

Relato de experiencia



Salud mental en situaciones de vulnerabilidad: actuación de la psicología en la atención primaria

Saúde mental em situação de vulneração: atuação da psicologia na atenção primária

Mental health in vulnerable situations: the role of psychology in primary care

Rebeca Cedraz¹ Jéssica Plácido² Anna Izabel Muniz³ ¹Contacto para correspondencia. Instituto Gonçalo Moniz - Fiocruz (Salvador). Bahia, Brasil. becacrm@gmail.com²Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil. jelplacido@gmail.com³Universidade Federal da Bahia (Salvador). Bahia, Brasil. annaizabelmuniz@gmail.com

RESUMEN | INTRODUCCIÓN: Este estudio relata la experiencia de pasantía durante la pasantía en Atención Primaria de Salud, donde se realizó una intervención en Psicología en el Complejo Comunitario Vida Plena, en Salvador, Bahía. **OBJETIVO:** Analizar críticamente las acciones desarrolladas durante una experiencia en Psicología en Atención Primaria de Salud, con vistas a la construcción de posibilidades de cuidado y fortalecimiento de la autonomía de los usuarios en el sufrimiento psicológico vivido en situaciones de vulnerabilidad. **MÉTODO:** Informe de experiencia sobre el seguimiento de diez familias en situación de vulnerabilidad, además de la recolección de datos a través de registros en historias clínicas y supervisión. **RESULTADOS:** Se destacó la necesidad de priorizar acciones prácticas para enfrentar las demandas sociales que subyacen al sufrimiento psicológico, teniendo en cuenta acciones que buscan la equidad, respetando la integridad de los usuarios y representando estrategias de afrontamiento basadas en políticas públicas y lineamientos de la Psicología. **CONCLUSIÓN:** La experiencia demostró la importancia del aprendizaje a través de enfoques integrales e interdisciplinarios, tanto intra como intersectoriales.

PALABRAS CLAVE: Vulnerabilidad Social. Psicología. Atención Primaria de Salud.

RESUMO | INTRODUÇÃO: Este estudo relata a experiência de estágio durante o internato na Atenção Primária à Saúde, onde foi realizada uma intervenção em Psicologia no Complexo Comunitário Vida Plena, em Salvador, Bahia. **OBJETIVO:** Analisar criticamente as ações desenvolvidas durante uma experiência em Psicologia na Atenção Primária à Saúde, com vistas à construção de possibilidades de cuidado e fortalecimento da autonomia de usuários em sofrimentos psíquicos atravessados por situações de vulnerabilidade. **MÉTODO:** Relato de experiência sobre o acompanhamento de dez famílias em situações de vulneração, além da coleta de dados por meio de registros em prontuários e supervisões. **RESULTADOS:** Destacou-se a necessidade de priorização das ações práticas para enfrentar as demandas sociais subjacentes ao sofrimento psíquico, levando em consideração ações buscando equidade, respeitando a integralidade dos usuários e representando estratégias de enfrentamento embasadas em políticas públicas e diretrizes da Psicologia. **CONCLUSÃO:** A experiência demonstrou a importância do aprendizado por meio de abordagens abrangentes e interdisciplinares, tanto intra quanto intersectoriais.

PALAVRAS-CHAVE: Vulnerabilidade Social. Psicologia. Atenção Primária à Saúde.



ABSTRACT | INTRODUCTION: This study reports on the internship experience in Primary Health Care, during which a Psychology intervention was conducted at the Vida Plena Community Complex, in Salvador, Bahia. **OBJECTIVE:** Critically analyze the actions developed during an experience in Psychology in Primary Health Care, with a view to building possibilities of care and strengthening the autonomy of users in psychological suffering experienced in situations of vulnerability. **METHOD:** Experience report on monitoring ten families in vulnerable situations, as well as collecting data through medical record entries and supervision. **RESULTS:** The need to prioritize practical actions to address the social demands underlying psychological suffering was highlighted, emphasizing equitable actions, respect for user integrity, and coping strategies grounded in public policies and Psychology guidelines. **CONCLUSION:** The experience demonstrated the importance of learning through comprehensive and interdisciplinary approaches, both intra and intersectoral.

KEYWORDS: Social Vulnerability. Psychology. Primary Health Care.

Introducción

La más reciente Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Pnad Contínua, publicada en 2025, realizada por el Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ofrece índices sociales sobre la población brasileña hasta el año 2024, demostrando que, a pesar del avance en la reducción de la distribución del ingreso en comparación con 2023 (justificado por el mayor dinamismo del mercado laboral, ajustes en el salario mínimo y recepción de beneficios de diferentes programas sociales), la vulnerabilidad social sigue siendo un gran problema, pues la pequeña élite económica, representada por el índice del 1% de la población total, obtiene ingresos 36,2 veces superiores a los del 40% más pobre, mientras que el 5% más vulnerable sobrevivió con apenas cerca de R\$ 154 al mes por persona.

