



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

DRIELLE BARBOSA LEAL SERAFIM

**CONTRIBUIÇÕES DA LOGOTERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL NO
ATENDIMENTO DE PLANTÃO PSICOLÓGICO EM UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

CAMPINA GRANDE – PB

2021

DRIELLE BARBOSA LEAL SERAFIM

CONTRIBUIÇÕES DA LOGOTERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL NO ATENDIMENTO
DE PLANTÃO PSICOLÓGICO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharelado em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Ma^a Regina Celi Sales Nóbrega de Santana

Coorientadora: Prof^a Ma^a Raisa Fernandes Mariz Simões

CAMPINA GRANDE – PB

2021

S481c Serafim, Drielle Barbosa Leal.
Contribuições da logoterapia e análise existencial no atendimento de plantão psicológico em Unidade Básica de Saúde [manuscrito] : um relato de experiência / Drielle Barbosa Leal Serafim. - 2021.

33 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2021.

"Orientação : Profa. Ma. Regina Celi Sales Nóbrega de Santana, Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."

1. Logoterapia. 2. Unidade Básica de Saúde. 3. Plantão psicológico. 4. Saúde Pública. I. Título

21. ed. CDD 616.891 6

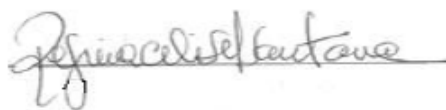
DRIELLE BARBOSA LEAL SERAFIM

CONTRIBUIÇÕES DA LOGOTERAPIA E ANÁLISE EXISTECIAL NO ATENDIMENTO
DE PLANTÃO PSICOLÓGICO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharelado em Psicologia.

Aprovada em: 02/03/2021

BANCA EXAMINADORA:



Profª. Ms. Regina Celi Sales Nóbrega de Santana (Orientadora)



Profª. Ms. Raisia Fernandes Mariz Simões (Co-orientadora)



Profª. Ms. Lorena Bandeira Melo de Sá (Membro Externo)

RESUMO

Considerando que cerca de 80% das demandas relacionadas à saúde do cidadão é responsabilidade da Atenção Básica e que uma parcela significativa apresenta alguma questão ligada ao sofrimento mental, torna-se indispensável o papel do psicólogo na manutenção da saúde populacional, trabalhando de forma multiprofissional. Com isso, este trabalho possui por objetivo evidenciar a importância do psicólogo na Unidade Básica de Saúde em forma de Plantão Psicológico, sendo este um serviço que proporciona ao usuário um espaço de escuta e acolhimento, colaborando no enfrentamento de dificuldades emergentes e contemplando a singularidade das demandas psicológicas, além de, acentuar a Logoterapia como abordagem necessária para amenizar o sofrimento da sociedade contemporânea com base nas demandas que surgiram no decorrer dos atendimentos oferecidos à comunidade, a partir da experiência adquirida em uma Unidade Básica de Saúde da Família. Os plantões ocorreram duas vezes por semana, entre os meses de Setembro à Novembro de 2019, contabilizando 17(dezessete) atendimentos, sendo destes 5(cinco) retornos, todas do sexo feminino com idades entre 8 e 70 anos. No tocante dos resultados, podemos destacar a ansiedade, tristeza, desânimo, problemas familiares, estresse e insônia como as principais queixas apresentadas nos atendimentos. A partir desses resultados, concluiu-se que a figura do psicólogo é de extrema importância para compor um cuidado íntegro e humanizado na Unidade Básica de Saúde, além de destacar a Logoterapia como abordagem indispensável para compreender as demandas que acometem os indivíduos na atualidade.

PALAVRAS – CHAVE: Logoterapia. Unidade Básica. Plantão Psicológico. Saúde Pública

ABSTRACT

Considering that about 80% of the demands related to the citizen's health is the responsibility of Primary Care and that a significant portion has some issue related to mental suffering, the role of the psychologist in the maintenance of population health is essential, working in a multidisciplinary. Thus, this work aims to highlight the importance of the psychologist in the Basic Health Unit in the form of Psychological Duty, which is a service that provides the user with a space for listening and welcoming, collaborating in facing emerging difficulties and contemplating the singularity of psychological demands, in addition to accentuating Logotherapy as a necessary approach to alleviate the suffering of contemporary society based on the demands that arose during the care offered to the community, based on the experience acquired in a Basic Family Health Unit. The shifts took place twice a week, from September to November 2019, accounting for 17 (seventeen) visits, of which 5 (five) returns, all female between the ages of 8 and 70 years. Regarding the results, we can highlight anxiety, sadness, discouragement, family problems, stress and insomnia as the main complaints presented. From these results, it was studied that the figure of the psychologist is extremely important to compose an integral and humanized care in the Basic Health Unit, in addition to highlighting Logotherapy as an indispensable approach to understand the demands that affect these people today.

KEYWORDS: Logotherapy. Basic Unit. Psychological Duty. Public health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	8
2.1	Breve histórico da saúde pública no Brasil	8
2.1.1	<i>Sistema Único de Saúde (SUS)</i>	9
2.1.1.1	Atenção Básica de Saúde.....	12
2.2	Atribuições do psicólogo na atenção básica.....	15
2.2.1	<i>Modalidade de Plantão Psicológico</i>.....	17
2.3	Conceitos gerais da Logoterapia e Análise Existencial.....	19
3	METODOLOGIA	23
4	REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil percorreu um longo caminho até ganhar a forma que conhecemos hoje. No século XX o país apresentava uma saúde precária, o acesso a tratamentos de qualidade variava de acordo com a classe social, em longo prazo o restrito acesso da população a médicos e medicamentos tornou o país insalubre. Os problemas sanitários ocasionaram uma crise na saúde e o governo precisou adotar medidas mais eficazes, pois o desenvolvimento do país precisava de uma população saudável (CRUZ; GUARESCHI, 2009).

A transitoriedade histórica acompanhada de transformações políticas desencadeou na regulamentação do Sistema Único de Saúde no ano de 1990, possibilitando o acesso igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população, abrangendo desde atendimentos simples, por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos. (PAIM, 2009).

A Atenção Básica apresenta-se por meio de ações de saúde e compreendem princípios e diretrizes, em relação aos princípios pontua-se a universalidade do serviço de saúde, a equidade e a integralidade. No tocante as diretrizes, estas se organizam na distribuição dos serviços de saúde a partir das necessidades apresentadas em cada região, adscrição dos usuários e ações para promoção, prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação dos usuários, trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe (PNAB, 2012).

Segundo Jimenez (2005), 80% das demandas relacionadas à saúde do cidadão é responsabilidade da Atenção Básica, sendo que uma parcela significativa apresenta alguma questão ligada ao sofrimento mental. É importante pontuar que o acúmulo de fatores negativos ocorrendo constantemente colabora para o aparecimento de problemas mentais, por isso, a participação ativa do psicólogo nas Unidades Básicas se torna imprescindível na prevenção de agravos relacionados à saúde mental (BARRETO, 2009).

Entre as múltiplas funções que o profissional de psicologia realiza, a escuta psicológica é uma das atividades mais eficazes, pois visa ajudar o sujeito a atingir um entendimento sobre ele e as situações que enfrenta (BARRETO, 2009). A escuta foi ampliada com o surgimento do Plantão psicológico, sendo este um espaço de escuta e acolhimento,

colaborando no enfrentamento de dificuldades emergentes e pontuais (GONÇALVES; FARINHA; GOTO, 2016).

Além dessa característica, o plantão também contempla a diversidade e singularidade das demandas psicológicas (ANDRADE e BRANCO, 2015). Combinando as diretrizes estabelecidas pelo SUS e o método de aplicação do plantão psicológico, identifica-se que a abordagem Logoterapêutica tem muito a oferecer dentro instituições de saúde por incluir uma visão tridimensional do homem, isto é, contempla sua totalidade biológica, psicológica e espiritual/noética (FRANKL, 2011).

A Logoterapia é um sistema teórico-prático que foi criada por Viktor Emil Frankl, um renomado Psiquiatra e Neurologista austríaco (Frankl, 2019). O termo "logos" é uma palavra grega que significa sentido, isto é, vê o homem como um ser direcionado para o sentido, incluindo sua liberdade, sua responsabilidade diante de algo ou alguém e a autotranscendência que é estar envolvido com algo exterior a si mesmo (FRANKL, 2011).

