

Artigo original



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

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

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

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 para correspondência. Universidade do Estado da Bahia (Salvador). Bahia, Brasil. anacfragassi@gmail.com<sup>2-4</sup>Universidade do Estado da Bahia (Salvador). Bahia, Brasil

**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 semiestruturadas, 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 hermenêutico-dialético e teve a Psicologia 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 Psicologia 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.

**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.

Submetido 22/05/2023, Aceito 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

Como citar este artigo: Fragassi, A. C. P., Bonfim, C. B., Martins, D. M. B., & Bernardo, K. J. C. (2023). Psicologia na atenção básica: cuidado aos idosos com doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 12, e5244. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e5244>



**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 psicólogas 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.

## Introdução

Responsáveis por um grande impacto na qualidade de vida, o agrupamento de doenças como diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e neoplasias, conhecido por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm apresentado expressivo aumento de prevalência no Brasil ([Ministério da Saúde, 2021](#)). Tais doenças possuem uma etiologia multifatorial quanto ao seu acometimento e desenvolvimento, havendo associação entre fatores socioeconômicos, ambientais - como dieta alimentar inadequada; uso de cigarro; consumo de álcool; sedentarismo - e biológicos ([Ministério da Saúde, 2013, 2021](#)). O crescimento progressivo da prevalência de DCNT pode ser entendido como resultado de mudanças na dinâmica demográfica, a qual reduziu as taxas de natalidade e elevou o número da população idosa brasileira, bem como de alterações no modo de vida ocasionadas pela urbanização acelerada ([IBGE, 2020](#)).

Em 2019, registrou-se 738.371 óbitos por DCNT no Brasil, estando as doenças cardiovasculares em primeiro lugar em maior evidência neste índice (123,1 óbitos por 100 mil habitantes ([Ministério da Saúde, 2021](#)). Constituindo-se como os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, ([Ministério da Saúde, 2013](#)), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são DCNT com alta prevalência entre a população com 18 anos ou mais, como indica a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 ([IBGE, 2020](#)), que apontou a prevalência de 23,9% de HAS nesta população, enquanto o DM apresentou prevalência de 7,7%.

Considerando-se a integralidade em saúde, que não reduz a saúde somente ao seu aspecto biológico, mas a compreende como dotada de caráter histórico e social (Laurell, 1982), encontra-se a necessidade de ampliar o entendimento da etiologia multifatorial da HAS e do DM, bem como dos fatores de risco que levam ao agravamento destas, para os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), uma vez que se observa a alta prevalência destas condições crônicas entre mulheres idosas negras, com baixa renda e baixo nível de escolaridade ([IBGE, 2020](#)). Evidencia-se que a HAS e o DM possuem, além de tratamento medicamentoso, o tratamento não-medicamentoso, que inclui, por exemplo, a adoção de dieta alimentar adequada para o quadro de saúde e a prática de exercícios físicos ([Ministério da Saúde, 2021](#)).

Os DSS - raça, etnia, gênero, geração, escolaridade e renda - se constituem como intrínsecos ao processo saúde-doença, o qual se manifesta de formas distintas entre populações de um mesmo território, ao tratar do adoecer, viver e morrer na estrutura capitalista (Laurell, 1982). Como aponta o [Ministério da Saúde \(2020\)](#), em 2019, 61,6% das mulheres idosas de 65 anos ou mais foram diagnosticadas com HAS, bem como observa-se a maior prevalência de HAS (46,8%) e DM (15,6%) entre mulheres com até 8 anos de estudos. De acordo com o [Ministério da Saúde \(2022\)](#), pessoas negras de ambos os sexos apresentam maiores taxas de prevalência de HAS e DM (tipo II) em relação às pessoas brancas (50% a mais entre mulheres negras e 9% entre homens negros), em decorrência, sobretudo, dos efeitos excludentes de acesso à saúde gerados pelo racismo na sociedade.

A PNS do ano de 2019 (IBGE, 2020) indica que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ofertaram a maior assistência, tratamento e cuidado à saúde de usuários com HAS (46,6%) e DM (49,6%). A Atenção Básica (AB) se localiza como a porta de entrada e um dos principais pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sido preconizada como o ponto central de estabelecimento de cuidado integral e longitudinal à população, em que suas ações são guiadas pela promoção à saúde e prevenção de doença.

O cuidado pode ser caracterizado como:

*[...] um modo de agir que é produzido como experiência de um modo de vida específico e delineado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em 'práticas' de 'espaço' e na 'ação' de 'cidadãos' sobre os 'outros' em uma dada sociedade. (Pereira & Lima, 2008, p. 111)*

Ao se falar de cuidado em saúde, trata-se do Cuidado Integral, que reflete a localização do cuidado como uma ação integral que se baseia na humanização dos usuários e na compreensão da totalidade destes, respeitando e garantindo o direito de ser e existir dos sujeitos, em suas muitas dimensões (Pereira & Lima, 2008).

A AB se estrutura, sobretudo, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), cuja atuação acontece através de equipes mínimas (médico(a) de família e comunidade, enfermeiro(a), dentista e agente comunitário(a) de saúde) e pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), em que a psicologia pode se inserir, em Unidades de Saúde da Família (USF) e UBS localizadas em territórios adstritos (Paim & Almeida-Filho, 2014).

A psicologia adentra neste campo profissional realizando grupos terapêuticos, matriciamento às equipes mínimas, atendimentos compartilhados, intervenções no território adstrito e visitas domiciliares, tendo sua prática orientada pela Clínica Ampliada e pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Conselho Federal de Psicologia, 2019). Compreendendo a HAS e o DM sob a ótica da integralidade em saúde, em que há a necessidade da visualização dos sujeitos como um todo biopsicossocial, considerando-se a influência dos DSS no agravamento do quadro de saúde, entende-se a atuação da psicologia neste terreno como essencial para a oferta de cuidado integral aos

usuários com HAS e DM, seja por meio de contribuições teórica-científicas às equipes, seja por meio de seu trabalho prático.

