros), principalmente como resultado de los efectos excluyentes en el acceso a la salud generados por el racismo en la sociedad.

La Investigación Nacional de Salud (PNS en portugués) ha referido en 2019 (IBGE, 2020) que las Unidades Básicas de Salud (UBS – Unidade Básica de Saúde) fueron las que más ofrecieron asistencia, tratamiento y cuidados de salud a los usuarios con HAS (46,6%) y DM (49,6%). La Atención Primaria (AP) es la puerta de entrada y uno de los principales pilares del Sistema Único de Salud (SUS – Sistema Único de Saúde). Ha sido defendida como el punto central para establecer una atención integral y longitudinal a la población, donde sus acciones están orientadas por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

El cuidado puede ser caracterizado como:

*"[...] un modo de actuar que se produce como experiencia de un modo de vida específico y delineado por aspectos políticos, sociales, culturales e históricos, que se traducen en 'prácticas' del 'espacio' y en la 'acción' de los 'ciudadanos' sobre los 'otros' en una sociedad determinada" (Pereira & Lima, 2008, p. 111)*

Cuando hablamos de atención sanitaria, hablamos de atención integral, que refleja la ubicación del cuidado como una acción integral basada en la humanización del usuario y en la comprensión de su totalidad, respetando y garantizando su derecho a ser y existir en sus múltiples dimensiones (Pereira & Lima, 2008).

La Atención Primaria (AP) se estructura principalmente a través de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF – Estratégia de Saúde da Família), que actúa por medio de equipos mínimos (médico de familia y comunitario, enfermera, odontólogo y agente comunitario de salud) y del Centro Ampliado de Salud de la Familia y Atención Primaria (NASF-AB, sigla en portugués), en el cual la psicología puede insertarse, en Unidades de Salud de la Familia (USF) y Unidades Básicas de Salud (UBS) localizadas en territorios restringidos (Paim & Almeida-Filho, 2014).

La psicología entra en este campo profesional realizando grupos terapéuticos, apoyo matricial a equipos mínimos, cuidados compartidos, intervenciones en el territorio restringido y visitas domiciliarias, con su práctica orientada por la Clínica Ampliada y el Proyecto Terapéutico Singular (PTS) (Conselho Federal de Psicologia, 2019). Entendiendo la HAS y la DM desde la perspectiva de la atención

integral a la salud, en la que los sujetos necesitan ser vistos como un todo biopsicosocial, considerando la influencia del DSS en el empeoramiento de las condiciones de salud, el trabajo de la psicología en este campo se considera esencial para proporcionar una atención integral a los usuarios con HAS y DM, ya sea a través de contribuciones teóricas y científicas a los equipos o a través de su trabajo práctico.

A pesar de la amplia contribución de la psicología al desarrollo de prácticas asistenciales para esta población, son escasas las investigaciones centradas en su trabajo en Atención Primaria, existiendo un vacío en el estudio de los trabajos dirigidos a establecer prácticas asistenciales para la población anciana con HAS y DM. El objetivo general de este artículo fue, por tanto, identificar las prácticas de atención a la población anciana con HAS y DM desarrolladas por psicólogos en Atención Primaria, a la luz de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Los objetivos específicos fueron identificar la comprensión de los psicólogos sobre los determinantes sociales en el proceso salud-enfermedad y mapear las características sociodemográficas y profesionales de los psicólogos entrevistados.

## Métodos

Este artículo se derivó del proyecto de investigación "paraguas" titulado *Atención Multireferencial en Psicología en Atención Primaria en el Trabajo con la Población de la Tercera Edad*, perteneciente al Grupo de Estudio de Atención Multireferencial (GECUID, sigla en portugués) y fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación Humana de la Universidade Estadual da Bahia, bajo el número de 4.337.113. Los participantes de la investigación participaron voluntariamente, rellenando un Formulario de Consentimiento Libre e Informado antes del inicio de las entrevistas, de acuerdo con las resoluciones 466/2012 y 510/2016 del Consejo Nacional de Salud. Esta investigación respetó los principios de la bioética en la investigación de acuerdo con las Resoluciones 466/2012 y 510/2016 del Consejo Nacional de Salud, cumpliendo los requisitos éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Se caracteriza por ser una investigación descriptiva con enfoque cualitativo, ya que se utilizaron técnicas de recolección de datos - cuestionarios y entrevistas semiestructuradas - con el objetivo de describir y estudiar fenómenos y características de una población (Gil, 2002).

La población participante de la investigación fue constituida por 14 psicólogos que actúan en Unidades Básicas de Salud (UBS) y Unidades de Salud de la Familia (USF) de los distritos de salud del municipio de Salvador (BA), enfocando apenas 7 profesionales cuyo público era la población anciana, de acuerdo con los objetivos de este estudio. Para la elección de las UBS y USF, los datos sobre los equipos multiprofesionales fueron recogidos del Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES, sigla en portugués). Dadas las dificultades encontradas para contactar a los psicólogos a través de los Centros de Gestión de Trabajo y Educación en Salud (NUGETES, sigla en portugués) de los distritos sanitarios del municipio de Salvador (BA), se utilizó la red de referencia personal de los investigadores involucrados en el proyecto paraguas de investigación para realizar los contactos.

El criterio de selección de los participantes fue que hubiesen trabajado en el establecimiento por lo menos un año y que quisieran participar de forma voluntaria. Los nombres de los psicólogos se sustituyeron por nombres en clave que hacían referencia a psicólogos cuyo trabajo es una referencia en el campo de la psicología social, como: Ana, Bader, Isildinha, Magda, Maria Aparecida, Mary Jane y Sílvia.

La investigación se realizó en dos etapas. La primera etapa consistió en la aplicación de un cuestionario electrónico para mapear aspectos sociodemográficos de los profesionales de la psicología, como su contexto laboral, trayectoria de formación y la construcción de la atención a la salud en Atención Primaria. La segunda etapa consistió en una entrevista semiestructurada en una plataforma digital.