Diante do que foi explanado, este estudo tem como objetivo destacar a importância/papel do psicólogo na atenção primária, apresentando sua atuação na Atenção Básica em forma de plantão psicológico, e, a partir da experiência vivencial em uma UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família), sugerir a Logoterapia como abordagem relevante para atenuar o sofrimento na sociedade contemporânea com base nas demandas que surgiram durante os atendimentos individualizados oferecidos à comunidade.

Este trabalho possui relevância para a sociedade e debate acadêmico através da apresentação de demandas emergentes dentro da Atenção Básica, promovendo uma reflexão acerca da saúde mental e apresentando a Logoterapia como ferramenta indispensável para compreender o indivíduo contemporâneo. Além de, descrever a importância do psicólogo em sua prática e teoria com o objetivo de traçar um debate quanto à inclusão de psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Breve histórico da saúde pública no Brasil

Ao decorrer do tempo diferentes definições foram atribuídas ao conceito de saúde. No início do século XX, o conceito de saúde era classificado como ausência de doença, sendo assim associada com a vinculação de doenças e a morte, trazendo uma imagem negativa. (JÚNIOR, 2007). A posteriori começou-se a ter um entendimento mais abrangente sobre a relação saúde-doença, sendo este agora vinculado à qualidade de vida. Logo, em 1947 ocorre a modificação dessa conceituação, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecções e enfermidades" (WHO, 2006).

No Brasil, ocorreram modificações importantes no campo da saúde, desde seu surgimento até seu reconhecimento enquanto direito social. A história é marcada pela luta e resistência dos trabalhadores, mostrando descontentamento com a autoridade da burguesia, uma vez que, o acesso a médicos e medicamentos variava de acordo com a classe social. Este é o retrato do início do século XX, em que a maior parte da população recorria aos Hospitais Santas Casas de Misericórdia, serviço implementado pela igreja católica que prestava o atendimento da população adoecida, porém, os tratamentos não passavam de caridade, mantendo assim a ordem social e reforçando o poder das elites (SILVA, 2016).

As primeiras mudanças significativas, com o objetivo de melhorar a situação da saúde, ocorreram após a independência da república com Dom Pedro I. No entanto, as ações foram pouco eficazes, e as medidas tomadas acabaram por agravar a saúde da população. Na República, com o fim da escravidão, o Brasil dependia de mão de obra dos imigrantes para trabalhos nas fábricas e lavouras de café, porém, a fama de um país insalubre espantava a presença de novos funcionários. Entre 1900 a 1920 ocorreram reformas urbanas e sanitárias, principalmente nas grandes cidades, ainda assim, o país continuava a mercê dos problemas sanitários e das epidemias (CRUZ; GUARESCHI, 2009).

Diante de todo esse contexto, e da elevada crise na saúde que afetava o Brasil, eram necessárias medidas mais eficazes, pois o desenvolvimento do país precisava de uma população saudável. Então, em 1930, no governo de Getúlio Vargas, o Estado passou a ter uma maior participação para sanar os problemas de saúde e garantir direitos à população, uma das mais importantes iniciativas do governo deu-se a partir da constituição de 1934, que proporcionou juntamente com a CLT (Consolidação das Leis de Trabalho) em 1943 o direito

a assistência médica aos trabalhadores, provendo benefícios à saúde do trabalhador e maximizando significativamente a qualidade de vida da população (CRUZ; GUARESCHI, 2009).

O cenário da saúde que temos hoje adveio em decorrência de lutas do movimento da Reforma Sanitária, que ocorrera entre 1976 e 1988, nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e reivindicava melhorias nas condições de vida da população (PAIM, 2012). Por intermédio desses esforços, em 1986 realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um evento que contou com um debate amplo, colocando em discussão a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, e a reformulação do sistema nacional de saúde. Destarte, a conferência proporcionou aos envolvidos uma compreensão acerca da importância das ações de saneamento e prevenção de doenças. Como resultado, foi elaborado um relatório com as pautas apresentadas e discutidas, auxiliando como base para a construção do capítulo de saúde da constituição de 1988, e para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

2.1.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

Os sistemas de saúde estão presentes em países que optaram por um tipo de proteção social, e três categorias se destacam em todo mundo: seguridade social, seguro social e assistência. Na seguridade social, temos o princípio de saúde relacionada à cidadania, sendo financiado por toda população por meio de impostos e tributos; o seguro social é controlado pelo estado, assim, o seu acesso é permitido por aqueles que contribuem com a previdência social, por fim; a assistência garante um atendimento gratuito à saúde apenas para aqueles que comprovarem pobreza.

No Brasil, em 1920 foi adotado o sistema de proteção social baseado no seguro social, e em 1988 a constituição optou pela seguridade social. Esta Constituição foi identificada como Constituição Cidadã, que correspondente ao caráter democrático, participativo e voltado para o reforço da cidadania, já preconizando, assim, o princípio da dignidade da pessoa humana. (PAIM, 2009).

A transitoriedade histórica acompanhada de transformações políticas proporcionou a instauração de uma organização na saúde pública. Com o intuito de melhorar a saúde populacional é proposto, em 1990, um Sistema Único de Saúde (SUS), que se caracteriza

pelo conjunto de agências e agentes que atuam com objetivo principal de garantir a saúde da população (PAIM, 2009, p.13).

As agências são compostas por empresas e instituições, públicas ou privadas, que trabalham em função da proteção, promoção e recuperação da saúde da população em geral. Os agentes são profissionais de saúde que realizam ações visando promover o cuidado às pessoas e a comunidade. Percebe-se que as agências e os agentes estão voltados com o cuidado da saúde populacional, mas, ainda assim, não são suficientes para que informações importantes cheguem até a população. Por isso outras organizações estabelecem ações que visam proteger e promover saúde, a exemplo da comunicação social realizada em escolas, televisões e rádios (PAIM, 2009).

Em 1990, com a regulamentação do SUS, institui-se a Lei nº 8.080/1990 que possibilitou o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. O termo universal nesse contexto remete a possibilidade de todos poderem ter acesso a uma ação ou serviço de saúde, sendo um serviço para todos. E igualitário, pois garante o acesso igual para todos, sem qualquer discriminação ou preconceito, não existindo distinção de classe social, faixa etária, etnia, raça, ou opção sexual, sendo assim, contemplando uma sociedade solidária e democrática, impulsionada por valores de igualdade, sem discriminações ou privilégios (PAIM, 2009).

Segundo Paim (2009), a universalização do serviço, permitindo o acesso igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, possibilita aprimorar uma atenção integral a saúde. Para que essa premissa seja distribuída de forma democrática, o Sistema Único de Saúde foi organizado a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde,

“a forma de rede regionalizada possibilita a distribuição dos estabelecimentos de saúde (centros de saúde, ambulatórios, laboratórios, hospitais etc.) em um dado território, de modo que os serviços básicos estejam mais disseminados e descentralizados (PAIM, 2009, p.47).”

Dessa forma, o SUS está dividido em três níveis de atenção, apontados aqui da maior para a menor complexidade: o nível terciário (procedimentos de alta complexidade, tecnologia e custo); o nível secundário (acolhem agravos à saúde que necessitam de especialistas ou recursos mais avançados) e o nível primário, lócus da pesquisa aqui apresentada, que demandam menos tecnologia e equipamentos, pois abrange a promoção,

proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (CINTRA e BERNARDO, 2017).

A organização dos serviços por região permite que a comunidade tenha acesso aos diferentes atendimentos, evitando-se a fragmentação da saúde e garantindo um atendimento integral a população. A saúde passou a ter um caráter de direito social, essa premissa ideológica estabelece ao SUS “um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade” (PAIM, 2009, p.49).

O artigo 198º da Constituição Federal descreve três fatores fundamentais para essa organização, são elas: descentralização, atendimento integral, e participação da comunidade. A descentralização sugere adequar a distribuição dos serviços para as regiões, uma vez que, considera-se o Brasil um país com diferentes realidades econômicas, sociais e sanitárias, as decisões sobre o SUS ficariam a cargo dos municípios, o Estado e o Distrito Federal se responsabilizam das respectivas secretarias de saúde. O atendimento integral envolve a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, e a participação da comunidade expõe uma direção para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde (PAIM, 2009).