Apesar da vasta contribuição da psicologia no desenvolvimento de práticas de cuidado a esta população, encontra-se escassez de pesquisas voltadas para a sua atuação na Atenção Básica, havendo uma lacuna no estudo sobre a realização de trabalhos voltados para o estabelecimento de práticas de cuidado voltadas para a população idosa com HAS e DM. Deste modo, este artigo teve por objetivo geral identificar as práticas de cuidado à população idosa com HAS e DM construídas pelas psicólogas da Atenção Básica, à luz dos Determinantes Sociais da Saúde. Como objetivos específicos, buscou-se identificar a compreensão das psicólogas acerca dos determinantes sociais no processo saúde-doença e mapear as características sociodemográficas e profissionais das psicólogas entrevistadas.

## Métodos

Este artigo derivou-se do projeto de pesquisa guarda-chuva intitulado *Atuação Multirreferencial do cuidado em Psicologia na atenção básica no trabalho com população idosa*, pertencente ao Grupo de Estudos Multirreferencial do Cuidado (GECUID), tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade do Estado da Bahia, sob o parecer de número 4.337.113. Os integrantes da pesquisa participaram de forma voluntária, preenchendo um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em momento anterior ao início das entrevistas, conforme as resoluções do Conselho Nacional de Saúde n.466/2012 e 510/2016. Esta pesquisa respeitou os princípios da bioética em pesquisa de acordo com as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, atendendo aos requisitos éticos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Caracteriza-se como uma pesquisa descritiva e de abordagem qualitativa, uma vez que houve a utilização de técnicas de coleta de dados - aplicação de questionário e entrevistas semiestruturadas - almejando descrever e estudar fenômenos e características de uma população (Gil, 2002).

A população participante da pesquisa foi formada por 14 psicólogas(os) atuantes em Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade de Saúde da Família (USF) dos distritos sanitários do município de Salvador (BA), focando-se somente em 7 profissionais que possuíam como público a população idosa, conforme os objetivos deste trabalho. Para a escolha de UBS e USF, foi feito um levantamento de dados sobre as equipes multiprofissionais por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diante das dificuldades encontradas em contactar as psicólogas por meio dos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (NUGETES) dos distritos sanitários do município de Salvador (BA), acionou-se a rede de referência pessoal das pesquisadoras envolvidas no projeto de pesquisa guarda-chuva para a realização dos contatos.

Estabeleceu-se, como critério de seleção dos participantes, o tempo de trabalho de no mínimo 1 ano no estabelecimento, bem como o desejo de participarem de forma voluntária. As psicólogas tiveram seus nomes substituídos por codinomes referentes a psicólogas cuja atuação são referências no campo da psicologia social, tais quais: Ana, Bader, Isildinha, Magda, Maria Aparecida, Mary Jane e Sílvia.

A pesquisa foi realizada em duas etapas. A primeira etapa compreendeu a aplicação de questionário eletrônico para mapear aspectos sociodemográficos das profissionais da psicologia, como o contexto de trabalho, trajetória formativa e a construção do cuidado em saúde na Atenção Básica. A segunda etapa correspondeu à aplicação de entrevista semiestruturada em uma plataforma digital.

A análise dos dados foi realizada pela comparação dos resultados com a literatura, sobretudo com a Psicologia Social Crítica, possuindo como ênfase as contribuições teóricas de [Bock et al. \(2007\)](#) e [Martín-Baró \(1996\)](#), e iniciou-se a partir da transcrição da entrevista semiestruturada e na reunião dos relatos dos atores sociais. Em seguida, a partir da fala dos participantes e da literatura existente, houve a classificação dos dados em categorias e subcategorias de análise. Como etapa final, os dados foram analisados por meio do método hermenêutico-dialético ([Minayo et al., 2002](#)), tendo sido comparados com a literatura e respondendo-se os objetivos da pesquisa.

As categorias de análise foram 'Práticas orientadas pela promoção e prevenção à saúde na Atenção

Básica' e 'Percepção das psicólogas acerca dos DSS no processo de cuidado'.

## Resultados e discussão

### Caracterização das participantes

Como população, obteve-se que a maioria das entrevistadas era do gênero feminino, com idade média de 40 anos, autodeclaradas pardas e brancas, casadas e/ou em união estável, católicas, sem filhos e com filhos menores de 12 anos de idade. A maioria predominante cursou psicologia em instituições de ensino superior públicas, tendo formado há pelo menos 5 anos e ingressado em especializações, possuindo formação específica para a realização do trabalho na Atenção Básica há pelo menos 5 anos, com atuação em Unidades de Saúde da Família. Essa população dividiu-se entre as profissionais que trabalhavam em outros lugares e as que só atuavam na Atenção Básica, bem como entre as psicólogas que possuíam experiência prévia no SUS e as que não possuíam. Em relação ao público atendido, estas profissionais atendem mais mulheres, em todas as faixas etárias, do que idosos.

### Práticas orientadas pela promoção de saúde e prevenção de doença na Atenção Básica

A partir dos relatos coletados, mapeou-se a predominância da presença de práticas esperadas na AB orientadas pela promoção à saúde e a prevenção de doença, por meio do trabalho efetivo em uma equipe multiprofissional. Identificou-se que todas relataram realizar atendimento coletivo por meio da realização de grupos educativos e/ou terapêuticos; psicoeducação e educação em saúde para os usuários e visita domiciliar em contexto multiprofissional aos usuários. Das sete psicólogas, três citaram a realização de Projeto Terapêutico Singular (PTS) em suas práticas, junto às equipes de saúde, e uma citou o trabalho de matriciamento para as equipes mínimas dos territórios em que atuam. Quanto à orientação das práticas, percebeu-se a presença do funcionamento da Clínica Ampliada nos relatos de três psicólogas e presença da EPS, por meio de cursos e formações fornecidos pelo SUS, por Grupos de Trabalho no âmbito da AB e pelo estudo das políticas públicas de saúde nas falas de todas as psicólogas entrevistadas.