El análisis de los datos se realizó comparando los resultados con la literatura, especialmente la Psicología Social Crítica, con énfasis en las aportaciones teóricas de Bock et al. (2007) y Martín-Baró (1996), y se inició con la transcripción de la entrevista semiestructurada y la recopilación de los relatos de los actores sociales. A continuación, a partir de las declaraciones de los participantes y

de la literatura existente, se clasificaron los datos en categorías y subcategorías de análisis. En la etapa final, los datos fueron analizados utilizando el método hermenéutico-dialéctico (Minayo et al., 2002), comparándolos con la literatura y respondiendo a los objetivos de la investigación.

Las categorías de análisis fueron "Prácticas orientadas a la promoción y prevención de la salud en Atención Primaria" y "Percepciones de los psicólogos sobre DSS en el proceso asistencial".

## Resultados y debate

### Caracterización de las participantes

Como población, la mayoría de los entrevistados eran mujeres, con edad media de 40 años, autodeclaradas morenas y blancas, casadas y/o en unión estable, católicas, sin hijos y con hijos menores de 12 años. La mayoría predominante estudió psicología en instituciones públicas de enseñanza superior, habiéndose graduado hace por lo menos 5 años e ingresado en especializaciones, teniendo formación específica para actuar en Atención Primaria durante por lo menos 5 años, trabajando en Unidades de Salud de la Familia. Esta población se dividió en profesionales que trabajaron en otros lugares y los que sólo trabajaron en la atención primaria, así como los psicólogos que tenían experiencia previa en el SUS y los que no. En cuanto al público atendido, esos profesionales atienden más mujeres, en todos los grupos de edad, que ancianos.

### Prácticas orientadas a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades en la Atención Primaria

A partir de los informes recogidos, mapeamos el predominio de las prácticas esperadas en Atención Primaria, orientadas hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, a través del trabajo efectivo en equipo multiprofesional. Todos relataron prestar atención colectiva a través de grupos educativos y/o terapéuticos, psicoeducación y educación para la salud de los usuarios y visitas domiciliarias a los usuarios en un contexto multiprofesional. De los siete psicólogos, tres mencionaron el Proyecto Terapéutico Singular (PTS)

en sus prácticas, junto con los equipos de salud, y uno mencionó el trabajo de apoyo matricial a los equipos mínimos en los territorios donde trabajan. En cuanto a la orientación de sus prácticas, tres psicólogos señalaron la presencia de la Clínica Extendida y la presencia de la Educación Permanente en Salud (EPS), a través de cursos y capacitaciones impartidos por el SUS, a través de Grupos de Trabajo dentro de la Atención Primaria y a través del estudio de políticas públicas de salud en las declaraciones de todos los psicólogos entrevistados.

Después de identificar los grupos educativos y/o terapéuticos, la psicoeducación, la educación para la salud, las visitas domiciliarias, el Proyecto Terapéutico Singular (PTS), el apoyo matricial, la Clínica Ampliada, y la presencia de la Educación Permanente en Salud (EPS) en la Atención Primaria observamos la Clínica Ampliada como una de las prácticas evidenciadas, en la cual la entrevistada Mary Jane habló sobre su trabajo como profesional de salud en la Atención Primaria, destacando no sólo la lógica de la Clínica Ampliada, sino también la integralidad en salud:

*“Empecé a darme cuenta de que si voy a trabajar con la salud, voy a tener que entender la diabetes, voy a tener que entender la hipertensión, el trabajo de la nutrición; no voy a sustituirlo, pero voy a tener que entender lo que hacen estos profesionales en este entorno (...) tenemos que entender un poco sobre las otras categorías, así que tengo que entender lo que hace la enfermería, para qué viene la gente al centro de salud, cuáles son las enfermedades que más afectan a las mujeres, así que tenemos que entender un poco sobre estas cosas” (Mary Jane).*

Para atender a la población mayor con ECNT hay que ir más allá de los conocimientos técnicos específicos aprendidos en el campo de la psicología; hay que incluirse en la Atención Primaria como profesional de la salud, sin perder su especificidad, como sugieren Böing y Crepaldi (2010). Entenderse como profesional de la salud perteneciente a un equipo multiprofesional es permitir el funcionamiento de la Clínica Ampliada en la Atención Primaria, donde no sólo es imprescindible el intercambio de conocimientos entre profesionales, sino también la participación de los usuarios en el desarrollo de su terapia y cuidados, buscando su autonomía. La Clínica Ampliada no se basa en la sustitución de los conocimientos teóricos y prácticos de otras áreas, sino en la importancia de entender cómo funciona el

trabajo de otros profesionales para comprender las demandas de los usuarios.

Además, la Clínica Ampliada involucra y permite que la integralidad en salud esté presente en el trabajo de los profesionales. Como uno de los trípodes de los principios del SUS, la integralidad requiere el trabajo integrado de equipos multiprofesionales, con la participación y el intercambio de múltiples áreas de la salud, con el objetivo no sólo de ver a los usuarios como sujetos integrales, sino también de crear la línea de atención que mejor responda a sus necesidades de salud (Ministério da Saúde, 2010). De esta manera, el discurso de Mary Jane mostró que el trabajo en la Atención Primaria se rige y requiere de los supuestos teóricos y prácticos de la Clínica Ampliada, que se rige por el principio de la atención integral de la salud.