La palabra “vulneración” deriva de la investigación social y política sobre la causa de la vulnerabilidad en determinados grupos sociales, donde se utilizan estrategias de dominación para mantener o establecer jerarquías a costa de la fragilización de otros (Barbosa & Caponi, 2022). En las prácticas cotidianas, otros atravesamientos se insertan en la compleja dinámica de clases sociales, sobre todo a través de la interseccionalidad, término discutido por Akotirene (2019), que interpreta la intersección de opresiones que, al incidir en el mismo individuo, están profundamente interrelacionadas y, por tanto, son indivisibles. De este modo, las interseccionalidades de opresiones construyen complejas dificultades para cada individuo perteneciente a las minorías sociales, también construidas a través de prejuicios de raza, sexualidad, género y clase.

La autora Santos (2022) describe que la historia de Brasil está impregnada de racismo desde los albores de la colonización hasta la actualidad, constatando que esta forma de opresión está arraigada en la estructura de la sociedad. La Pnad Contínua (IBGE, 2025) refuerza esta información al constatar que el 73,5% de las personas en extrema pobreza son negras. Es necesario, por tanto, destacar el racismo como una violencia central en los análisis sobre la vulneración del país.

En el campo del cuidado en salud pública, esta realidad impone desafíos específicos. Trabajar con poblaciones en situación de vulneración requiere un enfoque sensible y contextualizado, que amplíe la mirada más allá de las comprensiones individualizadas de los sujetos. Tal orientación es especialmente latente en el campo de la Salud Mental, dado que ignorar los atravesamientos sociales en el sufrimiento psíquico puede llevar al vaciamiento de la atención y la escucha cualificada.

El conflicto también es descrito por la psicóloga Dimenstein (2000), quien identifica en la difusión del psicoanálisis, en las clases medias de los años 60, la consolidación de un modelo de subjetividad individualista, centrado en fuerzas inconscientes y disociado del contexto sociocultural, que, por ser el enfoque más valorado académicamente en el período, impuso a la Psicología un carácter clínico privatista, psicologizando¹ la vida cotidiana para reforzar la responsabilidad personal y vaciando políticamente lo colectivo. Al mismo tiempo, señala que la Psicología tradicional se constituye como saber autónomo alineado a los intereses del capitalismo y a las ideologías de las

¹El término “Psicologización” descrito por la autora se refiere al proceso de explicar, interpretar o tratar cuestiones sociales, políticas, culturales o colectivas desde una lógica individual y psicológica, reduciendo las demandas a “problemas de la mente”.

clases dominantes hasta la actualidad, omitiéndose de estimular el cuestionamiento institucional y reproduciendo enfoques hegemónicos que funcionan como estrategia de control social.

En este sentido, se puede decir que esta mirada individualizadora termina por omitir la exploración de los llamados Marcadores Sociales en Salud, que buscan comprender la intersección entre características individuales y las estructuras sociales más amplias que impactan la salud mental y emocional de las personas. [Goffman](#) (1980) introdujo el concepto de marcadores sociales afirmando que pueden influir en la percepción de una persona en la sociedad y pueden portar estigmas variados, con el potencial de marginar y discriminar grupos, pero también pueden servir como fuentes de identidad y pertenencia.

Ampliando el debate, [Bourdieu](#) (2014) argumenta que los marcadores sociales construyen desigualdades y la forma en que los individuos perciben el mundo. Afirma que los individuos que poseen mayor privilegio socioeconómico tienden a tener un *habitus*² que valore más la atención a la salud, prevención y autocuidado. En cambio, los menos privilegiados tienden a tener comportamientos menos saludables, expuestos entonces a más riesgos de enfermedades y problemas de salud.

La discusión sobre los marcadores sociales en salud profundiza cómo estos estigmas moldean las experiencias de las personas, afectando su salud mental y bienestar emocional. Esto permite una comprensión más amplia y sensible de las dinámicas que rodean la práctica de la Psicología dentro del Sistema Único de Saúde - SUS, objetivo del presente artículo, informando estrategias terapéuticas más eficaces y culturalmente competentes.

El SUS se estructura en tres diferentes niveles de complejidad, a saber: 1. Atención Primaria (o atención básica), que abarca principalmente la prevención de salud y la promoción del bienestar y la calidad de vida; 2. Atención Secundaria, que engloba servicios especializados para cuidado

y diagnósticos de problemas más complejos; y Atención Terciaria, que implica intervenciones para rehabilitación de mayor complejidad, como exámenes, procedimientos y cirugías.

Se considera el modelo de Atención Primaria a la Salud (APS) – principal “puerta de entrada” del sistema – como prioridad para mantener la salud de la población y evitar la necesidad de derivaciones a los demás sectores. Ofrece acciones y programas para atender las necesidades de la comunidad, basándose en principios como cuidado, vínculo, integralidad³, comunidad, continuidad y accesibilidad, además de ejercer un papel importante en la coordinación y derivación a otras redes de atención, cuando sea necesario.

Por lo tanto, las Unidades de Saúde da Família (USF) tienen como objetivo la longitudinalidad de la atención de un territorio adscrito – es decir, seguimiento durante todo el curso de la vida – la actuación en equipo interdisciplinario, la participación de la comunidad y la territorialización de las acciones, acercándose más a los usuarios e integrándose a las demandas, potencialidades y particularidades de las regiones en que se insertan ([CFP](#), 2019).