Após a identificação de realização de grupos educativos e/ou terapêuticos, psicoeducação, educação em saúde, visita domiciliar, Projeto Terapêutico Singular (PTS), matriciamento, Clínica Ampliada, presença de Educação Permanente em Saúde (EPS) na AB observou-se a Clínica Ampliada como uma das práticas evidenciadas, em que a entrevistada Mary Jane discorreu sobre sua atuação como profissional de saúde na AB, ressaltando não somente a lógica da Clínica Ampliada, como a integralidade em saúde:

*“Eu comecei a entender que, se eu vou trabalhar com saúde, eu vou ter que entender de diabetes, eu vou ter que entender de hipertensão, sobre o trabalho da nutrição; não vou substituir, mas eu vou ter que entender o que esses profissionais fazem nesse ambiente (...) a gente tem que entender um pouco das outras categorias, então eu tenho que entender o que a enfermagem faz, o que as pessoas vêm procurar no posto de saúde, quais são as doenças que mais acometem a mulher, então a gente tem que entender um pouquinho dessas coisas” (Mary Jane).*

Para que haja o cuidado voltado para a população idosa com DCNT, deve-se ir além do conhecimento técnico específico aprendido no âmbito da psicologia; deve-se inserir na AB como um profissional da saúde, sem perder a sua especificidade, como sugerem Böing e Crepaldi (2010). Entender-se como profissional de saúde pertencente a uma equipe multiprofissional é permitir que haja o funcionamento da Clínica Ampliada na AB, em que se impera não só a troca de conhecimentos entre profissionais, mas a participação dos usuários no desenvolvimento de sua terapêutica e do seu cuidado, objetivando a autonomia destes. A Clínica Ampliada não se ampara na substituição do conhecimento teórico-prático de demais áreas, mas na importância de compreender o funcionamento do trabalho de outros profissionais, para que se entenda as demandas dos usuários.

Para além disso, a Clínica Ampliada envolve e permite que a integralidade em saúde esteja presente na atuação dos profissionais. Sendo um dos tripés dos princípios do SUS, a integralidade necessita de um trabalho em equipe multiprofissional integrado, com a participação e a troca de múltiplas áreas da saúde, objetivando não só a visualização de usuários como sujeitos integrais, mas de se criar a linha de cuidado

que mais atenda às necessidades em saúde destes (Ministério da Saúde, 2010). Desse modo, a fala de Mary Jane demonstrou que o trabalho na AB é regido e necessita dos pressupostos teóricos e práticos da Clínica Ampliada, a qual é regada pelo princípio de integralidade em saúde.

Outra prática presente nos relatos das psicólogas foi o PTS, como expôs Isildinha, ao relatar a importância das visitas domiciliares na prevenção da saúde dos usuários, incluindo a família destes como ponto central para a construção de práticas de cuidado:

*“Geralmente fazemos discussão sobre a família, a inserção dessa pessoa em sua comunidade, sua rede social, como esses contextos influenciam no cuidado dela. Porque para o público idoso, o nosso foco vai ser na manutenção dela, na prevenção da saúde dela, independente de qual agravo ela está acometida nesse momento, inclusive se ela estiver acamada, a gente vai tentar se concentrar na promoção do bem estar nesse contexto de demandas que ela já tenha (...) [eu] geralmente faço acompanhamento junto a outras colegas, faço as observações da pessoa, do ambiente em que ela vive, visita domiciliar é muito importante, para ver e conhecer a rotina e o que ela faz, e conhecer a família, pois a família é fonte de informações para ratificar a rotina dessa pessoa” (Isildinha).*

Sendo uma conduta inteiramente ligada e dependente da Clínica Ampliada, o PTS necessita de profissionais diversos para que a linha terapêutica e de cuidado dos usuários seja de fato efetiva. Dentro das categorias de práticas de cuidado, encontra-se a humanização e a utilização de tecnologias leves, a escuta, o acolhimento e o entendimento do usuário como sujeito integral e de direitos são elementos fundamentais (Ayres, 2009). Ao discutir-se o PTS, a equipe da AB deve compreender os usuários como um todo envolto de aspectos sociais, culturais e históricos, em que se conhece desde a sua dinâmica familiar ao contexto e condições de trabalho, de lazer, de alimentação e de vida, objetivando, sobretudo, promoção de saúde e a prevenção de doença. As visitas domiciliares, como citadas por Isildinha, são um importante recurso a ser utilizado no manejo dos casos, além de atender às necessidades daqueles que não podem se deslocar para as unidades de saúde, sendo uma forma de trabalho direto com a promoção à saúde e a prevenção de agravos (Conselho Federal de Psicologia, 2019; Ministério da Saúde, 2010).



Se tratando da atuação da psicologia, outra prática citada por todas as psicólogas foi a realização de grupos educativos e/ou terapêuticos para a população idosa e não idosa. Os grupos foram definidos pelas entrevistadas como um ambiente de atendimento coletivo, em que se proporciona a psicoeducação, a escuta ativa e o rastreamento de possíveis quadros de sofrimento psíquico, como demonstrado pela psicóloga Sílvia, apesar da interrupção de grupos presenciais em decorrência da pandemia do novo coronavírus (COVID-19):

*“Ele [o grupo] tá suspenso no momento, mas era um grupo semanal e há muitos anos né. Então era um espaço bem instituído assim de acolhimento, de cuidado e de rastreamento também de sofrimento (...) já participei para discutir outros temas e outros assuntos também, de depressão, enfim...” (Sílvia).*