Otra práctica presente en los relatos de las psicólogas fue el PTS, como explicó Isildinha al mencionar la importancia de las visitas domiciliarias en la prevención de la salud de los usuarios, incluyendo a sus familias como punto central para la construcción de prácticas de cuidado:

*“Normalmente debatimos sobre la familia, la inserción de esta persona en su comunidad, su red social, cómo estos contextos influyen en su cuidado. Porque en el caso de los ancianos, nuestro enfoque será mantenerlos, prevenir su salud, independientemente de la dolencia que padezcan en ese momento, incluso si están postrados en cama, intentaremos centrarnos en promover su bienestar en el contexto de las demandas que ya tienen (...) [Yo] normalmente acompaño con otros colegas, hago observaciones de la persona, del entorno en el que vive, las visitas a domicilio son muy importantes, para ver y conocer su rutina y lo que hace, y conocer a la familia, porque la familia es una fuente de información para ratificar la rutina de esta persona” (Isildinha).*

Al estar totalmente vinculado y dependiente de la Clínica Ampliada, el PTS requiere de diversos profesionales para que la línea terapéutica y de atención al usuario sea realmente efectiva. Entre las categorías de prácticas asistenciales se encuentra la humanización y el uso de tecnologías blandas, escuchar, acoger y comprender al usuario como sujeto integral y con derechos son elementos fundamentales (Ayres, 2009). El equipo de Atención Primaria, al hablar del PTS, debe entender al usuario como un todo rodeado de aspectos sociales, culturales e históricos, desde su dinámica familiar

hasta el contexto y las condiciones de trabajo, ocio, alimentación y vida, con el objetivo, sobre todo, de promover la salud y prevenir la enfermedad. Las visitas domiciliarias, como menciona Isildinha, son un recurso importante para ser utilizado en la gestión de casos, así como para satisfacer las necesidades de aquellos que no pueden desplazarse a los centros de salud, y son una forma de trabajar directamente con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades ([Conselho Federal de Psicologia](#), 2019; [Ministério da Saúde](#), 2010).

En lo que se refiere a la psicología, otra práctica mencionada por todos los psicólogos fue la realización de grupos educativos y/o terapéuticos para la población anciana y no anciana. Los grupos fueron definidos por los entrevistados como un ambiente de atención colectiva, que proporciona psicoeducación, escucha activa y detección de posibles malestares psíquicos, como demostró la psicóloga Sílvia, a pesar de la interrupción de los grupos presenciales debido a la nueva pandemia de coronavirus (COVID-19):

*“En este momento [el grupo] está suspendido, pero era un grupo semanal y lo había sido durante muchos años, ¿no? Así que era un espacio consolidado de acogida, de atención y también de detección del sufrimiento (...) Ya he participado para tratar otros temas y otras cuestiones también, depresión, lo que sea...” (Sílvia).*

Los grupos educacionales y terapéuticos son una herramienta importante para la educación en salud y la identificación de demandas que pueden ser trabajadas en conjunto con el equipo y el usuario. Son un tipo de atención posible dentro de un ambiente de trabajo regido por la lógica de la Clínica Ampliada, y no son exclusivos de un área profesional en particular, como los entrevistados discutieron. Los grupos fueron descritos como una de las prácticas asistenciales que atienden a la población anciana, y no sólo como un espacio para la psicología. Además, los grupos son vistos como esenciales para el buen funcionamiento de la Atención Primaria, y no se desea que sean realizados de forma tradicional, como la psicoterapia. Después de analizar las declaraciones de los entrevistados, no fue posible identificar si existe atención psicoterapéutica a largo plazo en las palabras de cinco psicólogos, habiendo observado que la pandemia del COVID-19 ha cambiado la dinámica de la atención colectiva, como mencionó Maria Aparecida:

*“(...) con la pandemia, ya no existen estos grupos [para ancianos] (...) lo que pasa es que las citas se están haciendo individualmente” (Maria Aparecida).*

En el ámbito de los grupos educativos y/o terapéuticos, se mencionaron grupos específicos para el seguimiento longitudinal de los usuarios con ECNT, especialmente HAS y DM, como afirmó la psicóloga Magda:

*“En nuestra unidad existe un grupo de hiperdia, que trabaja con hipertensión y diabetes, en el que están implicados todos los equipos de la unidad. Hay un turno semanal en el que los profesionales rotan por este grupo de hiperdia, que es un grupo de atención a personas con hipertensión y diabetes” (Magda).*

Dado que los principios del SUS son la universalización, la equidad y la integralidad, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son objetivos intrínsecamente relacionados. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como la orientación de las prácticas de los profesionales de la Atención Primaria, por ser la puerta de entrada al sistema de salud, deben considerarse inseparables de la construcción de prácticas de atención integral ([Ministério da Saúde](#), 2012).

Cuando se habla de prácticas orientadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se debe entender que estas se componen de múltiples acciones y comportamientos dirigidos al cuidado colectivo e individual. En este contexto, la psicología hace una importante contribución al proporcionar psicoeducación a los usuarios, atención colectiva a través de grupos y/o talleres terapéuticos ([Conselho Federal de Psicologia](#), 2019; [Ministério da Saúde](#), 2012, 2010; [Paim](#) & Almeida-Filho, 2014).

Dado que la HAS y la DM son enfermedades crónicas que están altamente relacionadas con las inequidades en salud producidas por el DSS, se entiende que las acciones para construir el cuidado de la salud en la Atención Primaria son fundamentales para entender lo que se puede hacer para promover el bienestar y la calidad de vida, así como para prevenir los problemas de salud. En este sentido, los grupos educativos y terapéuticos, que trabajan el envejecimiento saludable, el ejercicio físico, la educación para la salud y la psicoeducación en diversos temas, incluso cuando no se centran en la HAS y la DM, son una forma importante de atención para esta población

([Ministério da Saúde](#), 2013), como se ve en el discurso de Magda.

Por tratarse de condiciones crónicas directamente impactadas por el estilo de vida y por aspectos subjetivos y emocionales - que alteran los niveles de glicemia y la presión arterial - es necesario adoptar diferentes estrategias de atención para la población con comorbilidades crónicas ([Ministério da Saúde](#), 2021; [Pasquetti](#) et al., 2021; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2017 apud [Mayeama](#) et al., 2020). La psicoeducación, citada por Sílvia, es una conducta esencial cuando se trata de la población anciana, pero especialmente cuando se trabaja con la población anciana con ECNT, ya que proporcionará subsidios para trabajar con la salud mental de los usuarios. Trabajar en un equipo multiprofesional, como mencionan Mary Jane e Isildinha, significa hacer algo más que promoción de la salud y prevención de enfermedades; significa priorizar la atención centrada en el usuario.