Frente a lo expuesto, por tratarse de un texto que busca explorar la experiencia de la Psicología en este contexto, la pregunta central que orientó su construcción fue: “¿Qué acciones desarrolladas durante una experiencia educativa en el campo de la Psicología en la Atención Primaria a la Salud pudieron contribuir al cuidado y la promoción de la autonomía de personas en sufrimiento psíquico, ante los límites impuestos en contextos de vulnerabilidad?”.

En secuencia, el objetivo general fue: “Analizar críticamente las acciones desarrolladas durante una experiencia en Psicología en la Atención Primaria a la Salud, con miras a la construcción de posibilidades de cuidado y fortalecimiento de la autonomía de usuarios en sufrimientos psíquicos atravesados por situaciones de vulnerabilidad”.

²El autor utiliza el concepto del término “*habitus*” para contextualizar cómo los marcadores de salud influyen en los comportamientos y elecciones de los individuos relacionadas con la salud. Es decir, dichos marcadores orientan las acciones y percepciones de las personas.

³La integralidad es el principio del SUS que enfoca al individuo como un todo, considerando todas sus necesidades e incorporando acciones de promoción, prevención y rehabilitación en salud.

Metodología

Para responder a la pregunta de investigación y al objetivo, se realizó una investigación de carácter descriptivo, adoptando el enfoque de relato de experiencia. El estudio fue conducido a partir de la experiencia como estudiante y profesora del internado básico en APS, uno de los rotativos del llamado internado de Psicología.

Experiencia educativa

El internado asume la forma de una práctica interdisciplinaria supervisada, que busca proporcionar una comprensión amplia de la actuación de la Psicología en el ámbito de la salud. Esta experiencia abarca un campo significativo de las diversas posibilidades de actuación y enfoques del/de la psicólogo(a), funcionando como una oportunidad enriquecedora para el aprendizaje sobre las particularidades y complejidades del trabajo en salud. Convoca a los estudiantes a la experimentación de diferentes contextos, promoviendo el desarrollo de recursos instrumentales y subjetivos para ejercer el cuidado a las diversas existencias (Daltro et al., 2013).

El internado de Psicología es un componente obligatorio de la práctica básica en la licenciatura en Psicología de la Escola Bahiana de Saúde Pública (EBMSP), realizado en el penúltimo año del curso, tras la preparación teórica de los semestres anteriores para la inserción de los alumnos en la práctica. Comprende cuatro rotativos de 120 horas cada uno, realizados en 10 semanas, en los cuales los estudiantes se sumergen en distintos contextos de práctica profesional en la Salud Pública. El relato de experiencia se construye a partir de nuestra vivencia en el rotativo de APS, que tuvo lugar en el año 2022.

El deseo que motivó la construcción del relato fue guiado por el encanto sentido por la autora principal, interna en la experiencia, con los descubrimientos de actuación vinculados a las acciones orientadas a la promoción de la salud, cuidado integral, equitativo y humanizado. La experiencia fue tan significativa que guió sus elecciones profesionales durante los años siguientes.

Escenario de la práctica

La unidad de salud de la práctica fue un servicio organizado de acuerdo con la Estrategia de Salud de la Familia, denominado Complexo Comunitário Vida Plena - CCVP, ubicado en el barrio de Pau da Lima, en Salvador, Bahia. El CCVP existe desde hace más de 25 años y es un servicio docente-institucional, que funciona a partir de su asociación con la Organización No Gubernamental Sociedade Hólón y con la EBMSP. El CCVP actúa en un territorio con cerca de cinco mil familias que son atendidas por equipos articulados en el trabajo colectivo y multidisciplinario, en líneas de cuidado pactadas en la resolutiveidad y humanización (Daltro et al., 2013). El CCVP presenta una estructura amplia y funcional, ofreciendo asistencia y enseñanza interdisciplinaria, con afrontamiento multidimensional de los problemas (a través del paradigma de la complejidad) e intersectorialidad de las acciones.

Pau da Lima está ubicado en la región del “miolo” central de la ciudad de Salvador. Datos del Observatorio de Barrios de Salvador [Observassa], producido por docentes y estudiantes de la Facultad de Arquitectura de la Universidade Federal da Bahia, en 2024 (Santana et al., 2024), demuestran que, entre finales de los años 1960 y 1970, el aumento del costo de los terrenos urbanos en Salvador llevó a la población a buscar vivienda en áreas periféricas y con infraestructura precaria, como el “miolo”, donde está Pau da Lima. La región pasó por un proceso de expansión y segregación urbana desde los años 1950, convirtiéndose en símbolo de la periferización socioespacial de la ciudad.

En 2010, el barrio contaba con una población total de 24.693 habitantes; la mayoría se autodeclaró parda (55,01%) y negra (30,62%), del sexo femenino (52,48%) y se encontraba en la franja etaria de 20 a 49 años (53,16%). En lo que respecta a los domicilios, 3,17% de los responsables no eran alfabetizados y, a pesar de que el 41,5% estaba en la franja de 0 a 1 salario mínimo, el ingreso promedio de los responsables por domicilio en el barrio era de R\$1.007,00. En cuanto a la infraestructura ofrecida, el 94,78% de los domicilios contaban con recolección de basura, el 98,31% con abastecimiento de agua y el 85,66% con alcantarillado sanitario (Santana et al., 2024).