Os grupos educativos e terapêuticos se constituem como importante ferramenta de educação em saúde e identificação de demandas que podem vir a ser trabalhadas em conjunto com a equipe e com o usuário, sendo uma modalidade de atendimento possível dentro de um ambiente de trabalho regido pela lógica da Clínica Ampliada, não sendo exclusividade de determinada área profissional, como foi discutido pelas entrevistadas. Os grupos foram descritos como uma das práticas de cuidado que atendem a população idosa, não sendo um espaço somente da psicologia. Além disso, os grupos são tidos como essenciais para o funcionamento adequado da AB, não sendo desejado que os atendimentos sejam realizados de forma tradicional, como uma psicoterapia. Após a análise das falas das entrevistadas, não foi possível identificar se há atendimentos psicoterápicos de longa duração na fala de cinco psicólogas, tendo sido observado que a pandemia da COVID-19 alterou a dinâmica dos atendimentos coletivos, como citou Maria Aparecida:

*“(...) com a pandemia não tem mais esses grupos [para idosos] (...) o que acontece é que os atendimentos estão sendo feitos individualmente” (Maria Aparecida).*

Dentro do âmbito dos grupos educativos e/ou terapêuticos, foram citados grupos específicos para o acompanhamento longitudinal de usuários com DCNT, sobretudo HAS e DM, como dito pela psicóloga Magda:

*“Na nossa unidade tem um grupo de hiperdia, que trabalha com hipertensão e diabetes, que tem todas as equipes da unidade envolvidas. Tem rodízio semanal em que os profissionais vão fazendo rodízio para passar nesse grupo de hiperdia, que é um grupo de cuidado a pessoas com hipertensão e diabetes.” (Magda).*

Sendo os princípios do SUS a universalização, a equidade e a integralidade, tem-se a promoção de saúde e a prevenção de doença como objetivos intrinsecamente relacionados a estes. Promover a saúde e prevenir a doença, além de guiarem as práticas dos profissionais da AB, uma vez que esta se configura como a porta de entrada do sistema de saúde, devem ser tidas como indissociáveis da construção de práticas de cuidado integral ([Ministério da Saúde, 2012](#)).

Ao falar sobre práticas orientadas pela promoção de saúde e a prevenção de doença, deve-se compreender que estas são formadas por múltiplas ações e condutas, que visam o cuidado coletivo e o cuidado individual. Dentro desse contexto, a psicologia exerce uma importante contribuição ao realizar a psicoeducação aos usuários, o atendimento coletivo por meio de grupos e/ou oficinas terapêuticas ([Conselho Federal de Psicologia, 2019](#); [Ministério da Saúde, 2010, 2012](#); [Paim & Almeida-Filho, 2014](#)).

Sendo a HAS e o DM doenças crônicas altamente relacionadas com as iniquidades em saúde produzidas pelos DSS, compreende-se que as ações de construção de cuidado em saúde na AB são fundamentais para o entendimento do que pode ser feito, visando a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, bem como a prevenção de agravos de quadros. Nesse sentido, os grupos educativos e terapêuticos, em que se trabalham o envelhecimento saudável, a prática de exercícios físicos, a educação em saúde e a psicoeducação para temáticas diversas, mesmo quando não são focados para HAS e DM, constituem uma importante forma de cuidado destinado a essa população ([Ministério da Saúde, 2013](#)), como observou-se na fala de Magda.

Por serem condições crônicas diretamente impactadas pelo modo de vida e por aspectos subjetivos e emocionais – os quais alteram níveis glicêmicos e a pressão arterial –, identifica-se que a necessidade de adoção de distintas estratégias de cuidado à população

com comorbidades crônicas (Ministério da Saúde, 2021; Pasquetti et al., 2021; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2017 apud Mayeama et al., 2020). A psicoeducação, citada por Sílvia, se traduz como uma conduta essencial ao lidar com a população idosa, mas principalmente ao trabalhar com a população idosa com DCNT, uma vez que fornecerá subsídios para se trabalhar com a saúde mental dos usuários. Possuir um trabalho em equipe multiprofissional, como citado por Mary Jane e Isildinha, é realizar mais do que promoção à saúde e prevenção de doença; é priorizar uma atenção centrada nos usuários.

Em relação às formas de práticas de cuidado específicas para a população com HAS e DM, a maioria das psicólogas relatou não ter uma linha de cuidado específica, mas os relatos foram envoltos pela compreensão de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Nesse sentido, Mary Jane ressaltou a importância da educação em saúde, que envolve a verificação da linguagem estabelecida com os usuários, bem como a importância de que estes sejam os autores principais do seu processo de cuidado em saúde:

*“Na educação em saúde, porque todo atendimento que a gente faz, a gente tem que verificar se a nossa linguagem está adequada, se esse paciente entendeu e checar isso várias vezes. A gente vai repetindo as informações e dando várias vezes, porque foi como eu falei, eu não quero que o paciente fique dependente da gente; eu quero que ele tenha autonomia e que ele entenda o que está acontecendo com ele. Não tem outra forma de fazer isso se não for através da educação, não só no ambulatório, mas também nos espaços de educação em saúde, [como] na sala de espera, no grupo” (Mary Jane).*

Ao se tratar de HAS e DM, deve-se compreender que a adesão à terapêutica envolve a adesão medicamentosa e não medicamentosa, estando essas diretamente relacionadas com aspectos emocionais e com os DSS. Mary Jane, ao localizar a educação em saúde como central para o desenvolvimento de linha de cuidado para a população idosa com HAS e DM, apresentou uma das formas de adesão não medicamentosa fundamental para a prevenção de agravos: a educação em saúde. A educação em saúde é um mecanismo essencial para que haja não só uma compreensão do

quadro de saúde, mas para que o sujeito tenha plena autonomia do seu cuidado, estabelecendo um diálogo com a equipe que promova um maior bem-estar e qualidade de vida e ocasione, dessa forma, na adesão ao tratamento (Ministério da Saúde, 2013).