Con relación a las formas específicas de prácticas de atención a la población con HAS y DM, la mayoría de los psicólogos relató no tener una línea específica de atención, pero los relatos estuvieron rodeados por la comprensión de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. En este sentido, Mary Jane destacó la importancia de la educación para la salud, que pasa por verificar el lenguaje establecido con los usuarios, así como la importancia de que ellos sean los principales autores de su proceso de atención a la salud:

*“En educación sanitaria, porque cada servicio que damos, tenemos que comprobar que nuestro lenguaje es adecuado, que el paciente lo ha entendido y comprobarlo varias veces. Repetimos la información y la damos varias veces, porque como he dicho, no quiero que el paciente dependa de nosotros; quiero que tenga autonomía y entienda lo que le pasa. No hay otra forma de hacerlo que a través de la educación, no sólo en el ambulatorio, sino también en los espacios de educación sanitaria, [como] en la sala de espera, en el grupo” (Mary Jane).*

Cuando se trata de hipertensión y DM, se debe entender que la adherencia a la terapia involucra tanto la adherencia medicamentosa como la no medicamentosa, las cuales están directamente relacionadas con aspectos emocionales y el DSS.

Mary Jane, al identificar la educación para la salud como central para el desarrollo de una línea de cuidados para la población anciana con HAS y DM, presentó una de las formas de adherencia no farmacológica fundamental para la prevención de problemas: la educación para la salud. La educación para la salud es un mecanismo esencial no sólo para la comprensión de la situación de salud, sino también para que el individuo tenga plena autonomía sobre su cuidado, estableciendo un diálogo con el equipo que promueve un mayor bienestar y calidad de vida y por lo tanto conduce a la adherencia al tratamiento ([Ministério da Saúde](#), 2013).

La adherencia al tratamiento debe ser visualizada por la psicología y demás profesionales de la Atención Primaria como una consecuencia de la DSS. Para la construcción de prácticas asistenciales dirigidas a la población anciana con HAS y DM, se deben utilizar como aliadas las políticas públicas de salud, que servirán no sólo como aporte teórico, sino también para orientar las prácticas a realizar en el día a día. Cuando se trata de usuarios con ECNT, es importante conocer cuál es la población con mayor prevalencia de diagnósticos, para poder entenderlos desde la perspectiva de la atención integral de la salud. Por ello, fue necesario investigar si las prácticas asistenciales desarrolladas por los psicólogos están guiadas por la comprensión de los DSS como productores de desigualdades en salud.

### **Percepción de los psicólogos de los DSS en el proceso asistencial**

En esta categoría, se mapeó la comprensión de cómo los DSS interfieren en el proceso salud-enfermedad de la población, causando inequidades, así como la forma en que este conocimiento permea las prácticas de cuidado construidas por los psicólogos, identificando el reconocimiento y la presencia de la generación, el género, la renta y la raza en los discursos de los entrevistados

De los siete psicólogos, todos señalaron que la población negra y las mujeres, independientemente de su edad, son los mayores grupos objetivo. En cuanto a los ancianos, no hubo consenso en que fueran la mayoría. En cuanto a los DSS, las rentas, el género y la raza fueron los más mencionados, encontrados en los informes de siete psicólogos,

a diferencia de la generación, que se encontró en cuatro informes. Las prácticas orientadas a las políticas públicas aparecen en los informes de cuatro psicólogos. Sin embargo, hubo poca comprensión de la "raza" como un DSS imbricado en las desigualdades en salud en los discursos de dos psicólogos, afectando la construcción de prácticas de atención dirigidas a la población negra.

Profundizando en el tema de la generación como DSS, Sílvia informa que el público atendido con mayor prevalencia de ECNT es la tercera edad: "la unidad presta atención a las enfermedades crónicas, son la población más afectada, como la hipertensión y la diabetes" (Sílvia).

La vejez está permeada por la vulnerabilidad social a la que está sometida esta población, que se manifiesta a través de un curso de vida lleno de males sociales que conducen a daños en la vejez. Siendo las ECNT una consecuencia directa del modo de vida, la vejez es la fase de la vida en la que la acumulación de desigualdades sociales se expresa, sobre todo, a través del desarrollo de HAS y DM. En otras palabras, la vejez es uno de los DSS que generan desigualdades en salud, pero hay que destacar que estas no aparecen de forma aislada y solo por la etapa de la vida: es una intersección (Neri, 2013).

Cuando se les preguntó por la prevalencia de la hipertensión y la DM entre hombres y mujeres y entre la población negra y blanca, todas las respuestas fueron similares: informaron de que el público más numeroso son las mujeres negras, lo que, en consecuencia, para ellas llevó a observar una mayor prevalencia de las ECNT entre esta población. En relación a la discusión sobre la raza como DSS y las inequidades en salud, Bader afirmó que la cuestión debe ser pensada de forma interseccional. Maria Aparecida, en su informe, habló de cómo la raza, el género y las rentas son un impedimento para la adherencia al tratamiento no farmacológico, así como de las repercusiones emocionales en los casos de hipertensión:

*"(...) no se puede estudiar el género aislado de la raza, de la clase social, esta discusión del racismo, hasta cierto punto se planteó, también la discapacidad, pero principalmente la raza, la clase y el género (...) [las relaciones de raza] es un aspecto importante en la enfermedad, en nuestro contexto, la enfermedad física y psicológica" (Bader).*