Estabelecendo uma forma de organização dos serviços de saúde no Brasil, o SUS estabelece princípios e diretrizes, os princípios estão embasados sob a perspectiva filosófica, ética, moral, política e do direito, e as diretrizes estão pautadas conforme orientações gerais de caráter organizacional ou técnico. Assim, retomando os conceitos de universalidade e integralidade, todas as pessoas ter por direito ter acesso a todas as ações e serviços necessários para cada situação em todos os níveis do sistema de saúde (PAIM, 2009).

No tocante aos princípios e diretrizes instituídos pelo SUS, é importante ressaltar e esclarecer os princípios de universalização, equidade e integralidade que são os conceitos de base para o desenvolvimento de toda a estruturação e planejamento dos serviços de saúde. A universalização preconiza o direito do cidadão no acesso às ações e serviços de saúde, a equidade que se propõe a diminuir desigualdades; e a integralidade que considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, por isso, este inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (PAIM e SILVA, 2010).

É importante salientar que o Sistema Único de Saúde (SUS) se desenvolveu através das lutas de movimentos sociais, tornando-se um dos maiores sistemas públicos do mundo, e possui uma alta complexidade, abrangendo desde atendimentos simples, por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos. (PAIM, 2009). A Atenção Básica situada na

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é consequência da consolidação e regulamentação do SUS, que caracteriza a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como plano para um cuidado integral e voltado às necessidades de saúde da população, e resigna a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica nos territórios. (PNAB, 2012).

2.1.1.1 Atenção Básica de Saúde

A Atenção Básica apresenta-se por meio de ações de saúde, na esfera individual e coletiva, e compreendem princípios e diretrizes. Em relação aos princípios, pontua-se a universalidade do serviço de saúde, a equidade para reconhecimento das diferentes condições de vida e necessidades singulares, e a integralidade que constitui os diversos serviços executados pela equipe de saúde, considerando as necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças (PNAB, 2012). As diretrizes, por sua vez, são nomeadas em cinco tópicos, o primeiro item pontua:

“Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade.” (PNAB, 2012, pg.20).

Ou seja, organiza-se a distribuição dos serviços de saúde a partir das necessidades apresentadas em cada região, considerando os determinantes da saúde que compreendem as condições socioeconômicas, comportamentais, biológicas, demográficas e ambientais, e os condicionantes da saúde que consiste na qualidade de vida da população, assim, quesitos como alimentação, a moradia, o saneamento básico, e entre outros, estabelecem pontos fundamentais para levar equidade aos serviços de saúde.

O segundo ponto fundamental da Atenção Básica baseia-se em garantir a entrada universal e contínua aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, e assumir sua função central de acolher, escutar e proporcionar uma resposta positiva, capaz de solucionar a maior parte dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta (PNAB, 2012).

O terceiro item pontua sobre a adscrição dos usuários, sendo este um procedimento de cadastro que aproxima a comunidade e a equipe de saúde com a finalidade de se estabelecer

um vínculo, propiciando a construção de uma relação de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde (PNAB, 2012). Esta relação possui um potencial terapêutico na proporção em que se estabelece um laço de confiança, propiciando uma continuidade da relação clínica e garantindo a manutenção da saúde.

O quarto item descreve a importância da coordenação de ações para promoção, prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação da saúde dos usuários, trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe. E, o quinto e último ponto apresentado na Política Nacional de Atenção Básica corresponde com a participação dos usuários como estratégia de aumentar sua autonomia e competência na preparação do cuidado à sua saúde das pessoas e coletividades integradas no território e no combate dos determinantes e condicionantes de saúde (PNAB, 2012).

De acordo com o art. 6º descrito na portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017, todas as entidades de saúde que forneçam ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, serão nomeados Unidade Básica de Saúde, todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para as Redes de Atenção à Saúde (RAS). No componente que compreende os tipos de equipes, a Saúde da Família é a principal estratégia de atenção à saúde e possui como objetivo reestruturar a Atenção Básica fundamentada nos preceitos que regem o SUS. Destarte, a ESF é classificada como,

“estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.” (PNAB, 2014, p.54).

Para cumprir com essa fundamentação, a equipe de Saúde da Família é formada por uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No que confere as Unidades Básicas, cada equipe de Saúde da Família é responsável por, no máximo, quatro mil pessoas, sendo a média recomendada de três mil pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição, e o serviço prestado é de 40 horas semanais, com exceção do médico (PNAB, 2014).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) mostrou um novo modelo de tratamento à saúde, mais amplo e estratégico. Com a finalidade de apoiar a implantação da ESF na Atenção Primária, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. O Nasf tem por estratégia aprimorar

competências pertencentes à Saúde da Família na Atenção Básica, somando assim, profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que se dedicam a trabalhar de forma complementada e participativa com os profissionais da ESF (NASF, 2010).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família dedicam-se a colaborar para a totalidade do cuidado aos usuários do SUS, promovendo a ampliação da clínica, abrangendo o reconhecimento dos problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. Assim, o NASF promove a participação mútua entre os profissionais, o que permite um acompanhamento mais integrado, discussões de casos clínicos, a cooperação simultânea de projetos terapêuticos de forma que expande e qualifica as ingerências no território e na saúde populacional e o desenvolvimento de ações com foco na prevenção e promoção da saúde (NASF, 2010).

No contexto que confere a ESF, a principal mudança apresentada na atenção primária abarca o tratamento, uma vez que a atenção deixa de ser no indivíduo e na doença, e passa a ser considerado também um coletivo, com arcabouço familiar. Desde a sua criação em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) dedica-se a promover uma reestruturação do sistema de atenção à saúde, incluindo uma atenção especial para aqueles acometidos com sofrimento psíquico (Silveira e Vieira, 2009).

Anteriormente à criação da ESF, apontava-se a necessidade de uma atenção mais diretiva para as questões relativas à saúde mental e para uma ação conjunta com os profissionais que faziam parte da rede de atenção básica. Em vista disso, na década de 1980 a psicologia começou a exercer seu papel na Atenção Básica de Saúde, e em 1983 foi proposta a realização de trabalho para “Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatório de Saúde Mental”, preparada pela Divisão Ambulatorial de Saúde Mental do Estado de São Paulo. Este documento foi primordial ao designar ações de saúde mental no nível primário (UBS) e secundário (ambulatórios) (JIMENEZ, 2005).

Com a inclusão de psicólogos nos serviços públicos de saúde, promovendo ações de desospitalização e extensão de atividades que promoviam a saúde mental, amentou-se o número de contratações a partir de 1982. As diretrizes que compõem as ações direcionadas a saúde psicológica, foi estabelecida a partir de 1990 com o decreto da Lei Orgânica da Saúde que menciona destinar a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (JIMENEZ, 2005).

Porém, o trabalho que a psicologia desenvolvia nos espaços da saúde não havia alcançado um corpo teórico crível, que possibilitasse o trânsito entre o *setting* terapêutico e

que abarcassem os movimentos sociais de saúde. Por este fato, em 1994 a Estratégia Saúde da Família (ESF) excluiu a psicologia da equipe mínima, ora constituída por: médico, auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro e agentes de saúde (ACS).

A psicologia retornou como profissão integrada a Atenção Básica em 2008, quando por meio da Portaria nº 154 o Ministério da Saúde instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e integrou oficialmente o psicólogo como profissão reconhecida na Atenção Básica visando uma atenção melhor a saúde mental (Ministério da Saúde, 2008). Ao integrar o NASF como ambiente de trabalho do psicólogo na Atenção Primária, propõe-se que esses profissionais dialoguem com a equipe, funcionando de maneira multiprofissional, e forneçam respostas para as múltiplas demandas que acometem o sofrimento psíquico naquele território (JIMENEZ, 2005).

Por meio da atuação do profissional de psicologia, a ESF incluiu os fatores sociais, culturais, políticos e econômicos como determinantes do processo de adoecimento, posicionamento que possibilitou a diminuição de práticas unicamente medicamentosas, para um tratamento e um olhar direcionado a família e a comunidade, desempenhando um espaço significativo na saúde mental (JIMENEZ, 2005).