A adesão ao tratamento deve ser visualizada pela psicologia e pelos demais profissionais da AB como consequência dos DSS. Para que se construam práticas de cuidado voltadas para a população idosa com HAS e DM, deve-se ter como aliada as políticas públicas em saúde, que servirão não só como aporte teórico, mas para a orientação das práticas a serem realizadas no cotidiano. Ao lidar com usuários com DCNT, se deve entender qual é a população com maior prevalência de diagnósticos, para que esta seja compreendida sob a ótica da integralidade em saúde. Desse modo, fez-se necessário investigar se as práticas de cuidado elaboradas pelas psicólogas são orientadas pela compreensão dos DSS como produtores de iniquidades em saúde.

### **Percepção das psicólogas acerca dos DSS no processo de cuidado**

Nesta categoria, mapeou-se o entendimento acerca de como os DSS interferem no processo saúde-doença da população, ocasionando iniquidades, bem como de que forma este conhecimento permeia as práticas de cuidado construídas pelas psicólogas, identificando o reconhecimento e a presença de geração, gênero, renda e raça nos discursos das entrevistadas.

Das sete psicólogas, todas identificaram que a população negra e as mulheres, independente da idade, são os maiores públicos atendidos. Quanto ao público idoso, não houve consenso quanto a este ser a maioria. Quanto aos DSS, renda, gênero e raça foram os mais citados, encontrando-os nos relatos de sete psicólogas, diferentemente de geração, que foi localizado em quatro falas. Observou-se a presença de práticas orientadas pelas políticas públicas nos relatos de quatro psicólogas. No entanto, encontrou-se uma escassa compreensão sobre ‘raça’ como um DSS imbricado nas iniquidades em saúde nos discursos de duas psicólogas, afetando a construção de práticas de cuidado voltadas para a população negra.

*Ao adentrar na temática sobre geração como um DSS, Sílvia relata que o público atendido com maior prevalência de DCNT é o idoso: “a unidade tem uma atenção a doenças crônicas, é a população mais acometida, como hipertensão e diabetes.” (Sílvia).*

A velhice é permeada pela vulnerabilização social a qual essa população está submetida, que se manifesta através do curso de vida carregado de mazelas sociais que levam a prejuízos na velhice. Sendo as DCNT consequência direta do modo de vida, tem-se que a velhice é a fase da vida em que o acúmulo das desigualdades sociais se expressa, sobretudo, por meio do desenvolvimento de HAS e DM. Ou seja, tem-se a velhice como presente entre os DSS que geram iniquidades em saúde, mas frisa-se que estas não aparecem de forma isolada e somente pela fase da vida: é uma intersecção (Neri, 2013).

Quando perguntadas sobre a prevalência de HAS e DM entre homens e mulheres e população negra e branca, todas as respostas foram similares: relataram que o maior público é de mulheres negras, o que, consequentemente, para elas, levou à observação de uma maior prevalência de DCNT entre essa população. Em relação à discussão sobre raça como DSS e as iniquidades em saúde, Bader relatou que se deve pensar sobre a temática de forma interseccional. Maria Aparecida, em seu relato, discorreu sobre como raça, gênero e renda são um impeditivo para a adesão ao tratamento não medicamentoso, bem como as repercussões de ordem emocional em casos de HAS:

*“(…) não dá pra estudar gênero desarticulado de raça, de classe social, essa discussão do racismo, em alguma medida estava colocada, também da deficiência, mas principalmente raça, classe e gênero (...) [relações raciais] é um aspecto importante no adoecimento, no nosso contexto, adoecimento físico e psíquico” (Bader).*

*“Tem a ver com a questão do cuidado, do autocuidado, mas também de acessos à segurança alimentar, é uma população que não tem acesso à qualidade de vida, em vários aspectos, à alimentação. Isso é uma coisa que nossa nutricionista discute muito, porque não adianta ela chegar e dizer o que a pessoa precisa comer, se a pessoa não pode comer, então primeiro momento*

*dela é entender o que a pessoa tem acesso, o que ela come, para daí ela ver o que pode ser feito. Fora a grande exposição a elementos estressantes, a violência cotidiana, as dificuldades estruturais. Vemos muito aquela hipertensão que não se regulariza, porque tem a ver com ansiedade, estresse, e quando a gente vai ver tem a ver com um filho que está preso, marido que é alcoolista, então são várias questões relacionados a esse pertencer a esse território que acaba interferindo.” (Maria Aparecida).*

Para se discorrer sobre gênero, raça e iniquidades em saúde, deve-se compreender, sobretudo, que o racismo e o sexismo são frutos do colonialismo e racismo presentes nas estruturas capitalistas, sendo utilizados como ferramentas ideológicas de controle e exploração (Davis, 2016; Moura, 2020). Como aponta Carneiro (2011), o sexismo e o racismo levam as mulheres negras para uma posição de marginalização que promove sequelas emocionais e reserva as ocupações no mercado de trabalho com as menores remunerações, observando-se, ainda, uma menor expectativa de vida. Além disso, estes fatores são determinantes quanto ao curso de vida dessas mulheres, uma vez que, de acordo com Rabelo et al. (2018), o racismo está presente e é determinante quanto ao envelhecimento. Ou seja, as iniquidades em saúde, em decorrência das desigualdades múltiplas, não se esgotam na juventude; moldam o envelhecer dessa população.

O racismo é um dos principais fatores associados às iniquidades do processo saúde-doença que atingem a população negra (Ministério da Saúde, 2022; Werneck, 2016). Visualizar as influências da associação indissociável entre raça, gênero, geração e renda no desenvolvimento e/ou agravamento dos casos de HAS e DM é comprometer-se com a oferta de cuidado integral, uma vez que as mulheres negras constituem a maior prevalência dessas condições crônicas na velhice (Ministério da Saúde, 2020, 2021). Ademais, Maria Aparecida trouxe uma das mais importantes preocupações frente à adesão não medicamentosa entre a população com DCNT: a renda como impeditivo da adesão.