*"Tiene que ver con la cuestión del cuidado, del autocuidado, pero también con el acceso a la seguridad alimentaria, es una población que no tiene acceso a la calidad de vida, en varios aspectos, a la alimentación. Esto es algo que nuestra nutricionista discute mucho, porque no tiene sentido que ella venga y le diga a la persona lo que tiene que comer si no puede comerlo, así que su primer paso es entender a qué tiene acceso la persona, qué come, y luego ver qué se puede hacer. Aparte de la gran exposición a elementos estresantes, violencia cotidiana, dificultades estructurales. Vemos mucha hipertensión que no se puede regularizar, porque tiene que ver con la ansiedad, el estrés, y cuando vamos a verla, tiene que ver con un hijo que está en la cárcel, un marido que es alcohólico, así que hay varias cuestiones relacionadas con la pertenencia a este territorio que acaban interfiriendo" (Maria Aparecida).*

Para discutir las desigualdades de género, raza y salud, hay que entender, ante todo, que el racismo y el sexismo son frutos del colonialismo y del racismo presentes en las estructuras capitalistas, y se utilizan como herramientas ideológicas de control y explotación (Davis, 2016; Moura, 2020). Como señala Carneiro (2011), el sexismo y el racismo conducen a las mujeres negras a una posición de marginación que les provoca secuelas emocionales y las reserva para las ocupaciones peor remuneradas del mercado laboral, así como una menor esperanza de vida. Además, estos factores determinan el curso de vida de estas mujeres, ya que, según Rabelo et al. (2018), el racismo está presente y determina el envejecimiento. Es decir, las inequidades en salud, como resultado de múltiples desigualdades, no terminan con la juventud, sino que moldean el envejecimiento de esta población.

El racismo es uno de los principales factores asociados a las inequidades en el proceso salud-enfermedad que afecta a la población negra (Ministério da Saúde, 2022; Werneck, 2016). Visualizar las influencias de la asociación inseparable entre raza, género, generación y renta en el desarrollo y/o agravamiento de los casos de HAS y DM es comprometerse con la atención integral, dado que las mujeres negras tienen la mayor prevalencia de estas condiciones crónicas en la vejez (Ministério da Saúde, 2020, 2021). Además, Maria Aparecida trajo a colación una de las preocupaciones más importantes en relación a la no adherencia a los medicamentos entre la población con ECNT: la renta como impedimento para la adherencia.



Sobre las dificultades que las rentas imponen a la adherencia no farmacológica, Magda comentó cómo los alimentos más accesibles son los menos saludables:

*“Creo que es una cuestión del estilo de vida que tiene la población y, sobre todo, cuanto más pobre es la población, menos acceso tiene a alimentos sanos, a la posibilidad de hacer actividad física, de tener una vida más regulada en este sentido. Así que no hay mucho criterio (...) la cuestión de la alimentación es a menudo lo que se puede comer ese día. Incluso oí una historia de una familia que no tenía suficiente dinero para comer y, para no pasar hambre, compraban lo más barato, que eran galletas rellenas y esos refrescos 'goob', así que comían galletas, porque encontramos muchas galletas 1 real que matan el hambre, refrescos 2 reales, así que eso es lo que comía la familia” (Magda).*

Además de las rentas, se observa la influencia de los bajos niveles de educación en la no adherencia al tratamiento, y esto está asociado a la clase social, como observó Mary Jane:

*“Tenemos gente que no tiene acceso a la educación, así que para que entiendan lo que les pasa, lo grave que es, hay que trabajar mucho. Para entender una receta, muchas personas saben leer y escribir, pero no lo entienden; toman el medicamento equivocado y lo que más ocurre es esto, [por ejemplo] ‘Ah, hijo mío, lo puse aquí para que me lo tomara a la hora de comer, pero hoy no he comido y no me lo he tomado’. Es así, ¿sabes? Es en este nivel, entonces, barreras educativas que enfrentamos, financieras ni te cuento... de no tener medicamentos en la clínica. Por ejemplo, no tenemos medicamentos para pacientes con depresión; las farmacias de las Unidades de Salud Familiar no tienen fluoxetina, por ejemplo” (Mary Jane).*

Además, la adherencia al tratamiento va de la mano del acceso a los servicios, que no se restringe sólo a la Atención Primaria, sino sobre todo a los demás niveles de atención del sistema. En este sentido, Ana habló de la relación entre raza, rentas y acceso a los servicios, de forma similar a Magda:

*“Desafortunadamente seguimos teniendo una asociación entre el color de la piel y la renta, ¿no? Así que todavía tenemos una sociedad muy desigual, en la que el color de tu piel, cómo has nacido, también determina mucho a qué vas a poder acceder, ¿no?” (Ana).*

*“Yo creo que también tiene mucho que ver con la cuestión social en sí, la falta de atención, la falta de oportunidad de atención, la dificultad de acceder a un médico, a exámenes, cuando el examen es más complejo, es más difícil para el usuario conseguir una cita, entonces toda esta dificultad que tienen los usuarios, que tiene la población más pobre para acceder a los servicios de salud, esto termina reflejándose realmente en esta enfermedad mucho más grave de esta población” (Magda).*

En este sentido, Mary Jane habló sobre la importancia de conocer el día a día de los usuarios para trazar las posibles necesidades de salud que puedan tener, pensando de antemano en las estrategias de atención que la Atención Primaria puede ofrecer:

*“Nuestro equipo trabaja de forma muy integrada, así que el anciano tiene una sospecha de depresión, pero no quiero saber sólo eso, quiero saber sobre la vida de esta persona, quién vive en la casa, si tiene renta, quién cocina, quién hace las compras, así que ya hacemos un mapeo, normalmente para ver si necesito que venga el nutricionista o que venga el asistente social” (Mary Jane).*

Entender que la adherencia a la terapia trasciende los estilos de vida entendidos como una mera elección es esencial para construir prácticas asistenciales. No tener acceso a una alimentación sana y adecuada para prevenir enfermedades, así como el ejercicio físico, deben ser los aspectos a mapear en la construcción de prácticas de atención a la población anciana con ECNT, como señaló Mary Jane (Ministério da Saúde, 2013). El trabajo en equipo multiprofesional, bajo la lógica de la Clínica Ampliada, que se basa en la atención integral de salud, define el desarrollo esencial del PTS para establecer una línea de atención. Cuando se habla de prácticas de atención guiadas por la comprensión del DSS, es más que visualizar al usuario en su totalidad, es asegurar que sea un sujeto con sus derechos de acceso garantizados (Conselho Federal de Psicologia, 2019; Ministério da Saúde, 2012). En este contexto, se discute uno de los faros del trabajo de la psicología en la Atención Primaria: la transformación social (Bock et al., 2007).