Actividades

Durante el rotativo del internado, el grupo de la estudiante fue orientado para la realización de dos actividades: visitas domiciliarias y acogimientos en Psicología. Estas actividades se intercalaban en días diferentes de cada semana. Las atenciones eran realizadas en parejas o tríos de estudiantes para apoyo mutuo, con supervisión posterior (o durante, si era necesario) de la profesora orientadora de este artículo.

La visita domiciliaria, detallada en el artículo de [Araújo & Silva \(2020\)](#), es una estrategia de cuidado integral dirigida a las familias que tienen dificultad para acudir a la unidad de referencia. Permite que la mirada profesional se amplíe al ingresar en el espacio físico que revela las relaciones intrafamiliares, estilos de vida y contextos socioeconómicos, además de acercarse al contacto con diálogos, subjetividades y estrategias que pueden ser potentes para el cuidado.

Por su parte, las atenciones de acogimiento en Psicología se realizaban con base en la orientación de la Política Nacional de Humanización (PNH), formulada en 2003, que propone directrices para la atención multidisciplinaria del SUS, con el objetivo de establecer un contacto más efectivo, singularizado y calificado, siendo el acogimiento una postura ética que debe ser incorporada por todos los profesionales, comprometidos en ejercerlo en cualquier contacto con los usuarios, a fin de obtener las respuestas más calificadas a sus necesidades. Cada servicio, por tanto, puede organizar estrategias para la efectucción del acogimiento de acuerdo con la realidad del territorio. En el caso del CCVP, los usuarios que deseaban asistencia psicosocial eran atendidos en salas del “Espaço Cuidar”, en el ambulatorio de Psicología.

Instrumentos y recolección de datos

Los datos fueron recolectados a partir de las experiencias como estudiante y profesora durante las 10 semanas del internado. En este período, a través de las prácticas realizadas, diversas familias fueron asistidas. La atención de cada familia ya sea en visita domiciliaria o en acogimiento de Psicología, involucraba lecturas y registros en prontuarios. Dichos registros eran sistematizados, hechos en parejas o tríos y siempre revisados por la profesora.

Los prontuarios estudiados a lo largo del rotativo se encuentran en la sala de prontuarios del CCVP, siendo esta una sala de acceso restringido a los técnicos de la unidad de salud y a los estudiantes en el momento en que están realizando la práctica.

A fin de respetar cuestiones éticas de investigaciones con seres humanos, no se mencionaron características específicas de los usuarios(as) y sus familias o de los casos, a fin de preservar sus privacidades. Todos los usuarios(as) y sus familiares presentaban intenso sufrimiento psíquico y estaban insertos en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, como problemas estructurales de precarización de vivienda, seguridad, alimentación, educación, salud o vida laboral. La mayoría se autodeclaró negra o parda. El enfoque de este artículo, por tanto, es la experiencia vivida en la unidad de salud y no estudios de casos de los usuarios del servicio.

Menos de un mes después de la finalización del rotativo, se realizó una reunión para la organización de esta investigación, donde se rememoraron las atenciones y las conductas adoptadas en cada caso. En este levantamiento, quedó clara el aprendizaje sobre la necesidad de reorientación de las conductas de los moldes tradicionales de la Psicología y la búsqueda de una actuación más amplia y contextualizada, que priorizara las acciones de promoción y fortalecimiento de la autonomía de los usuarios. Así, el texto fue elaborado con la idea de relatar nuestros aprendizajes, por medio de las potencialidades observadas y los desafíos enfrentados.

Análisis de datos

El relato de experiencia es una narrativa científica que debe construirse de forma contextualizada y objetiva, siempre fundamentada en una base teórica. Consiste en describir, de manera clara y detallada, una experiencia única vivida por el autor, con el objetivo de contribuir tanto a su área de actuación como a otros profesionales. Además, los resultados presentados deben tener potencial para ser aplicados en situaciones semejantes e inspirar estudios futuros ([Marinho & Silva, 2024](#)).

La mirada analítica de la experiencia se basó en conceptos de la Psicología Social Comunitaria,

descritos por el psicólogo [Martín-Baró](#) (2017), que indican la importancia del estímulo a la capacidad crítica de la colectividad sobre problemas psíquicos que tienen raíces en desigualdades estructurales, provocando el protagonismo de la comunidad para el cambio social a través del aprendizaje contextualizado con la realidad.

Resultados

En la primera semana del rotativo, la profesora priorizó el análisis y discusión de la descripción, datos e historia del barrio. Esta organización fue un punto favorable para una mayor integración de los estudiantes con el territorio y la planificación de acciones. Después de las presentaciones e introducción a las actividades, cuando se inició la práctica de las atenciones, el primer impulso del grupo fue traer los conceptos de las teorías psicológicas para ayudarnos en la resolución de los casos. En este ínterin, se confrontaron con los límites de la actuación psicológica en la APS y, en seguida, con las posibilidades de afrontamiento orientadas a la promoción del cuidado y fortalecimiento de la autonomía.