Sobre as dificuldades que a renda impõe para a adesão não medicamentosa, Magda discorreu sobre como os alimentos mais acessíveis são os menos saudáveis:

*“Eu acho que está na questão do estilo de vida que a população tem e, principalmente, quanto mais carente essa população é, menos acesso ela tem a uma alimentação saudável, a uma possibilidade de fazer atividade física, ter uma vida mais regrada nesse sentido. Então não tem muito esse critério (...) a questão da alimentação muitas vezes é o que dá para ser naquele dia. Eu ouvi até um relato de uma família que estava sem dinheiro para se alimentar e, para não ficarem com fome, eles compraram o que era mais barato, que era biscoito recheado e aqueles refrigerantes tipo ‘goob’, então ficava comendo biscoito, porque a gente acha vários biscoitos de 1 real daqueles que mata fome, refrigerante daqueles de 2 reais, então a família comendo é isso daí” (Magda).*

Assim como a renda, observa-se a influência do baixo nível de escolaridade na não adesão ao tratamento, estando este associado à classe, como observado por Mary Jane:

*“Então assim, nós temos pessoas que não têm acesso à educação, então para a gente conseguir que elas entendam o que é que tem, a gravidade disso, é muita labuta. Para entender uma receita, muitos são alfabetizados, mas não entendem; toma remédio errado e o que mais tem é isso, [por exemplo] ‘Ah, meu filho, botei aqui para eu tomar no horário do almoço, mas eu não almocei hoje e eu não tomei’. É assim, entendeu? É nesse nível, então assim, barreiras educacionais que a gente enfrenta, financeira eu nem te digo...de não ter remédio no posto. Por exemplo, remédio de pacientes que têm depressão, a gente não tem; nas farmácias das Unidades de Saúde da Família não tem fluoxetina, por exemplo.” (Mary Jane).*

Ademais, a adesão ao tratamento perpassa o acesso aos serviços, não sendo este restrito somente à AB, mas, sobretudo, aos demais níveis de atenção do sistema. Nesse sentido, Ana, em seu relato, discutiu sobre a relação entre raça, renda e acesso aos serviços, de forma similar à Magda:

*“Infelizmente ainda temos associação entre a cor da pele e a renda, né? Então ainda temos uma sociedade bastante desigual, em que a cor da pele, como você nasce, determina muito também o que você vai conseguir ter acesso, né?” (Ana).*

“Eu acho que tem muito a ver também com a questão social mesmo, da falta de cuidado, da falta da oportunidade do cuidado, a dificuldade de acesso a médico, a exames, quando o exame é de uma complexidade maior, mais dificuldade o usuário tem de conseguir marcar na regulação, então toda essa dificuldade que usuários têm, que a população mais pobre tem de acessar os serviços de saúde, isso acaba refletindo realmente nesse adoecimento bem mais grave dessa população.” (Magda).

Neste sentido, Mary Jane discorreu sobre a importância de conhecer o cotidiano dos usuários para se traçar as possíveis necessidades em saúde que esses podem vir a ter, pensando previamente em estratégias de cuidado que a AB pode ofertar:

*“Nossa equipe tem um funcionamento muito integrado, então o idoso tem suspeita de depressão, mas eu não quero saber só disso, eu quero saber a vida dessa pessoa, quem mora na casa, se tem renda, quem cozinha, quem faz as compras, então a gente já faz um mapeamento, geralmente para ver se eu preciso que a nutricionista venha ou que a assistente social venha.” (Mary Jane).*

A compreensão de que a adesão à terapêutica transcende estilos de vida entendidos como uma mera escolha é essencial para que haja a construção de práticas de cuidado. Não possuir acesso à alimentação saudável e adequada para a prevenção de agravos, bem como à prática de exercícios físicos, devem ser os aspectos a serem mapeados ao construir práticas de cuidado para a população idosa com DCNT, como pontuou Mary Jane (Ministério da Saúde, 2013). O trabalho em equipe multiprofissional, funcionando sob a lógica da Clínica Ampliada, que possui como norte a integralidade em saúde, define o desenvolvimento essencial do PTS para o estabelecimento de uma linha de cuidado. Ao discutir-se sobre práticas de cuidado orientadas pela compreensão dos DSS, é mais do que visualizar o usuário em sua integralidade; é garantir que este seja um sujeito com seus direitos de acesso assegurados (Conselho Federal de Psicologia, 2019; Ministério da Saúde, 2012). Nesse âmbito, discute-se um dos faróis da atuação da psicologia na AB: a transformação social (Bock et al., 2007).

Ao se pensar sobre os impactos do racismo na saúde da população negra, Sílvia discorreu sobre a importância de a psicóloga debruçar-se sobre relações raciais:

*“É uma questão muito trazida pelas pessoas negras, até pela ‘coisa’ da branquitude mesmo, então pessoas brancas não refletem que são brancas e que têm privilégios, então isso não vai ser uma questão para elas. Mas aparece muito na fala de pessoas negras, principalmente as mulheres negras, os impactos do racismo na vida, no acesso, nas oportunidades, no grau de sofrimento. Com certeza eu ter um pensamento a respeito disso me ajuda a conduzir de uma maneira que não reforce ainda mais o racismo” (Sílvia).*

Ao se discutir sobre psicologia e AB, deve-se estabelecer qual o norte da psicologia como categoria profissional em uma equipe multiprofissional. Deve-se conhecer qual é a população a ser atendida em sua maioria no SUS; o ambiente; o cotidiano dos usuários; as patologias mais prevalentes no território de atuação. Para além destes aspectos, reconhecer o seu local de atuação como pessoa é fundamental: sua raça, seu gênero e sua classe social. Ao conhecer o outro, o profissional deve-se refletir sobre de qual ponto este enxergará as experiências e vivências a qual o seu trabalho será destinado.