Al reflexionar sobre las repercusiones del racismo en la salud de la población negra, Sílvia habló de la importancia de que los psicólogos se centren en las relaciones raciales:

*“Es un tema que la gente negra saca mucho a relucir, entre otras cosas por la 'cosa' de la blanca en sí, de modo que la gente blanca no refleja que es blanca y que tiene privilegios, por lo que no va a ser un problema para ellos. Pero la gente negra, especialmente las mujeres negras, hablan mucho del impacto del racismo en sus vidas, en el acceso, en las oportunidades, en el grado de sufrimiento. Ciertamente, pensar en ello me ayuda a comportarme de un modo que no refuerce aún más el racismo” (Silvia).*

Cuando se habla de psicología y Atención Primaria, es importante establecer el papel de la psicología como categoría profesional en un equipo multiprofesional. Es necesario conocer la población mayoritariamente atendida por el SUS; el ambiente; el cotidiano de los usuarios; las patologías más prevalentes en el área donde se trabaja. Además de estos aspectos, es esencial que reconozcas a tu lugar de trabajo como persona: tu raza, tu género y tu clase social. Al conocer al otro, el profesional debe reflexionar sobre el punto de vista desde el que ve las experiencias a las que se dirigirá su trabajo.

La presencia de la psicoeducación fue percibida como un recurso a utilizar cuando se aborda la cuestión de las relaciones raciales, así como la importancia de profundizar en ella para trabajar en Atención Primaria, como comentó Silvia:

*“(...) me doy cuenta de que aportar un poco de psicoeducación también ayuda a entender que no es por nada que no te gusta tu pelo, la forma de tu boca, el color de tu piel; no es simplemente porque no te gustan. Hay todo un aparato estructural de racismo que te hace sentir así también, por las experiencias que has tenido” (Silvia).*

Dentro de este tema, podemos añadir los comentarios de Ana sobre cómo la raza como parte de los DSS está asociada a las desigualdades en salud:

*“creo que la raza/color influye mucho, pero no creo que la población sea consciente de ello” (Ana).*

La Psicología Social Crítica tiene como objetivo la transformación social. Con un interés y enfoque en la comprensión de los individuos como sujetos situados en un contexto histórico y social, la Psicología Social Crítica evoca la necesidad de trabajar con los procesos de concienciación y alienación, afirmando la psicología como un campo en el que no cabe la neutralidad; la

psicología debe establecer un compromiso social y político. Romper con la neutralidad y asumir un compromiso de este orden implica un estudio que supere las barreras de la enseñanza convencional desconectada de la realidad, por lo que hay que concienciarse y desalienarse para desempeñar eficazmente el papel de profesional de la psicología (Bock et al., 2007).

Sensibilizar implica fomentar y proporcionar un conocimiento crítico sobre las estructuras sociales (Bock et al., 2007; Martín-Baró, 1996). En la denuncia de Ana de que la población no es consciente de la determinación social del proceso salud-enfermedad que les envuelve, encontramos la psicoeducación, citada por Silvia, como apuesta social y política de generación de conocimiento crítico para los usuarios afectados por el racismo, para que puedan desarrollar “(...) un nuevo conocimiento sobre sí mismos y su identidad social (...) todo ello les permite no sólo descubrir las raíces de lo que son, sino también el horizonte de lo que pueden llegar a ser” (Martín-Baró, 1996, p. 16). Pero más que eso: podemos ver el compromiso ético, social y político en el discurso de Silvia, al pasar por el proceso de alfabetización en relaciones raciales, para no sólo asignar y establecer prácticas de atención integral a la población, sino, sobre todo, para no reforzar la violencia producida por el racismo y, consecuentemente, contribuir a la determinación social del proceso salud-enfermedad de los usuarios.

Para saber cómo actuar como profesional de la salud y de la psicología en Atención Primaria, hay que saber cómo no actuar. Actuar debe estar regido por las políticas públicas en el día a día, además de estar guiado por la comprensión de los DSS como productores de inequidades. Aunque la mayoría de las prácticas de los psicólogos se guían por la comprensión de la influencia de los DSS en el proceso salud-enfermedad, dos psicólogos demostraron que no incluían la raza como DSS cuando hablaban de las prácticas de atención diseñadas para la población negra.

En el relato de Ana, ella dijo que su práctica está más orientada a las políticas públicas que no se ocupan de la salud de la población negra, reconociendo el fracaso de su equipo de salud en discutir las relaciones raciales para construir prácticas de cuidado:

*"Más centrada en las políticas públicas y menos en la raza/color; me fijo más en esta cuestión socioeducativa, emocional, religiosa, mucho más. Creo que en realidad nos acostumbramos a ello, ya sabes... si vemos a la gran mayoría de personas morenas y negras, creo que acabamos acostumbrándonos y no se refleja en nuestra práctica clínica cómo estamos calificando nuestros cuidados hoy en día, basándonos en este eje raza/color. Hablo de mí y hablo de mis colegas; es el reconocimiento de nuestro fracaso en este sentido"* (Ana).

Bader, por su parte, relató que las prácticas de atención a la salud se piensan más en función de la demanda que se presenta, en lugar de entender la raza como un DSS a analizar en cualquier circunstancia:

*"Así que no sé si es demasiado viaje lo que estoy diciendo, pero intento centrar mi mirada en la vulnerabilidad que se presenta en ese momento, que podría ser la raza, que podría ser la clase, podría ser la falta de dinero, podría ser ambas cosas. Así que esta atención no tiene color"* (Bader).