El primer límite de la actuación fue la frustración de la idea de base curativista, según la cual las técnicas aprendidas en la facultad solucionarían los signos y síntomas psíquicos presentados, comprendiendo la complejidad de los problemas estructurales de cada situación. La banalización de la psicopatología también fue problematizada mediante la identificación de usuarios que fueron diagnosticados – o se autodiagnosticaron – con trastornos mentales ansiosos y/o depresivos, atribuyendo causalidad a interpretaciones biomédicas que enfocan factores genéticos y biológicos, priorizando el tratamiento medicamentoso, al mismo tiempo que no se consideraba la influencia de problemáticas socioeconómicas en la producción de señales y síntomas de sufrimiento psíquico ([Pinheiro](#), 2021).

Por ejemplo, una usuaria diagnosticada con Trastorno de Ansiedad Generalizada utilizaba antidepresivos de manera desorganizada y ansiolíticos indiscriminadamente. Durante la atención, frecuentemente se autorrotulaba como una persona “ansiosa”, a pesar de señalar en su discurso que atravesaba inseguridad alimentaria. Como posibilidad de afrontamiento se utilizó la técnica de Educación en Salud sobre el uso correcto de medicaciones psiquiátricas mediante una estrategia lúdica con la elaboración de un cuadro de horarios.

La actuación recorrió la deconstrucción de ese rótulo psiquiátrico y el incentivo a la apropiación sobre su realidad sociohistórica y la problematización de factores que extrapolan su realidad individual para facilitar que, de forma autónoma, ella pudiera producir nuevos significados sobre su propia existencia en el mundo, evitando la autoculpabilización.

El segundo límite identificado fue la actuación de la Psicología de forma exclusiva, sin articulación interprofesional. En la APS, el trabajo requiere articulación constante de cuidado con otros núcleos profesionales de la unidad o de otros servicios de la red y del territorio. Así, se experimentó la articulación con el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS), cuando en una visita domiciliar el padre de la familia relató quejas de insomnio y crisis de pánico inicialmente, y, cuando fue escuchado, refirió preocupación por haber sido despedido hacía unos tres meses y ser la única fuente de ingresos de la familia.

Además de ofrecer orientaciones sobre higiene del sueño, ejercicios de respiración, acogimiento y escucha activa, fue derivado al Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para su registro en el programa Bolsa Família y para el grupo de generación de trabajo e ingresos que se realiza en el CCVP, comprendiendo la importancia de garantizar el acceso a políticas públicas y sus posibles beneficios de reparación socioeconómica.

Otro límite relevante fue el riesgo de aplicar protocolos descontextualizados (ejemplo: protocolo de manejo de la ansiedad ante tráfico de drogas y riesgo inminente y real de muerte), disponibles en el servicio para orientaciones breves. El reconocimiento de este límite se produjo cuando se hizo la recomendación predefinida de realizar actividad física diariamente a un hombre que se quejaba de insomnio, pero él relató que era inviable porque trabajaba unas 13 horas por día y creía que esa orientación le causaría aún mayor agotamiento. Se percibió que orientaciones de este tipo deben ser ofrecidas con cautela para considerar las especificidades del contexto de cada usuario, buscando, en la medida de lo posible, capacitarlo para percibirse como agente creativo y corresponsable en su proceso de cuidado.

La complejidad de este abordaje fue explicitada en otra recomendación predefinida en el protocolo sobre la práctica de meditación y respiración para mejorar la ansiedad en ambientes violentos e inestables con riesgos reales, donde la ansiedad actúa como un mecanismo protector de huida frente a peligros significativos. No se trata de deslegitimar los ejercicios mencionados, sino de priorizar que sean orientados de forma contextual, sin indicarlos como acciones “simples” o “completamente eficaces”, deslegitimando la intensidad del factor estresor. En estos escenarios, el papel de la Psicología trasciende la mera oferta de soluciones individuales predeterminadas.

Otras acciones en consonancia con el respeto a los atravesamientos de cada contexto fueron realizadas, como ante una mujer que manifestó el deseo de evitar el embarazo, pero la pareja se negó a usar preservativo. A partir del reconocimiento del derecho sobre la autonomía reproductiva, se la orientó para la planificación reproductiva, garantizando el acceso a anticonceptivos como medida preventiva, además de la instrucción sobre exposición a infecciones de transmisión sexual, con el fin de proporcionar mayor reflexión sobre los riesgos y derecho de decisión.

En un caso de una persona mayor sobrecargada con los cuidados de su hijo, portador de un Trastorno Mental Grave, abordajes para reforzar la interacción familiar fueron útiles, promoviendo reuniones entre parientes para compartir y establecer

responsabilidades, reconociendo la complejidad de las dinámicas familiares. Cuando ella refirió sentirse bien al conversar con su líder religioso, también se fortaleció la importancia de buscar ese amparo, promoviendo vinculación con servicios del territorio. Además, se sugirió su participación en grupos educativos existentes en la unidad, destacando la relevancia de la socialización para la salud mental.