Percebeu-se a presença da psicoeducação como um recurso a ser utilizado ao se lidar com a temática das relações raciais, além da importância do aprofundamento no estudo desta para a atuação na AB, como discutido por Sílvia:

*“(...) eu percebo que trazer um pouco a coisa da psicoeducação também ajuda a entender que não é à toa que você não gosta do seu cabelo, do formato da sua boca, da cor da sua pele; isso não é simplesmente porque você não gosta de você. Tem todo um aparato aí estrutural do racismo que faz com que você também se sinta desse jeito, das vivências que você teve” (Sílvia).*

Dentro dessa temática, acrescenta-se a fala de Ana sobre como a raça como um DSS está associada às iniquidades em saúde:

*“Eu acho que a raça/cor influencia muito, mas eu acho que a população não tem consciência disso” (Ana).*

A Psicologia Social Crítica objetiva a transformação social. Possuindo como interesse e foco a compreensão dos indivíduos como sujeitos localizados em um contexto histórico e social, a Psicologia Social Crítica evoca a necessidade de se trabalhar com os processos de conscientização e alienação, afirmando

a psicologia como um campo em que não há espaço para a neutralidade; a psicologia deve firmar um compromisso social e político. Romper com a neutralidade e assumir um compromisso desta ordem implica em um estudo que ultrapassa as barreiras do ensino convencional deslocado da realidade; deve-se, pois, conscientizar-se e desalienar-se, para que se empreenda sua função como profissional da psicologia de modo efetivo (Bock et al., 2007).

A conscientização envolve o incentivo e o fornecimento do saber crítico acerca das estruturas sociais (Bock et al., 2007; Martín-Baró, 1996). Ao Ana relatar que a população não tem consciência da determinação social do processo saúde-doença que as envolvem, encontra-se a psicoeducação, citada por Sílvia, como um compromisso social e político de gerar o saber crítico às usuárias atingidas pelo racismo, para que as mesmas possam desenvolver “(...) um novo saber sobre si mesma e sobre sua identidade social (...) tudo isso lhe permite não só descobrir as raízes do que é, mas também o horizonte do que pode chegar a ser” (Martín-Baró, 1996, p. 16). Mas mais do que isso: observa-se o compromisso ético, social e político no discurso de Sílvia, ao esta ter passado pelo processamento de letramento de relações raciais, em vistas a não somente destinar e estabelecer práticas de cuidado integral à população, mas, sobretudo, para que não reforçasse as violências produzidas pelo racismo e, conseqüentemente, contribuísse para a determinação social do processo saúde-doença dos usuários.

Para saber como agir como profissional da saúde e da psicologia na AB, deve-se saber como não atuar. A atuação deve ser regida pelas políticas públicas cotidianamente, bem como deve ser guiada pela compreensão dos DSS como produtores de iniquidades. Apesar da maioria das psicólogas terem suas práticas guiadas pelo entendimento da influência dos DSS sobre o processo saúde-doença, encontrou-se duas psicólogas que demonstraram a não inclusão de raça como um DSS, ao discorrerem sobre as práticas de cuidado pensadas para a população negra.

No relato de Ana, esta referiu que a sua prática é mais orientada por políticas públicas que não versam sobre a saúde da população negra, reconhecendo a falha da sua equipe de saúde, ao não discutir relações raciais para a construção de práticas de cuidado:

*“mais voltado para as políticas públicas e menos voltado para raça/cor; eu olho mais para essa questão socioeducacional, emocional, religioso, muito mais. Eu acho que na verdade a gente se acostuma, sabe? com o olhar...se a gente atende a grande maioria de pardos e negros, eu acho que a gente acaba se acostumando com isso e não reflete na nossa prática clínica como a gente hoje está qualificando nosso cuidado, levando como base esse eixo da raça/cor. Eu falo de mim e falo dos colegas; é o reconhecimento da falha nossa nesse sentido” (Ana).*

Bader, por sua vez, relatou que as práticas de cuidado à saúde são pensadas mais pela demanda que se apresenta, do que pela compreensão da raça como um DSS a ser analisado em quaisquer circunstâncias:

*“Então assim eu não sei se é muita viagem isso que eu estou dizendo, mas assim, eu tento focar o meu olhar para a vulnerabilidade que se apresenta naquele momento, que pode ser raça, que pode ser classe, pode ser falta de dinheiro, pode ser os dois relacionados. Então assim, esse cuidado não tem cor.” (Bader).*

Sendo o racismo estruturante da sociedade brasileira, presente na gênese do Estado brasileiro, observa-se que a população negra, sobretudo as mulheres negras, ocupam os piores índices socioeconômicos: baixo nível de escolaridade; baixa renda; alto de índice de ocupações informais; alto índice de desemprego (IBGE, 2020). De acordo com Carneiro (2011), as mulheres negras brasileiras se inserem entre os postos de trabalho mais vulneráveis, como empregadas domésticas e autônomas. Compreender a relação entre DSS e as iniquidades em saúde, ao se falar sobre HAS e DM, é se ter como indissociável o entendimento de que a situação de vulnerabilização social e econômicas estão presentes no processo de envelhecimento de mulheres e, sobretudo, mulheres negras (Rabelo et al., 2018), frisando-se que a fragilidade em idosos é determinada, sobretudo, por condições socioeconômicas deficitárias (Neri, 2013).

Ao considerar que, em um território em que o maior público da AB é composto pela população negra, a raça como DSS não pode ser um dos guias principais da construção do cuidado, observa-se a lacuna na compreensão de que os DSS são interseccionais. O cuidado integral, guiado pela promoção da saúde e a prevenção de doença, envolve a consideração do usuário como um Todo formado por aspectos sociais,

culturais, emocionais, os quais se relacionam diretamente com os DSS. O comprometimento social e político envolve a construção de práticas de cuidado integral à saúde dos usuários, que os impliquem como sujeitos com direito à autonomia de sua saúde. Como participante ativo do desenvolvimento da sua linha de cuidado, o usuário deve ter o direito ao saber crítico; ao saber da determinação social do seu processo saúde-doença.