Siendo el racismo un rasgo estructural de la sociedad brasileña, presente en la génesis del Estado brasileño, se observa que la población negra, especialmente las mujeres negras, ocupan los peores índices socioeconómicos: bajos niveles de escolaridad; bajas rentas; altos niveles de ocupaciones informales; altos niveles de desempleo (IBGE, 2020). Según Carneiro (2011), las mujeres negras brasileñas están entre las más vulnerables en el mercado de trabajo, como trabajadoras domésticas y por cuenta propia. Entender la relación entre SDH e inequidades en salud, cuando se habla de HAS y DM, es tener una comprensión inseparable de que la vulnerabilidad social y económica están presentes en el proceso de envejecimiento de las mujeres, especialmente de las mujeres negras (Rabelo et al., 2018), destacando que la fragilidad en las personas mayores está determinada sobre todo por las malas condiciones socioeconómicas (Neri, 2013).

Considerando que, en un territorio donde el mayor público en la Atención Primaria está constituido por la población negra, la raza como DSS no puede ser una de las principales guías en la construcción de la atención, existe una laguna en la comprensión de que los DSS son interseccionales. La atención integral, guiada por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, implica considerar al usuario como

un todo compuesto por aspectos sociales, culturales y emocionales, que están directamente relacionados con los DSS. El compromiso social y político implica construir prácticas de atención integral a los usuarios que los involucren como sujetos con derecho a la autonomía sobre su salud. Como participante activo en el desarrollo de su línea de atención, el usuario debe tener derecho al conocimiento crítico; conocimiento de la determinación social de su proceso salud-enfermedad.

## Consideraciones finales

El objetivo de este artículo fue mapear las prácticas de atención a personas mayores con hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus, construidas por psicólogos que trabajan en Atención Primaria, a partir de la comprensión de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y de la contribución de la línea teórica Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad al análisis de los relatos obtenidos en las entrevistas.

Dada la falta de investigación sobre el papel de la psicología en Atención Primaria, este estudio pudo cumplir sus objetivos. Pudo delinear el papel de la psicología en un equipo multiprofesional en Unidades de Salud de la Familia (USF) y Unidades Básicas de Salud (UBS), definiendo cuáles prácticas son esenciales para la construcción de líneas de atención a usuarios ancianos con enfermedades crónicas no transmisibles, así como las prácticas que son insatisfactorias para el mismo fin.

La gran mayoría de los psicólogos demostró que sus acciones y conductas estaban orientadas hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades: los relatos giraron en torno a discusiones sobre la Educación Permanente para la Salud; el Proyecto Terapéutico Singular; la Clínica Ampliada; el apoyo matricial; la atención colectiva; la psicoeducación y la educación para la salud.

Dado que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son esenciales para el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus - enfermedades crónicas no transmisibles influidas por el estilo de vida -, los psicólogos hicieron hincapié en que la adherencia terapéutica es un proceso directamente relacionado con los Determinantes

Sociales de la Salud, y no una mera elección de estilo de vida. Los Determinantes Sociales de la Salud más presentes en los informes fueron las categorías de género, raza e rentas, siendo la generación la menos mencionada. Aunque la raza sí aparecía en los discursos de los entrevistados, no se entendía como un Determinante Social de la Salud inseparable de los demás: de los siete psicólogos, dos expresaron la idea de que la atención no tiene color (sic) en sus consultas de Atención Primaria.

Considerando que la atención integral depende de la comprensión del usuario como sujeto integral, es decir, del sujeto como un todo biopsicosocial, la mayoría de los relatos de los psicólogos expresaron su compromiso con la atención calificada y eficaz a las personas. Además, el análisis de las entrevistas fue orientado por la Psicología Social Crítica, y se observó la relación entre la atención integral y el compromiso político y social, destacando que la psicología no debe permanecer en el campo de la neutralidad, sino en el territorio del desarrollo del conocimiento crítico, con el objetivo de sensibilizar a los usuarios.

La aportación de este estudio fue que, ante el vacío de investigación, la psicología en su conjunto carece de estudios sobre la labor de este profesional en el ámbito de la Atención Primaria, especialmente en la atención a la población anciana con HAS y DM. Al tratarse de un espacio de seguimiento, acogida y atención longitudinal, en el que no sólo se incluye al individuo, sino también a toda la comunidad que le rodea, es necesario que otras áreas de la psicología se inspiren en las prácticas desarrolladas por una psicología directamente implicada en el ámbito de la asistencia social. Esta contribución es, por tanto, el punto fuerte de este trabajo.

La limitación de este estudio fue el pequeño número de entrevistas realizadas, en comparación con el número de psicólogos que trabajan en Atención Primaria, registrados en el ECNT en el municipio de Salvador (BA). Las dificultades que impregnaron este estudio se debieron a la pandemia de COVID-19. Se estableció contacto con los psicólogos, las unidades y los distritos sanitarios, pero se encontraron dificultades. Cuando se estableció contacto con los psicólogos, sólo 14 aceptaron participar en la primera etapa de la investigación y, en la segunda etapa, sólo 9 participaron. Cabe destacar las dificultades derivadas de la modalidad de entrevista en línea, en la que nos

encontramos con profesionales que no disponían de acceso a Internet ni de espacio físico adecuado.

Como recomendaciones, este estudio sugiere el desarrollo de un mayor número de cursos de formación sobre los Determinantes Sociales de la Salud y su asociación con las Enfermedades Crónicas No Transmisibles para los profesionales sanitarios de Atención Primaria, con el objetivo de proporcionarles una formación cualificada que permita construir prácticas eficientes de atención integral a los usuarios. Además, es importante actualizar y renovar los planes de estudio de los cursos de psicología con el fin de proporcionar una formación sólida para el trabajo posterior en el campo de la salud pública y el bienestar social.

### Contribuciones de los autores

Fragassi, A. C. P. participó en la concepción de la pregunta de investigación, diseño metodológico, recolección e interpretación de datos, búsqueda y análisis estadístico de los datos de investigación, interpretación de los resultados, redacción del artículo científico. Bonfim, C. B., Bernardo, K. J. C. y Martins, D. M. B. participaron en la concepción del estudio, diseño metodológico y revisión final del artículo. Todos los autores han revisado y aprobado la versión final y están de acuerdo con su publicación.