2.2 Atribuições do Psicólogo na Atenção Básica

A Psicologia vem conquistando um espaço ampliado na Saúde Pública desde a sua inclusão na Atenção Básica em 2008. Apesar desse grande avanço, os cursos de psicologia ainda possuíam uma forte tendência à clínica tradicional, centrada no indivíduo, que não analisava o contexto sociocultural que o paciente estava inserido, resultando em uma deficiência no entendimento das questões familiares e da comunidade (PAULIN e LUZIO, 2009).

Observando a dificuldade de atuação na saúde pública, o psicólogo encontrou obstáculos para compreender os problemas psíquicos sob a ótica do contexto social, devido à estrutura teórica o qual estava adaptado. Com isso, notou-se a necessidade de um aprofundamento teórico e crítico nos cursos de Psicologia para temas relacionados às políticas públicas, reforma sanitária e psiquiátrica. A construção de uma postura crítica, ética e política é uma das características fundamentais em que se apoia o projeto do SUS, que garante uma atuação coerente na Estratégia de Saúde da Família (BOING e CREPALDI, 2010).

Na medida em que o SUS se legitima, a Psicologia vai penetrando cada vez mais neste universo, ocupando os três níveis de atenção, sendo indispensável para a consolidação

de práticas de cuidado acessíveis à população e, com isso, amplia-se o entendimento sobre a relevância da Psicologia no dia a dia das pessoas. A prática da Psicologia na Atenção Básica é uma vitória, tanto da Psicologia, como da população, que pode agora ter acesso a este saber-fazer. Para tanto, foi necessário garantir, a partir de legislação específica e de muita persistência, este espaço de atuação, consolidado pela criação do NASF (CFP, 2019).

A consolidação da Psicologia como uma profissão da saúde pública representa uma crença em sua potencialidade como instrumento de transformação e o recolhimento de fatores subjetivos, emocionais, históricos e das condições de vida dos usuários como determinantes dos quadros de saúde ou de doença da população (PAULIN e LUZIO, 2009, p.105).

Com isso, é fundamental que a Psicologia atue de modo a responder as exigências da Saúde Pública. Para possibilitar esse trabalho, o psicólogo deve visualizar as nuances do local em que ele realizará seu trabalho, observando de forma crítica e ética a realidade social, expandindo suas práticas e formas de atuação, dialogando com a equipe de saúde, implicando-se no contexto em que a família esta inserida, e buscando estratégias para as demandas que são apresentadas. Afinal, o papel do psicólogo não deve ser basicamente a terapia e sim a saúde (PAULIN e LUZIO, 2009).

Para trabalhar na Atenção Básica é necessário investigar e dialogar com a realidade que é apresentada. O psicólogo pode exercer seu ofício de diferentes maneiras, desde o atendimento coletivo e/ou individualizado de crianças, jovens, adultos, idosos, comunidades e familiares dos usuários, até a prestação de ações que envolvem educação, assistência social, judiciário, conselho tutelar, e as equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), realizando um trabalho multiprofissional (BARRETO, 2009).

Segundo Cintra e Bernardo (2017), o psicólogo que exerce sua função na atenção primária deve também desenvolver a autonomia dos sujeitos e da comunidade, para que possam buscar as transformações necessárias em suas vidas. Logo, as intervenções na saúde mental são oferecidas para que os usuários, famílias e/ou comunidades possam compreender as modificações que envolvem o processo de saúde-doença.

Pra exemplificar, a autora Luna (2014) cita cinco categorias que melhor representam a atuação do psicólogo na atenção básica: 1) comprometimento social e ético; 2) promoção da saúde; 3) diversificação de ações; 4) percepção interdisciplinar e 5) participação nas equipes

de saúde. O primeiro tópico aponta como o psicólogo deve exercer seu trabalho, sempre implicado com a cidadania, o cuidado, e a conjuntura social e cultural; na segunda a autora se refere à prática, que deve ser moldado a partir do que é observado, sempre favorecendo a qualidade de vida e o bem-estar. Na terceira, o profissional deve dirigir suas práticas a promoção e prevenção, de saúde e doença; a quarta categoria compreende a dicotomia interdisciplinar (indivíduo x coletividade, saúde x doença, entre outras); a quinta, e última categoria, coloca a atuação sobre a perspectiva de equipe e ações intersetoriais.

Segundo Jimenez (2005), 80% das demandas relacionadas à saúde do cidadão é responsabilidade da Atenção Básica, sendo que uma parcela significativa apresenta alguma questão ligada ao sofrimento mental. As queixas emocionais ou somáticas podem ter relações com inúmeros fatores, e podem envolver questões sociais e/ou relacionadas à subjetividade, porém, não existem dados concretos referentes a essas queixas (JIMENEZ, 2005).

É importante sintetizar que o acúmulo de fatores negativos acontecendo continuamente contribui para o surgimento de problemas de origem psíquica, por isso, a participação ativa do psicólogo nas Unidades Básicas se mostra de grande valia para a prevenção de agravos relacionados à saúde mental. Por isso, entre as múltiplas atividades que este profissional realiza, a escuta psicológica é uma das atividades mais eficazes, pois visa ajudar o sujeito a atingir um entendimento sobre ele e as situações que enfrenta, ajudando-o a elaborar uma melhor tomada de decisão (BARRETO, 2009).

A escuta psicológica realizada por um profissional qualificado no ambiente da saúde tem como finalidade ajudar o sujeito a atingir uma compreensão sobre ele e as situações que enfrenta. Por isso, para que este momento seja adquirido de forma eficaz, o psicólogo deve estar apoiado por uma ágil comunicação, e sensibilidade, abrindo espaços para que o sujeito seja acolhido e manifeste seus sentimentos, fundamentado na ética e no conhecimento técnico profissional. Sua aplicação não propicia apenas o melhoramento e a propagação do trabalho do psicólogo nessas localidades, também permite que ocorra um diálogo entre população e profissionais da área, um ambiente de troca que possibilita o aperfeiçoamento de demandas (BARRETO, 2009).

2.2.1 Modalidade de Plantão Psicológico

A escuta desenvolveu-se dentro das Unidades Básicas e proporcionou sua ampliação através do Plantão psicológico. O Plantão é caracterizado por oferecer um espaço de escuta e acolhimento, contribuindo no enfrentamento de dificuldades emergentes e pontuais, essa

modalidade surgiu no Brasil no momento em que houve um aumento na procura por atendimentos psicoterápicos e a dificuldade em acompanhar os longos processos terapêuticos pela grande camada da população (GONÇALVES; FARINHA; GOTO, 2016).

O Plantão psicológico é um modelo de atendimento que auxilia na diversidade e singularidade das demandas psicológicas. Sabendo que o psicólogo que atua na atenção primária tem muito a contribuir junto com a equipe de saúde, pode-se considerar que trabalhar neste formato pode colaborar com o aprimoramento da saúde pública quando se trata de ajuda psicológica (GONÇALVES; FARINHA; GOTO, 2016).

Assim, o plantão surgiu para apresentar uma nova prática nas instituições de saúde, uma vez que abraça as demandas emergentes da população que procura por atendimento psicológico, podendo ser realizado em uma ou mais consultas sem duração predeterminada. Vale ressaltar que o serviço de plantão psicológico não oferece uma psicoterapia ou terapia propriamente dita, mas envolve o acolhimento do sujeito que através de uma escuta deseja aliviar sua angústia (GONÇALVES; FARINHA; GOTO, 2016). Essa modalidade de atendimento psicológico também não abarca usuários que apresentem crise psicótica, apenas o CAPS e o Hospital-dia estão habilitados para atender demandas de indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes (ANDRADE e BRANCO, 2015).