## Considerações finais

Este artigo objetivou mapear as práticas de cuidado aos idosos com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, que são construídas pelas psicólogas atuantes na Atenção Básica, tendo como norte a compreensão dos Determinantes Sociais da Saúde e a contribuição da linha teórica da Determinação Social do Processo Saúde-Doença para a análise dos relatos obtidos em entrevistas.

Diante da lacuna de pesquisa encontrada sobre a atuação da psicologia no terreno da Atenção Básica, esta pesquisa conseguiu contemplar os seus objetivos. Conseguiu-se traçar a função da psicologia em uma equipe multiprofissional em Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, definindo quais são as práticas essenciais para a construção das linhas de cuidado às usuárias idosas com doenças crônicas não transmissíveis, bem como as práticas que não são satisfatórias para a mesma finalidade.

Observou-se que, em sua grande maioria, as psicólogas demonstraram ter suas ações e condutas orientadas pela promoção da saúde e prevenção à doença: os relatos giraram em torno de discussões sobre Educação Permanente em Saúde; Projeto Terapêutico Singular; Clínica Ampliada; apoio matricial; atendimento coletivo; psicoeducação e educação em saúde.

Sendo a promoção da saúde e a prevenção de doença essenciais para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus - doenças crônicas não transmissíveis influenciadas pelo modo de vida -, em suas falas as psicólogas trouxeram a compreensão de que a adesão à terapêutica é um processo que está diretamente relacionado com os Determinantes

Sociais da Saúde, não sendo uma mera escolha de estilo de vida. Os Determinantes Sociais da Saúde mais presentes nos relatos foram as categorias de gênero, raça e renda, sendo geração o menos citado. Apesar de raça ter versado as falas das entrevistadas, observou-se a compreensão deficitária desta como um Determinante Social da Saúde indissociável dos demais: das sete psicólogas, duas apresentaram em seus discursos a noção de que o cuidado não tem cor (sic) em suas práticas na Atenção Básica.

Considerando-se que o cuidado integral depende do entendimento do usuário como sujeito integral, ou seja, o sujeito como um todo biopsicossocial, nos relatos das psicólogas, em sua maioria, expressou-se o comprometimento com a oferta de cuidado qualificada e efetiva para os indivíduos. Ademais, tendo a análise das entrevistas guiada pela Psicologia Social Crítica, observou-se a relação entre cuidado integral e o compromisso político e social, frisando que a psicologia não deve se manter no campo da neutralidade, mas no território do desenvolvimento de saber crítico, visando a conscientização dos usuários.

Como contribuição deste estudo, obteve-se que, diante da lacuna de pesquisa, a psicologia como um todo carece de estudos sobre a atuação deste profissional no campo da Atenção Básica, sobretudo no cuidado voltado à população idosa com HAS e DM. Sendo o espaço para o acompanhamento, acolhimento e cuidado longitudinal, em que se insere não só o sujeito, mas toda a coletividade que o cerca, depara-se com a necessidade das demais áreas da psicologia se inspirarem nas práticas desenvolvidas por uma psicologia inserida diretamente no campo do bem-estar social. Desse modo, tem-se essa contribuição como o ponto forte deste trabalho.

Este estudo possuiu como limite a quantidade reduzida de entrevistas realizadas, quando comparada com a quantidade psicólogas(os) atuantes na Atenção Básica, cadastradas no CNES, no município de Salvador (BA). As dificuldades, que permearam este estudo, se deram em decorrência da pandemia da COVID-19. Realizou-se o contato com as psicólogas, as unidades e os distritos sanitários, no entanto encontrou-se dificuldades. Ao realizar o contato com as(os) psicólogas(os), somente 14 concordaram em participar da primeira etapa da pesquisa e, na segunda etapa, obtivemos somente 9 participações.

Frisa-se as dificuldades decorrentes do modo de entrevista online, em que se deparou com profissionais sem disponibilidade de internet e de espaço físico adequado.

Como recomendações, este trabalho sugere o desenvolvimento de um maior número de cursos de capacitações sobre os Determinantes Sociais da Saúde e a sua associação com Doenças Crônicas Não Transmissíveis para os profissionais de saúde da Atenção Básica, visando a formação qualificada destes, para que sejam construídas práticas de cuidado integral eficientes para os usuários. Acrescenta-se a importância da atualização e renovação das matrizes curriculares dos cursos de Psicologia, visando uma formação sólida para atuação posterior no campo da saúde pública e do bem-estar social.

### Contribuições das autoras

Fragassi, A. C. P. participou da concepção da pergunta de pesquisa, delineamento metodológico, coleta e interpretação dos dados, busca e análise estatística dos dados da pesquisa, interpretação dos resultados, redação do artigo científico. Bonfim, C. B., Bernardo, K. J. C. e Martins, D. M. B. participaram da concepção do estudo, delineamento metodológico, revisão final do texto do artigo. Todas as autoras revisaram e aprovaram a versão final e estão de acordo com sua publicação.

### Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

### Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).





## Referências

- Ayres, J. R. C. M. (2009). *Cuidado: trabalho e integração nas práticas de saúde* (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". *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. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634–649. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>
- Carneiro, S. (2011). *Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil*. Selo Negro Edições.
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde*. <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-os-na-atencao-basica-a-saude/>
- Davis, A. (2016). *Mulheres, Raça e Classe*. Boitempo editorial.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (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*. 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. In E. D. Nunes, *Medicina social: aspectos históricos e teóricos* (pp. 133–158). Global.
- Martín-Baró, I. (1996). O papel do 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. *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* (21a ed.). Vozes.
- Ministério da Saúde. (2010). *Cadernos de atenção básica - Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf)
- Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.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*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsms.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*. 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*. Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Divisão de Biblioteca do Ministério da Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/boletim\\_tematico/populacao\\_negra\\_novembro\\_2022.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/populacao_negra_novembro_2022.pdf)
- Moura, C. (2020). *Dialética Radical do Brasil Negro* (3a ed.). Anita Garibaldi.
- Neri, A. L. (2013). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. 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*. 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. *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* (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. *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. [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. [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. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 535–549. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>