Por último, una significativa estrategia de afrontamiento experimentada fue el compromiso de los profesionales del CCVP en el cuidado de una mujer que tuvo los muebles de su casa destruidos. Ante esta situación, la intervención multiprofesional trascendió el consultorio al promover mutirones de limpieza, reconstrucción de la casa y donación de artículos domésticos, reflejando la concepción ampliada de salud y el compromiso con la equidad y justicia social.

Discusión

El modelo biomédico comenzó a moldearse durante el siglo XIV, con el fin de controlar la propagación de enfermedades contagiosas, como la Peste Negra. El fortalecimiento de medidas sanitarias se utilizó como la principal alternativa de combate, en ausencia de ofertas de asistencia a la salud, dado que la medicina aún estaba en desarrollo. Esta dinámica desarrolla el movimiento positivista, que defiende el conocimiento científico como única fuente de la verdad absoluta. Durante la Revolución Industrial, en el siglo XVIII, esta filosofía influyó en el concepto de salud como “ausencia de enfermedades”, pues los obreros eran reducidos a engranajes de las máquinas de producción, donde, si enfermaban, los resultados se retrasaban, representando, por tanto, una concepción deshumanizada e insuficiente (Pinheiro, 2021).

En contraposición, otros pensadores elaboraron análisis sociales que consideran la comprensión de la totalidad de los trabajadores, como Marx y Hegel, que se dedicaron al estudio del Ser Social como influenciado por dinámicas culturales, históricas y económicas. Estos modos de pensar la salud derivan diferentes movimientos teóricos y asistenciales discrepantes, y fue solo después

de la Segunda Guerra Mundial, en 1945, que la noción de salud fue oficialmente definida por la Organización Mundial de la Salud como “estado completo de bienestar social”, escapando de la lógica individualista y comprendiendo la relevancia de los Determinantes Sociales⁴ (Pinheiro, 2021).

Los resultados de este relato demuestran que, a pesar de avances notorios, el modelo biomédico de base positivista permanece con gran influencia en los moldes de asistencia, y rescata la necesidad de fortalecer el enfoque psicosocial para enfrentar esta limitación, que implica en una dinámica donde el foco no reside en soluciones listas, sino en capacitar al individuo para percibirse como un agente creativo y corresponsable en su proceso de cuidado, capacitado para reconocer las opresiones que lo rodean y minan, en diversos casos, su autonomía y seguridad (Figueiredo & Paula, 2021).

La herramienta de la clínica ampliada, orientada en la PNH (2003), resalta la importancia del intercambio entre usuarios(as) y profesionales, así como la discusión de casos de forma interprofesional para definir las estrategias más adecuadas. La incorporación de esta base en nuestras acciones fue una manera de promover un servicio más humanizado y en sintonía con las reales necesidades y preferencias de los pacientes y del equipo (Ministério da Saúde, 2007). Silva et al. (2022) relata su experiencia, también alineada con el enfrentamiento al modelo biomédico, en la conducción de un caso en la APS, destacando la comunicación interdisciplinaria como una potente estrategia para tal, dado que permite la ampliación de los conocimientos de cada núcleo profesional.

Este direccionamiento teórico-crítico fue orientador en el desarrollo de todas las acciones de la experiencia aquí descritas, explicitando, así, la potencia de las acciones formativas-profesionalizantes en el SUS, que proponen la permanente conexión de la práctica profesional con el perfeccionamiento teórico coherente con los lineamientos para el cuidado calificado.

Fue fundamental comprender el proceso social de búsqueda de la individualización en detrimento de construcciones colectivas como un paradojo político asociado al capitalismo liberal (Hespanha, 2002) para asimilar la importancia de acciones que rescaten el seno comunitario y territorial. Si por un lado es necesario individualizar el cuidado en la conducta de acogimiento y terapéutica, el autor Hespanha (2002) argumenta que la individualización excesiva también causa la corrosión de la ciudadanía y de las solidaridades sociales. El espacio público es dominado por las preocupaciones individuales, lo que lleva a la reducción de las cuestiones públicas y al debilitamiento de las solidaridades horizontales entre los individuos. El nuevo individualismo amenaza las relaciones de solidaridad y disminuye la acción providencial orientada hacia familias, grupos y comunidades, tornando la ciudadanía cada vez más individualizada, incentivando el deterioro de los grupos sociales.

La individualización de los pobres es un mecanismo ideológico que refuerza las relaciones de producción capitalista, permitiendo a la clase económica dominante ejercer control y explotar más eficientemente la fuerza de trabajo. Este proceso desplaza las causas estructurales de la pobreza hacia la responsabilidad individual, como la atribución del privilegio al sentido meritocrático del esfuerzo y dedicación, ocultando, por tanto, las contradicciones de clase y reduciendo los impactos de las desigualdades económicas (Fontes, 2022).

Interpretaciones terapéuticas ineficaces para lo que necesita ser problematizado terminan perjudicando a las poblaciones vulnerables donde lo básico surge como urgencia, requiriendo movimientos políticos y comunitarios (Martín-Baró, 2017). Está científicamente evidenciado que los protocolos son válidos como estrategias de cuidado, pero no son tan eficaces cuando se trata de vulneración, pues hay barreras estructurales que limitan las posibilidades de estrategias de los profesionales de salud, especialmente psicólogos(as), como en el caso de personas negras, que sufren estigma racista y son discriminadas en diversas esferas de la sociedad, requiriendo largas reparaciones históricas colectivas.