Morato (2006) compreende o Plantão psicológico como um modelo de atendimento clínico-investigativo, pois, é através da explicação do sofrimento psicológico/existencial que o psicólogo vai auxiliar na autonomia do sujeito, para que este possa buscar soluções e possibilidades ao problema/situação que enfrenta. Esse atendimento, nas palavras de Braga, Mosqueira e Morato (2012), é compreendido como:

(...) atenção psicológica, via plantão psicológico, o ouvir se apresenta como abertura à compreensão de mal-estares em relações situadas, possibilitando ressignificações da experiência. Acompanhar o outro na expressão do que lhe dói, apreendendo-o em sua realidade, é solicitude, disponibilizar-se via escuta que pode permitir se manifestarem elementos norteadores do agir cotidiano, clareando os modos de singularização e permitindo a apropriação de sentido no existir. (p. 557)

Desse modo, o plantão pretende responder a demanda situacional/contextual que a pessoa em sofrimento precisa, procurando maneiras de eliminar a angústia por meio da possibilidade de insights e da ressignificação vivencial de uma situação-problema. A partir dessas características, o plantão se define enquanto uma estratégia da clínica ampliada por

assegurar acessibilidade ao serviço, acolher as demandas, atuar de forma interdisciplinar e focar na prevenção. Com essa perspectiva, o plantão psicológico pode ajudar na execução de habilidades mais desenvolvidas, com a valorização da escuta pode-se estabelecer um vínculo com usuários e comunidade (ANDRADE e BRANCO, 2015).

Considerando todos os benefícios que o plantão proporciona a clínica, e particularmente a Unidade Básica de Saúde, este atendimento promove uma abertura dos usuários na rede de saúde, e uma ampliação da resolutividade dos casos. Desse modo, configura-se como escuta especializada adequada a atender o indivíduo, família e comunidade, em que muitas vezes, não dispõem de capital financeiro para acessar um atendimento psicológico particular (ANDRADE e BRANCO, 2015).

2.3 Conceitos gerais da Logoterapia e Análise Existencial

Combinando as diretrizes estabelecidas pelo SUS e o método de aplicação do plantão psicológico, percebe-se que a abordagem Logoterapêutica tem muito a contribuir dentro instituições de saúde. A Logoterapia, também conhecida como Terceira Escola Vienense de Psicologia, precedida pela primeira escola (Psicanálise Freudiana) e a segunda escola (Psicologia Individual Adleriana), é um sistema teórico-prático que foi criada por Viktor Emil Frankl, um renomado Psiquiatra e Neurologista austríaco (Frankl, 2019).

A jornada de Frankl se inicia no ano de 1920, quando com apenas quinze anos de idade demonstra interesse aos fatores psicológicos e se corresponde com Sigmund Freud, criador da Psicanálise. Em 1921 falou a primeira vez sobre o sentido da vida em uma conferência, e em 1925, cursando medicina, encontrou-se pessoalmente com Freud e se aproximou do círculo intelectual liderado por Alfred Adler. Entre 1933 a 1936, Frankl tornou-se diretor do pavilhão das mulheres suicidas do *Hospital Psiquiátrico de Viena*. Nesta mesma época os nazistas assumiram o poder na Áustria, delegando que Frankl realizasse a eutanásia nos doentes mentais, porém ele recusou-se a cumprir tal procedimento (FRANKL, 2020). Viktor Frankl, em sua trajetória, em sua clínica, e em sua produção teórica, sempre teve preocupação com a saúde da população, e, antes de concluir sua graduação em medicina havia instalado centros de aconselhamentos para jovens que estavam em risco eminente de cometer suicídio ou que haviam fugido de casa (Silveira e Grandim, 2015).

Em 1942 sua família foi deportada da Áustria pelos nazistas, e Frankl foi enviado para *Auschwitz*, recebendo a tatuagem de prisioneiro nº 119.104. Dentro do seu percurso de vida, o que mais chama a atenção é a história de sobrevivência e superação contada no livro

“Em busca de Sentido: Um psicólogo no campo de concentração”. Frankl passou por quatro campos de concentração (Turklein, Theresienstad, Haufering e Auschwitz) e relata as situações extremas que teve que passar nas prisões nazistas, além de aprofundar sua teoria psicológica (Frankl, 2019).

Sua teoria compreende uma visão antropológica do homem como um ser tridimensional, ou seja, deve considerar o ser humano como uma totalidade biológica (fenômenos corporais e fisiológicas), psicológica (instintos, condicionamentos, cognição) e espiritual/noética (confere aquilo que constitui o ser humano, as decisões autônomas da vontade, a religiosidade, o sentimento, a ética, a liberdade, a criatividade, etc). Desde 1988 a Organização Mundial de Saúde (OMS) introduziu a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde. O conceito de espiritualidade não se restringe a prática ou crença religiosa, mas, a um conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material (Volcan, 2003).

O ser humano não é um espírito, também não se restringe a um fenômeno psíquico, social ou somático, e sim um ser em constante movimento, que sente a sua própria existência em todas as dimensões possíveis, sejam elas espiritual-sócio-cultural-biológica e psicológica (FRANKL, 2011). Na Logoterapia o conceito de homem está baseado em três tripés: a vontade de sentido; o sentido da vida e a liberdade da vontade.

A vontade de sentido é o pressuposto fundamental da logoterapia, e afirma que a vida sempre tem um sentido, sendo sempre algo único para cada indivíduo, assim como cada pessoa é insubstituível, se não por outros o é por quem o ama (FRANKL, 2011, p. 26). Quando o ser humano se frustra na sua busca de sentido, pode surgir um tipo de neuroticismo que Frankl chamou de neurose noogênica, cujo efeito pode desencadear no alcoolismo, violência, depressão e até suicídio, que surge a partir da dimensão espiritual/noológica do homem. Por exemplo, quando o sujeito é acometido pela perda de sentido e o sentimento de vazio o consome, o uso de drogas pode se apresentar como uma pseudo-solução para camuflar a frustração das necessidades existenciais (Silveira e Grandim, 2015).

“[...] as neuroses noogênicas se originam de problemas espirituais, de dilemas morais, ou conflito entre uma verdadeira consciência e superego [...] são as neuroses noogênicas que resultam de uma frustração da vontade de sentido, daquilo que chamei de frustração existencial, ou do vácuo existencial (Frankl, 2011, p. 29).”

Além das neuroses noogênicas que são desencadeadas por conflitos da existência, a logoterapia também se aplica como tratamento para as neuroses somatogênicas, que estão

relacionadas às doenças de origem orgânica, e as neuroses psicogênicas, que provém do psiquismo (Frankl, 2011). No livro “A teoria e terapia das neuroses” Frankl afirma que não existem neuroses puramente somatogênicas, psicogênicas e noogênicas, mas, uma predominância de casos mistos (FRANKL, 2016).

O segundo conceito de homem na Logoterapia é definido como sentido da vida, em que Frankl coloca que o importante não é o sentido da vida de um modo geral, mas antes o sentido específico de uma pessoa em um determinado momento da sua vida. É a partir da vivência, do estar no mundo, que os sentidos podem mudar no decorrer da vida, é através dessa busca que o indivíduo vai assumindo a direção da própria existência e construindo a sua autonomia.

Por último, a liberdade da vontade refere-se à liberdade da vontade humana, confirmando que somos livres para tomarmos decisões, mas também compreende que o homem não está livre de suas contingências, mas sim para tomar uma atitude diante de quaisquer que sejam as condições apresentadas a ele (FRANKL, 2011).

“À liberdade da vontade contrapõe-se o que há de fatal. Com efeito, chamamos destino precisamente a tudo aquilo que escapa essencialmente à liberdade do homem e que não fica sob o seu poder nem sob a sua responsabilidade. No entanto, em nenhum momento se deve esquecer que toda liberdade humana depende do que há de fatal, na exata medida em que só neste elemento e a ele aderindo pode desenvolver-se (FRANKL, 2019, p. 162).”

Retomando sobre a consequência de uma vida sem sentido, esta poderia ser resumida ao totalitarismo (fazer o que os outros querem que você faça) ou conformismo (reproduzir o que outras pessoas fazem) (FRANKL, 2011). Seguindo de forma totalitária ou conformista, vai-se ao oposto de uma vida com sentido, quando o indivíduo não consegue encontrar ou buscar de forma autêntica o sentido para a sua vida ele acaba caindo em um quadro de vazio existencial.