### Conflictos de intereses

No se han declarado conflictos financieros, legales o políticos con terceras partes (gobierno, empresas y fundaciones privadas, etc.) para ningún aspecto del trabajo presentado (incluyendo, pero no limitado a, subvenciones y financiación, participación en consejos asesores, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

### Indexadores

La Revista Psicología, Diversidade e Saúde es indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).



## Referências

- Ayres, J. R. C. M. (2009). *Cuidado: trabalho e integração nas práticas de saúde* [Atención a la salud: Trabajo y integración en las prácticas de salud] (1a ed.). Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Bock, A. M. B., Ferreira, M. R., Gonçalves, M. G. M., & Furtado, O. (2007). Sílvia Lane e o projeto do "Compromisso social da psicologia" [Sílvia Lane y el proyecto "El Compromiso Social de la Psicología"]. *Psicologia & Sociedade*, 19(2), 46–56. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000500018>
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras [El Psicólogo en la Atención Básica: Una Incursión por las Políticas Públicas de Salud Brasileñas]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634–649. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>
- Carneiro, S. (2011). *Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil* [Racismo, sexismo y desigualdad en Brasil]. Selo Negro Edições.
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde* [Referencias Técnicas para el Trabajo de los Psicólogos en Atención Primaria de Salud]. <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-na-atencao-basica-a-saude/>
- Davis, A. (2016). *Mulheres, Raça e Classe* [Mujeres, raza y clase]. Boitempo editorial.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* [Cómo diseñar proyectos de investigación]. (4a ed.). Atlas.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Pesquisa Nacional de Saúde (2019): percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal - Brasil e grandes regiões* [Investigación Nacional de Salud (2019): percepción del estado de salud, estilos de vida, enfermedades crónicas y salud bucal - Brasil y principales regiones]. Coordenação de Trabalho e Rendimento. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>
- Laurell, A. C. A. (1982). A saúde-doença como processo social [La Salud-Enfermedad como proceso social]. In E. D. Nunes, *Medicina social: aspectos históricos e teóricos* (pp. 133–158). Global.
- Martín-Baró, I. (1996). O papel do psicólogo [El papel del psicólogo]. *Estudos de Psicologia*, 2(1), 7–27. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1997000100002>
- Mayeama, M. A., Brusamarello, A., Cardoso, C., Munaro, C. A., Oliveira, I. C., & Pegoretti, M. L. (2020). Saúde do Idoso e os Atributos da Atenção Básica à Saúde [La salud de los adultos mayores y los atributos de la atención primaria de salud]. *Brazilian Journal of Development*, 6(8), 55018–55036. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-063>
- Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., Cruz, O. N., & Gomes, R. (2002). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* [Investigación Social: teoría, método y creatividad] (21a ed.). Vozes.
- Ministério da Saúde. (2010). *Cadernos de atenção básica - Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família* [Cuadernos de la Atención Primaria- Directrices NASF: Centro de Apoyo a la Salud de la Familia]. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf)
- Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica* [Política Nacional de Atención Primaria]. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf)
- Ministério da Saúde. (2013). *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias* [Directrices para la atención de personas con enfermedades crônicas en redes de atención de salud y líneas prioritarias de atención a la salud] Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf)
- Ministério da Saúde. (2021). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030* [Plan de acción estratégico para combatir las enfermedades crônicas y no transmissibles en Brasil 2021-2030] [Plan de acción estratégico para combatir las enfermedades crônicas y no transmissibles en Brasil 2021-2030]. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf)
- Ministério da Saúde. (2022). *Boletim Temático da Biblioteca do Ministério da Saúde da Saúde da População Negra* [Boletín Temático de la Biblioteca del Ministerio de Salud sobre la Salud de la Población Negra]. Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Divisão de Biblioteca do Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/boletim\\_tematico/populacao\\_negra\\_novembro\\_2022.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/populacao_negra_novembro_2022.pdf)

- Moura, C. (2020). *Dialética Radical do Brasil Negro* [Dialéctica radical del Brasil negro] (3a ed.). Anita Garibaldi.
- Neri, A. L. (2013). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento [Conceptos y teorías sobre el envejecimiento]. In L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, & R. M. Cosenza (Orgs.), *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 17–42). Artmed.
- Paim, J. S., & Almeida-Filho, N. (2014). *Saúde Coletiva: técnica e prática* [Salud Colectiva: técnica y práctica]. Medbook.
- Pasquetti, P. N., Kolankiewicz, A. C. B., Flôres, G. C., Winter, V. D. B., Trindade, L. F., Bandeira, L. R., & Loro, M. M. (2021). Qualidade de vida de usuários com doenças crônicas não transmissíveis assistidos na atenção primária à saúde [Calidad de vida de usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos en la atención primaria de salud]. *Cogitare Enfermagem*, 26, e75515. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.75515>
- Pereira, I. B., & Lima, J. C. F. (2008). *Dicionário de Educação Profissional em Saúde* [Diccionario de Educación Profesional en Salud] (2a ed.). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.
- Rabelo, D. F., Silva, J., Rocha, N. M. F. D., Gomes, H. V., & Araújo, L. F. (2018). Racismo e envelhecimento da população negra [Racismo y envejecimiento de la población negra]. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(3), 193–215. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i3p193-215>
- Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. (2012). Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Aprueba lineamientos y normas regulatorias para investigaciones con seres humanos]. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Resolução nº 510/2016, de 7 de abril de 2016. (2016). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana [Establece las normas aplicables a las investigaciones en Ciencias Humanas y Sociales cuyos procedimientos metodológicos impliquen el uso de datos obtenidos directamente de los participantes o información identificable o que puedan entrañar mayores riesgos que los existentes en la vida cotidiana]. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)
- Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra [Racismo institucional y salud de la población negra]. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 535–549. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>