⁴“Determinantes Sociales de la Salud” son factores consolidados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como esenciales para comprender las inequidades en salud, abarcando la calidad de la vivienda, la educación, los ingresos, el entorno y el acceso a servicios de cada individuo.

El estudio sobre racismo estructural de la autora [Silva et al. \(2024\)](#) aporta contribuciones valiosas a la discusión al evidenciar cómo el racismo atraviesa la práctica clínica e institucional en la APS, a través de la recopilación de relatos de experiencias de médicas negras, donde discuten cómo el cuerpo negro, especialmente el cuerpo negro femenino, sigue siendo deshumanizado en los espacios de cuidado, siendo frecuentemente objeto de negligencia, violencias simbólicas y silenciamientos. Al retratar sus experiencias, señalaron la urgencia de prácticas antirracistas que desplacen los discursos hegemónicos y abran espacio para escuchas comprometidas con los marcadores sociales.

En este sentido, la *Política Nacional de Atenção Básica* (Portaria nº [2.436](#), 2017) defiende que el foco de la atención no sea solo la cura de la enfermedad, sino la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y agravios, estimulando acciones que movilicen no solo las individualidades, sino las familias y grupos comunitarios, siendo imperativa la consideración de los marcadores sociales en el cuidado, el rechazo al modelo biomédico y el combate a las opresiones. Este abordaje integral también se refleja en la experiencia, cuya actuación se insertó en las esferas familiares, comunitarias y en servicios - sectoriales e intersectoriales - ofrecidos por el territorio.

Otra importante base teórica para la comprensión del papel del/de la psicólogo/a en la APS fueron las orientaciones del Conselho Federal de Psicologia (2019), como la no priorización de la psicoterapia individual en el contexto primario de salud y la priorización de acciones que combatan las fronteras del saber o dinámicas de opresión, contribuyendo al protagonismo de los/las usuarios/as y de su red de apoyo, utilizando herramientas como Apoyo Matricial, Actividades Comunitarias, Reuniones en Equipo, Grupos Educativos, Proyecto Terapéutico Singular y Visitas Domiciliarias ([CFP](#), 2019).

El período del rotativo de internado imposibilitó la vivencia de todas estas herramientas de trabajo, como las actividades grupales, tan importantes en el contexto, pero que fueron vivenciadas exclusivamente por otro grupo de estudiantes. La multiprofesionalidad tampoco fue experimentada de forma satisfactoria, dado que las acciones se centraron en el ambulatorio de Psicología o en las visitas domiciliarias.

Aun así, la experiencia aproximó ricamente a la estudiante a los principios y directrices de la APS y a la noción de su papel efectivo en la Salud Pública como imperativo a la adopción de la criticidad activa, involucrada en discusiones políticas que defiendan el fortalecimiento de Políticas Públicas que promuevan la equiparación de los derechos sociales y objetiven la extinción de estructuras que perpetúan la vulneración y la marginación.

Conclusión

Ante el contenido expuesto, se integra que la mirada que engloba las nociones de familia, comunidad y territorio debe ser central en el cuidado de la salud pública. Esto implica respetar la autonomía del sujeto dentro de su propio tratamiento, involucrando, en el ámbito de la Psicología, una actuación que vea más allá del aspecto clínico, parta del respeto a las especificidades del territorio y comunidad, y reconozca las interconexiones entre la salud individual, dinámicas familiares, marcadores sociales, efectos de las opresiones interseccionales, influencia del entorno comunitario e importancia del acceso a recursos sociales que contribuyen al bienestar y la calidad de vida.

La experiencia fue extremadamente importante para la comprensión profesional de actuación en la salud pública, además del aprendizaje sobre el gran funcionamiento y potencial del SUS. El internado, por lo tanto, es una estrategia potente para experimentar un modelo de trabajo que trasciende lo clínico-centrado. El rotativo del internado fue significativo para el aprendizaje de la Psicología como herramienta de cambio social y educación crítica.

Es importante destacar que la plenitud de la salud, interpretada como el equilibrio de la integralidad del sujeto, no es alcanzable en contextos de vulnerabilidad. Incluso con una variedad de recursos disponibles, como diagnósticos, protocolos y medicaciones, solo el abordaje de la Psicología no será suficiente para tratar profundamente este sufrimiento. Es esencial que el cuidado amplíe su perspectiva, incorpore la dimensión social, política y cultural, para contribuir efectivamente con la promoción del bienestar y la salud de la población en situaciones de vulnerabilidad.

Contribuciones de los autores

Los autores declararon haber realizado contribuciones sustanciales al trabajo en términos de la concepción o diseño de la investigación; de la adquisición, análisis o interpretación de datos para el trabajo; y de la redacción o revisión crítica de contenido intelectual relevante. Todos los autores aprobaron la versión final a ser publicada y acordaron asumir la responsabilidad pública por todos los aspectos del estudio.