Este vazio existencial é resultado de uma vida que vai perdendo a capacidade de sentido, e como consequência pode gerar no indivíduo agravos a sua saúde mental, a exemplo da depressão. Para converter essa situação, Frankl vai citar em sua teoria três formas de se encontrar um sentido para a vida, a primeira é através dos valores de criação, ou seja, das tarefas práticas que o ser humano é capaz de fazer. Em segundo lugar, o ser humano é capaz de encontrar um sentido através do encontro com algo (bondade, a verdade, a beleza, a natureza, a cultura, esporte e entre outros) ou alguém, assim o indivíduo preenche o sentido da

sua própria existência, entretanto, é o indivíduo que vai encontrar isso para si mesmo, o sentido ele não é introduzido, e sim descoberto, a este é chamado de valores vivenciais. Em terceiro lugar, o sentido é encontrado através dos valores de atitude, ou seja, é através da atitude que o indivíduo toma diante de uma situação, até mesmo através do sofrimento inevitável é possível encontrar um sentido (FRANKL, 2011).

Dessa forma, pode-se concluir que o ser humano é sempre direcionado ao mundo exterior, onde busca um sentido a realizar e/ou alguém a quem amar, atribui-se a essa característica a autotranscendência. O ser humano procura compor sua existência no exterior, transcender é estar envolvido com algo que não seja ele mesmo, pode ser um objetivo profissional, um sentido que se quer alcançar a partir de uma ação, uma pessoa que se ama, isso é o indivíduo saindo de si mesmo e transcendendo na direção ao outro e para o mundo (FRANKL, 2011).

Concluindo os conceitos fundamentais da logoterapia, Frankl apresenta a tríade trágica da existência humana que compõe a dor, culpa e morte, a vivência humana compõe esses três fatores, torna-se algo inevitável em maior ou menor escala, ainda sim podemos dar um sentido ao sofrimento (FRANKL, 2011). Assim, a Logoterapia compreende o homem como um ser dotado de liberdade e responsabilidade, utilizando-os no seu viver no mundo e descobrindo o sentido que ela tem, mesmo que em algum momento encontre sofrimento, afinal, a vida precisa ter sentido mesmo diante do sofrimento.

Afinal, existir no mundo como ser humano é responsabilizar-se em frente a sua finitude. Cada indivíduo vive uma vida única, ou seja, um destino único que não se repete, ninguém terá as mesmas oportunidades que ele, nem o próprio volta a ter (Frankl, 2019). A liberdade individual de cada ser humano revela uma história única que será escrita, resultado de um conjunto de atitudes dotadas de responsabilidade.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, baseada nas vivências adquiridas na Unidade Básica de Saúde da Família Profª Odete Leandro Oliveira como aluna extensionista. A Unidade localiza-se na Clínica de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba e conta com um grupo de técnicos de enfermagem, enfermeiros, médico (clínico geral) e assistente social que trabalham das 7 às 17 horas em horários predefinidos atendendo aos moradores dos Bairros de Vila dos Teimosos, Novo Bodocongó, do Conjunto João Paulo II e do Condomínio Santa Tereza.

Durante a extensão foram realizadas algumas atividades junto com a comunidade em prol da promoção de saúde, um deles baseou-se em atendimentos individualizados para população que procurava por assistência psicológica em forma de Plantão Psicológico, sendo este o foco de desenvolvimento deste trabalho. Os plantões ocorreram nas Segundas-feiras e Quartas-feiras no horário das 07h30min às 11h30min, entre os meses de Setembro à Novembro de 2019, contabilizando 17(dezessete) atendimentos, sendo destes 5 (cinco) retornos, todas do sexo feminino com idades entre 8 e 70 anos.

Com base nos aspectos éticos o Código de Ética do Psicólogo aborda a questão do sigilo no seu artigo 9º - "É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional" (Conselho Federal de Psicologia, 2005). Por este motivo, não será revelado os dados sociodemográficos das pacientes atendidas a fim de preservar suas identidades, ficando restrita apenas a *sintomatologia* de alguns casos, em outras palavras, será descrito apenas os sintomas, podendo ser estes orgânicos, psicológicos ou emocionais com a finalidade de exemplificar as demandas contemporâneas emergentes

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as principais queixas relatadas nos atendimentos a ansiedade, tristeza, desânimo, problemas familiares, estresse e insônia se apresentaram com uma maior frequência. Diante de toda base teórica demonstrada nesse trabalho é perceptível que a presença de um profissional da área de Psicologia tem muito a contribuir, promovendo e protegendo a saúde mental da comunidade. A atuação multidisciplinar fornece ao usuário uma melhor compreensão do seu estado de saúde, um exemplo cabível do que acontecera algumas vezes na unidade deu-se quando o médico ou enfermeiro orientou o paciente para que fosse atendido pelo serviço de Psicologia.

Muitas vezes foi relatado pelos pacientes questões orgânicas que tinham origem psíquica, como foi o caso de uma paciente com gastrite nervosa. No primeiro momento não compreendeu muito o motivo pelo qual o médico da unidade havia encaminhado sua demanda para o serviço de Psicologia. Neste caso o psicólogo deve agir de forma educacional, explicando todas às dúvidas sobre a relação da psicologia com sua doença.

Assim, depois de algumas explicações a fim de psicoeducar a paciente sobre seu caso e utilizando das bases da Logoterapia para prosseguir com o atendimento, a exemplo do diálogo socrático, a paciente compreendeu que sua doença estomacal surgira devido a questões emocionais que a mesma vivenciou, descrevendo durante o atendimento alguns episódios que antecederam ou pioraram suas crises. Ao decorrer da escuta a paciente percebeu que seu estado emocional afetava nos sintomas provocados por sua gastrite, sendo necessária uma atitude para modificar a situação a qual se encontrava.

Este relato é apenas uma simplificação do quão necessário o processo de escuta e a presença do profissional de Psicologia se faz no tratamento e prevenção de doenças dentro das Unidades Básicas de Saúde, trabalhando de forma multiprofissional. Para este exemplo, fica evidente a importância da escuta terapêutica, pois imaginemos que a paciente continuasse sem ter em mente que as questões emocionais afetavam diretamente na sua doença: ela continuaria sofrendo com seu problema intestinal sem sucesso de cura.

O suporte psicológico é fundamental para a promoção e manutenção da saúde. Compreender o ser humano como uma totalidade biológica, psicológica, social e espiritual possibilita um diálogo entre os profissionais da unidade e garante um melhor entendimento da questão central que afeta o paciente. Em alguns casos os pacientes foram encaminhados pelo

médico ou enfermeiro, porém, na maioria das vezes a procura pelo serviço de psicologia foi conferida de forma independente.

Dentro dessa dinâmica e da grande procura pelo serviço de Psicologia foi instaurada a modalidade de Plantão Psicológico, esta característica ampliou a prática, garantindo um atendimento pontual e emergencial. Um exemplo vivencial procedeu-se no atendimento de uma paciente que foi levada a unidade apresentando falta de ar, enjoo e tontura, suspeitou-se de uma crise de ansiedade, o que foi confirmado pela mesma posteriormente. No primeiro momento ajudei-a a se sentir confortável e segura, desviando seus sintomas e reduzindo o ritmo da sua respiração, após a crise prossegui com o atendimento, ajudando-a no cerne da questão ansiosa através do encontro existencial, centrado no sujeito em sofrimento, auxiliando-o no desenvolvimento da autodescoberta.

A tensão move o ser humano para a mudança e direciona ao crescimento, sem este sentimento dificilmente teríamos o impulso necessário para aflorar ou tentar possibilidades. Porém, a ansiedade começa a se transformar em um problema quando é desproporcional a ameaça, ocasionando uma série de conflitos psíquicos sobre a situação que a provocou. Frankl teorizou a tríade trágica da existência humana em que se é inevitável existir sem dor, morte ou culpa, tentar esquivar-se de tais condições pode gerar um sofrimento de longo prazo. É importante compreender a fragilidade da existência, pois, desviar-se dos problemas é o mesmo de tentar desviar do que ocorre dentro de si mesmo, e evitar esse sentimento provavelmente ocasionará sempre seu retorno (Frankl, 2011). Um exemplo que compreende claramente essa passagem se apresentou durante outro atendimento.

Primeiramente, a paciente informou que sua queixa principal se tratava de uma insônia. No decorrer do atendimento a mesma relatou crises ansiosas, em parte, os episódios ansiosos estavam atrelados à morte inesperada de dois parentes. Em uma de suas falas observou-se uma desproporcionalidade da ameaça quando a paciente revelou que, geralmente, quando recebe uma ligação inesperada começa imediatamente a ficar apreensiva, pois imagina que algo ruim possa ter acontecido.

Durante a escuta com princípios logoterapêuticos é significativo questionar o sujeito pela sua existência, em outras palavras e tomando como base o exemplo acima, levar o paciente a refletir como a ansiedade se costura na vida, no dia a dia, e de que maneira este sentimento afeta nas relações. Na logoterapia, uma ferramenta importante no processo de escuta é o Diálogo Sócrático. Este recurso foi desenvolvido paralelamente à prática filosófica de Sócrates que conduz o sujeito a elaborar conhecimentos que estavam ocultos, mas que só

conseguem emergir a consciência através do questionamento certo, e este exercício põe o sujeito em contato com a sua dimensão noética e auxilia-o na busca de significado (KAY HOFFMAN, 2000).

“Inevitavelmente a unicidade do ser humano - unidade essa, apesar da multiplicidade do corpo e da mente – não pode ser achada em suas faces psicológica, nem biológica, mas deve ser procurada em sua dimensão noológica, da qual o homem foi, de início projetado. (Frankl, 2011, p. 36)”

Portanto, pode-se concluir que os sintomas físicos que envolvem a ansiedade são facilmente compreendidos e identificados, mas, somente na clínica, na escuta ativa, é que se torna possível perceber a unicidade do ser, ou seja, a postura existencial que se põe para que a ansiedade patológica se instalasse. A partir desse relato e de outros que a paciente fez no decorrer de mais dois atendimentos, tornou-se possível compreender que a morte é o centro da questão que provoca sua ansiedade e que começou a desencadear seu distúrbio do sono.

Outro discurso recorrente durante a sucessão de atendimentos na Unidade Básica compreende o que Frankl chamou de vazio existencial. Para esta análise compreende-se o exemplo de uma jovem paciente que relatou sentir uma grande angústia, verbalizando questões relacionadas à sua sexualidade e problemas familiares que potencializavam sua consternação existencial, pensando algumas vezes em suicídio como pseudo-solução para extinguir o sentimento de vazio. Não cabe aqui relatar o conteúdo que foi verbalizado durante as escutas, mas sim, compreender como esse fenômeno começou a ser extremamente presente na sociedade a partir do século XX, segundo Frankl (2019);

“...20% das neuroses aproximadamente são condicionadas e provocadas por aquele sentimento de ausência de sentido que eu defini como vácuo existencial. O homem não dispõe de um instinto que, como sucede aos animais, lhe dite o que tem que fazer, e hoje em dia não há uma tradição que lhe diga o que deve fazer; em breve não saberá o que quer propriamente e terá que estar preparado, quanto antes, para fazer o que outros quiserem dele (FRANKL, 2019, P. 45).”

Em síntese, uma vida sem sentido poderia ser resumida ao totalitarismo (fazer o que os outros querem que você faça) ou conformismo (reproduzir o que outras pessoas fazem) (FRANKL, 2011). O indivíduo que está no vazio se vê vulnerável e sem direção, o que o torna suscetível a ser conduzido por essas duas correntes que impedem o desenvolvimento da sua autonomia.

Refletir sobre o curso da humanidade é compreender que o indivíduo contemporâneo é valorizado a partir da sua funcionalidade, agindo como uma máquina, apto para cumprir as regras de um sistema que determina o que deve ou não ser feito, dirigindo-se apenas para obter algo. Essa imposição limita o sujeito em sua descoberta pelo sentido único e irrepetível, a consequência se manifestada com o surgimento de várias patologias de origem existencial.

Viktor Frankl identificou que o vazio existencial se transformou em uma grande neurose de massa, uma vez passou a atingir as pessoas de forma generalizada, se voltássemos ao século XIX poderia-se identificar a histeria como a grande neurose da época (FRANKL, 2011). Porém, a partir do século XX a sociedade passou por mudanças que provocaram o sentimento de vazio cada vez mais presente.

A partir de toda contextualização, retorno para o caso da paciente com características de vazio existencial, para se enquadrar em frustração/vazio existencial, é importante observar se o indivíduo apresenta uma angústia patológica que se caracteriza pela dificuldade de posicionamento, uma renúncia de si mesmo que o leva a abrir mão de se posicionar perante sua própria vida, o niilismo ético que se configura como um presentismo, tornando o sujeito descrente de si mesmo, e por fim, o desmedido temor de sofrimento que faz com que o indivíduo procure formas de evitar situações de sofrimento, buscando alternativas para fugir (CARVALHO, 1993).

Para estes casos a solução saudável é a busca pelo sentido, durante o atendimento é importante abrir o campo das possibilidades para que de forma autônoma a paciente possa escolher qual caminho deseja seguir. Possibilidades essas que serão descobertas no mundo, assim como citado anteriormente, é através da autotranscendência, do estar e agir no mundo que o sujeito se torna capaz de encontrar um sentido, atuando através dos valores de criação, vivenciais ou de atitude (FRANKL, 2011).

Esse caminho só é possível quando consideramos a dimensão noética/espiritual da paciente, a existência verdadeiramente humana é a existência espiritual. Por este ângulo, a logoterapia reconhece a dimensão noética/espiritual como superior às demais, sendo também mais completa, pois inclui os aspectos psíquicos e biológicos sem dispensá-los, o que assegura a totalidade do homem (FRANKL, 2014).

O espiritual, contudo, não é apenas uma dimensão própria, mas também a dimensão propriamente dita do ser do homem. Por mais, porém, que a dimensão espiritual conceitua a dimensão propriamente dita, ela não é, de maneira alguma, a única

dimensão do ser do homem. Ora, o homem é efetivamente uma unidade e uma totalidade corpóreo-psíquico-espiritual (FRANKL, 2014, p. 62).

Para Frankl, o indivíduo é biológico em sua estrutura, psicossocial em seu desenvolvimento, mas fundamental e primariamente espiritual em sua existência, potencialmente capacitado para refletir sobre si mesmo, amar e elevar-se diante do sofrimento e mediante o sentido ressignificar sua própria existência (Frankl, 2011). A teoria de Viktor Frankl é essencial para o desenvolvimento de uma psicologia que procura recuperar a autenticidade e o sentido da vida do paciente, atual e dinâmica, se apresenta como uma possibilidade terapêutica de recuperação da esperança, da dignidade e da responsabilidade do ser indivíduo diante da sua própria existência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da experiência vivenciada pela extensão na Unidade Básica de Saúde tornou-se possível compreender as problemáticas que acometem os indivíduos. Somado a isso, o apoio multiprofissional foi crucial para o desenvolvimento de habilidades e troca de conhecimentos, proporcionando o aprofundamento da Psicologia com outras áreas da saúde e possibilitando ao paciente um cuidado íntegro, humanizado e qualificado.

Além do mais, a experiência possibilitou analisar como o sofrimento tem potencial de aparecer em distintos contextos sociais por diferentes motivos, com isso, evidencio a premissa Logoterapêutica que enuncia o homem como um ser único e irrepetível, ademais, essa teórica se mostrou bastante indispensável na compreensão das demandas presentes na sociedade contemporânea.

A título de exemplo aponto para o vazio existencial, sentimento bastante comum, porém, quando recorrente pode ocasionar no agravamento do sofrimento psíquico, potencializando o surgimento de um distúrbio depressivo como forma de exprimir essa lacuna interior, ou mesmo um transtorno de ansiedade, que traz dificuldades para o paciente no seu encontro pessoal com o sentido.

Por isso, a Logoterapia se mostra indispensável para compreender a angústia que acomete os indivíduos, por ser uma abordagem que trabalha o sentido pessoal para o paciente, possibilitando mudanças positivas no tocante a descoberta de novos significados para as demandas. Esta alegação pôde ser confirmada no decorrer dos atendimentos, constatando que sintomas ansiosos e depressivos fazem parte da grande parcela do público atendido por mim, assim como o efeito positivo da ferramenta Logoterapêutica nos pacientes.