Conflictos de interés

No se declaró ningún conflicto financiero, legal o político que involucre a terceros (gobierno, empresas y fundaciones privadas, etc.) para ningún aspecto del trabajo presentado (incluyendo, pero no limitándose a subvenciones y financiamiento, participación en consejo consultivo, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

Indexadores

La *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde* está indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).



Referencias

- Akotirene, C. (2019). *Interseccionalidade* [Interseccionalidad]. Pólen.
- Araújo, C. M. R., & Silva, J. P. (2020). Visita domiciliar e saúde mental: um relato de experiência [Visita domiciliar y salud mental: Un relato de experiencia]. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 9(4). <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v9i4.2958>
- Barbosa, V. F. B., & Caponi, S. N. C. (2022). Direitos humanos, vulnerabilidade e vulneração dos povos indígenas brasileiros no enfrentamento à Covid-19 [Derechos humanos, vulnerabilidad y vulneración de los pueblos indígenas brasileños en el enfrentamiento a la Covid-19]. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 32(2), e320203. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320203>
- Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (2014). *Os herdeiros: os estudantes e a cultura* [Los herederos: Los estudiantes y la cultura]. Editora da UFSC.
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde* [Referencias técnicas para la actuación de psicólogas(os) en la atención básica a la salud]. <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-na-atencao-basica-a-saude/>
- Daltro, M., Cajado, M. C. V., Oliveira, M. L. A., Sylva, S., & Matos, N. M. M. (2013). Internato em Psicologia: uma prática interdisciplinar assistida [Internado en Psicología: Una práctica interdisciplinaria asistida]. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 2(1). <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v2i1.210>
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde [La cultura profesional del psicólogo y el ideario individualista: Implicaciones para la práctica en el campo de la asistencia pública a la salud]. *Estudos de Psicologia Cultura Profissional do Psicólogo*, 5(1), 95-121. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100006>
- Figueiredo, M. C., & Paula, F. L. (2021). Gestão do cuidado e matriciamento na atenção primária à saúde: um relato de experiência [Gestión del cuidado y matriciamento en la atención primaria de la salud: Un relato de experiencia]. *APS em revista*, 3(2), 95-101. <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.163>
- Fontes, V. (2022). *Reflexões im-pertinentes: história e capitalismo contemporâneo* [Reflexiones im-pertinentes: Historia y capitalismo contemporáneo]. Mauad.
- Goffman, E. (1980). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* [Estigma: Notas sobre la manipulación de la identidad deteriorada]. Zahar.
- Hespanha, P. (2002). Individualização, fragmentação e risco social nas sociedades globalizadas [Individualización, fragmentación y riesgo social en las sociedades globalizadas]. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63, 21-31. <https://doi.org/10.4000/rccs.1253>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2025). *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira — 2024* [Síntesis de indicadores sociales: Un análisis de las condiciones de vida de la población brasileña — 2024]. <https://www.ibge.gov.br>

- Marinho, P. R. S., & Silva, J. P. (2024). Religiosidade/espiritualidade em el proceso educativo de profesionales de la salud: relato de experiencia. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 13, e5206. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2024.e5206>
- Martín-Baró, I. (2017). *Crítica e libertação na psicologia: Estudos psicossociais* [Crítica y liberación en la psicología: Estudios psicossociales]. Editora Vozes
- Ministério da Saúde. (2007). *Política Nacional de Humanização da Saúde: Documento base* [Política Nacional de Humanización de la Salud: Documento base] (4ª ed.). Secretaria de Atenção à Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
- Pinheiro, S. B. (2021). Atenção em saúde: Modelo biomédico e biopsicossocial, uma breve trajetória [Atención en salud: Modelo biomédico y biopsicossocial, una breve trayectoria]. *Revista Longeviver*, 9. <https://revistalongeviver.com.br/antecedentes/index.php/revistaportal/article/view/867/927>
- Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Aprueba la Política Nacional de Atención Básica, estableciendo la revisión de directrices para la organización de la Atención Básica, en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS)]. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Santana, J. J. G., Rocha, B. A. C., & Barroso, A. M. C. (2024, 11 de outubro). *Pau da Lima*. Observatório de Bairros de Salvador. <https://observatoriobairrossalvador.ufba.br/bairros/pau-da-lima>
- Santos, Y. L. (2022). *Racismo brasileiro: uma história da formação do país* [Racismo brasileiro: Una historia de la formación del país]. Todavía.
- Silva, A. C., Gomes, C. A. F. P., Bussadori, S. K., Sala, G. A., Andrade, E. C., Corrêa, J. C. F., & Silva, S. (2022). Uso do modelo da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde associado ao projeto terapêutico singular para ampliar o cuidado centrado na pessoa: relato de experiência [Uso del modelo de la clasificación internacional de funcionalidad, incapacidad y salud asociado al proyecto terapéutico singular para ampliar el cuidado centrado en la persona: Relato de experiencia]. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, 3(4) 10-21. <https://doi.org/10.51161/remis/3588>
- Silva, L., Campos, D., Araújo M. V., & Reis, R. (2024). "Mesmo que a gente seja a mão que cuida": médicas negras e racismo estrutural no contexto da atenção primária à saúde ["Aunque seamos la mano que cuida": Médicas negras y racismo estructural en el contexto de la atención primaria a la salud]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(3), e07622023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.07622023>