É importante lembrar que este trabalho é fruto de uma experiência adquirida no ano de 2019, e sua escrita esta sendo concluída em dezembro de 2020 no qual existe um cenário de pandemia causado pelo coronavírus (COVID-19), o que impossibilitou a continuidade dos atendimentos neste mesmo ano. Diante desse novo contexto e tomando como base o acesso ao suporte psicológico, surge à reflexão sobre os impactos na saúde mental, e como o isolamento social tem potencial de agravar o sofrimento psicológico da população.

Em 2019, a Organização Mundial da Saúde relatou que o Brasil sofre de uma epidemia de ansiedade, tornando-o o País com o maior número de pessoas ansiosas, cerca de 9,3% da população. Isto é preocupante quando pensarmos que no ano seguinte a essa pesquisa estaríamos vivenciando o isolamento social, que, segundo alguns estudos, já apontam para um

aumento nos sintomas de depressão, ansiedade e estresse ocasionados pela pandemia (WANG et al, 2020).

Mais do que nunca a teórica de Viktor Frankl se mostra essencial para o entendimento das questões psicológicas emergentes durante este período de reclusão social. A pandemia esta convidando os sujeitos a buscarem pelo sentido da vida, encarar que o futuro é mutável e que a vida acontece agora. Se prender aos conflitos, problemas e a situação mundial pode adoecer o corpo e a mente, por isso, este é o momento de buscar no sofrimento um mundo de possibilidades e conseguir transcender na procura e descoberta do seu propósito de viver.

O cenário futuro ainda é incerto, mas, assim como o acompanhamento médico é insubstituível, o suporte psicológico deverá ser ampliado e priorizado pelas instituições de saúde, em especial às Unidades Básicas que atendem uma grande camada da população. Assim, concluo meu trabalho com vários questionamentos e esclarecimentos, convicta que as expectativas foram superadas, e confiante que este trabalho possa vir a contribuir para o meio acadêmico e para aqueles que se interessam pela psicologia no âmbito da atenção básica à saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. B. T. A. A. B. D; BRANCO, P. C. C. Plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada na atenção básica em saúde: subtítulo do artigo. **Contextos Clínicos**, v. 8, n. 2, p. 141-152, dez./2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v8n2/v8n2a04.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2020.

BARRETO, M. A. M. et al. ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO E A ATUAÇÃO DO PSICOLOGO NA UNIDADE BASICA DE SAÚDE-UBS. **Cadernos de Graduação: Ciências biológicas e da saúde**, Maceió, v. 3, n. 3, p. 227-244, mai./2009. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosaude/article/view/3685>>. Acesso em: 29 mai. 2020.

BOING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. O Psicólogo na Atenção Básica: Uma Incursão Pelas Políticas Públicas de Saúde Brasileiras. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**: subtítulo da revista, Local, v. 30, n. 3, p. 634-649, set./2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014>. Acesso em: 29 mai. 2020.

Braga, T. B. M.; Mosqueira, S. M. & Morato, H. T. P. Cartografia clínica em plantão psicológico: investigação interventiva num projeto de atenção psicológica em distrito policial. **Temas em Psicologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 555-569, dez./2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2012000200020>. Acesso em: 7 jun. 2020.

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

CARVALHO, J. M. R. **O vazio existencial e o sentido de vida**. Periódicos técnicos científicos. 1993.

CINTRA, Marcela Spinardi; BERNARDO, Marcia Hespanhol. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social: subtítulo do artigo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 883-896, out./2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n4/1414-9893-pcp-37-04-0883.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2020.

CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. M. F. A constituição da assistência social como política pública: interrogações à psicologia. In:_____. Orgs. **Políticas públicas e assistência social: diálogo com as práticas psicológicas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. p.13-40.

Frankl, Viktor E. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração / Viktor E. Frankl. Traduzido por Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline. 45. Ed. – São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2019.

Frankl, Viktor E. **A vontade de sentido**: fundamentos e aplicações da logoterapia/ Viktor E. Frankl; [tradução Ivo Studart Pereira]. – Ed. Ampl., com um novo posfácio do autor. – São Paulo: Paulus, 2011.

Frankl, Viktor E. Teoria das neuroses: introdução à logoterapia e à análise existencial/ Viktor E. Frankl: tradução Claudia Abeling – 1. Ed. – São Paulo: É Realizações, 2016. 256 p.

Frankl, Viktor E. Psicoterapia e existencialismo: textos selecionados em logoterapia/ Viktor Frankl; Ivo Studart Pereira: revisão técnica Heloísa Reis Marino – 1. ed. – São Paulo: É realizações, 2020. 248 p.

GONÇALVES, T. A; FARINHA, M.G; GOTO, T. A. Plantão psicológico em unidade básica de saúde: atendimento em abordagem humanista-fenomenológica . **Revista abordagem gestalt**, Goiânia, v. 22, n. 2, p. 225-232, dez./2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672016000200015>. Acesso em: 7 jun. 2020.

JIMENEZ, Luciene. Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia e Sociedade**: subtítulo da revista, Florianópolis, v. 23, Número, p. 129-139, dez./2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400016>. Acesso em: 29 abr. 2020

JÚNIOR, L. C. C. S. F. M. M. O Modo de Fazer Saúde: reflexões sobre o cotidiano de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre - RS. **Saúde e Sociedade**, Porto Alegre - RS, v. 16, n. 1, p. 155-164, jan./2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100014>. Acesso em: 2 abr. 2020.

Kay Hoffman. As dores de amor de Sócrates: filosofia prática para o dia-a-dia - 1ªed.(2003). Madras, 2000. Pg 47-63.

LUNA, Ivania Jann. Sentidos da integralidade no fazer psicológico em saúde pública: subtítulo do artigo. **Revista Psicologia e Saúde**: Santa Catarina, v. 6, n. 2, p. 1-10, dez./2014. Disponível em: <<https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/348/434#:~:text=Refletindo%2Dse%20sobre%20os%20sentidos,sa%C3%BAde%20e%20preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20doen%C3%A7as>> . Acesso em: 2 jun. 2020.

Morato, H. T. P. Pedido, queixa e demanda no Plantão Psicológico: querer poder ou precisar. In: **VI Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição – Psicologia e Políticas Públicas**, 2006, Vitória – Espírito Santo. ANAIS VI Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição – Psicologia e Políticas Públicas. Vitória –ES: UFES, 2006. v. 1. p. 38-43.

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 152 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)
PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Jairnilson Silva Paim. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 10 - 100.

PAIM. J. S; SILVA, L. M. V. D. Universalidade, integralidade, equidade e SUS: subtítulo do artigo. **Boletim do Instituto de Saúde** : subtítulo da revista, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-114, ago/2010. Disponível em:

<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151818122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 abr. 2020.

PAULIN, Tathiane; LUZIO, Cristina Amélia. A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. **Revista de Psicologia da Unesp** : subtítulo da revista, Local, v. 8, n. 2, p. 98-109, mai./2009. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/a380/ddfa3ce0e8dc37a46cdf027704953734cb4c.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2020.

SILVA, Paulo Sérgio Cardoso da; **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: aspectos legais, conceitos e possibilidades para a atuação dos Profissionais de Educação Física**. Santa Catarina, agosto, 2016.

SILVEIRA, D.P; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 139-148, dez./2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100019>. Acesso em: 29 abr. 2020.

SILVEIRA, Daniel Rocha; GRANDIM, Feranada Jaude. CONTRIBUIÇÕES DE VIKTOR FRANKL AO MOVIMENTO DA SAÚDE COLETIVA. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 21, n. 2, p. 153-161, dez/2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672015000200005. Acesso em: 15 jul. 2020

Viktor Frankl E. (Viktor Emil). 1905 - 1997. Logoterapia e análise existencial: textos de seis décadas/ Viktor E Frankl; tradução Marco Antônio Casanova – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

Volcan, S. M. A., et al Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 440-445, ago/2003. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102003000400008&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 20 jul. 2020.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>

WHO. **Constitution of the world health organization**. Documentos básicos, 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em: <https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1>. Acesso em: 22 mai. 2020