

A PSICOLOGIA E A SAÚDE COLETIVA NA COMUNIDADE: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA¹

THE PSYCHOLOGY AND THE COLLECTIVE HEALTH IN THE COMUNITY: REPORT OF A EXPERIENCE

Ana Paula Eid², Caroline Foletto Bevilaqua² e Roberta Fin Motta³

RESUMO

Neste trabalho, descreve-se uma experiência de Estágio Final de Graduação realizado em uma comunidade em situação de vulnerabilidade social, tendo como local de referência uma Unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na cidade de Santa Maria, RS. Insere-se na perspectiva da Psicologia Social Comunitária, em que o conhecimento se produz na interação entre o profissional e os sujeitos. O Estágio teve como referências metodológicas a observação participante, a pesquisa participante, a pesquisa-ação e o diário de campo para registro das atividades e informações. A prática de Estágio abarcou intervenções em grupos, visitas domiciliares, participações em reuniões do Conselho Municipal de Saúde, orientações, acolhimentos e atendimentos. Por meio dessas ações, constatou-se a potencialidade e a necessidade da atuação profissional da Psicologia em comunidades e na saúde, indo ao encontro do que propõe o trabalho interdisciplinar na saúde coletiva.

Palavras-chave: Psicologia Social Comunitária, Estratégia de Saúde da Família, Estágio Final de Graduação.

ABSTRACT

This paper describes an experience of Graduation Final Stage conducted in a community in social vulnerability situation, having as place of reference a Family Health Strategy Unit in the city of Santa Maria/RS. It is inserted into the perspective of Community Social Psychology, where the knowledge is produced

¹ Trabalho de Iniciação Científica - UNIFRA.

² Acadêmicas do Curso de Psicologia - UNIFRA.

³ Orientadora - UNIFRA.

in the interaction between the professional and the blokes. The Stage had as methodological references the participant observation, the participant research, the action research and the field diary to record activities and information. The Stage practice covered interventions in groups, home visits, participations in meetings of the Municipal Health Council, guidelines, reception and attendances. Through these actions it was found the potentiality and need for professional practice of Psychology in communities and in health, meeting what is proposed by the interdisciplinary work in public health.

Keywords: *Community Social Psychology, Family Health Strategy, Graduation Final Stage.*

BREVE HISTÓRICO DO NASCIMENTO DA PSICOLOGIA NA SAÚDE PÚBLICA

A Psicologia, enquanto área comprometida com questões sociais, conquista novos espaços de atuação no que se refere à Saúde Pública, em especial, à Saúde Coletiva. Entretanto, esse foi um longo percurso e a saúde no Brasil sofreu diversas transformações ao longo do tempo.

Carvalho e Ceccim (2007) descrevem os principais acontecimentos históricos relativos ao modelo de saúde. No Brasil, inicialmente manteve-se o Modelo Curativo individual, que definia o corpo como espaço de evolução das doenças e a clínica a restauração da suposta normalidade. Nas décadas de 1950 e 1960, emergiu o Modelo Preventista com foco na transformação das práticas de saúde e nas necessidades da população. Na década de 1970, a Saúde Comunitária foi alvo de estudos e temas como os territórios da vida, contextos culturais e direito à educação popular são valorizados. Em seguida, surgem novos sanitaristas, os quais expressam críticas à realidade social. Dessa forma, iniciou-se o Movimento Sanitário, o qual reivindica integração entre o ensino-serviço, com valorização da aprendizagem em Unidades de Saúde. Nesse contexto, foi realizada, em 1978, a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Como resultado dessa conferência, a Atenção Primária de Saúde foi caracterizada como assistência sanitária ao alcance de todos (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007).

Atualmente, a Saúde Coletiva compreende as subáreas da Saúde Pública, da Epidemiologia e da Medicina Preventiva e Social. A Saúde Coletiva,

no que se refere à formação em saúde, propõe novas formas de educar, pensar e agir em saúde, privilegiando histórias de vida, integralidade e histórias culturais. Dentro desse contexto, a Saúde Coletiva trabalha práticas cuidadoras de sujeitos e coletividades, práticas de afirmação da vida, de responsabilidade, da participação e solidariedade (CARVALHO; CECCIM, 2007). Ainda a Saúde Coletiva é responsável por capacitar profissionais para ações, estudos, análises, organização, planejamento, execução e avaliação de programas e sistemas com ênfase na promoção de saúde (CARVALHO, 2002).

De acordo com Góis (2008), para se pensar em saúde, é preciso “estar onde o povo está, convivendo e aprendendo, construindo com ele conhecimentos sobre sua própria vida e lugar” (2008, p. 103). Esse movimento é acompanhado pela Psicologia, área composta por profissionais engajados na proposta de deselitizar a profissão e oportunizar o acesso a todas as camadas da sociedade. Entretanto, ainda existe um longo caminho a ser percorrido. Nesse sentido, faz-se necessário conhecer tanto a trajetória histórica quanto a trajetória da política da saúde e da Psicologia no Brasil, assim como o papel desempenhado dentro da área em questão.

Góis (2008) afirma que a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e sua proposta de atenção primária em saúde caracterizam um marco da saúde no Brasil, especialmente por estabelecerem os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária. Segundo documentos elaborados a partir dessa Conferência, saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde, dentre outras.

A Constituição Federal de 1988 delegou novo sentido à saúde, caracterizando-a como um direito de todos os cidadãos. A saúde também é descrita como reflexo das condições sociais, econômicas e ambientais, nas quais a população se insere (NASCIMENTO, 2004). Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) vai além da prestação de serviços assistenciais, ao articular e coordenar ações promocionais e de prevenção com as de cura e reabilitação (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1990), dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo esta um direito fundamental do ser humano. Apresenta três princípios básicos que fundamentam a prática dentro do âmbito da Saúde Pública: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência, entendida como um conjunto

articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; e a equidade da assistência, sem preconceitos ou privilégios. Além disso, dispõe acerca da organização, direção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações e serviços de saúde são organizadas de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. A direção do SUS é realizada no âmbito da União pelo Ministério da Saúde, no âmbito dos estados e Distrito Federal e municípios pela Secretaria de Saúde correspondente. Essa estrutura visa a facilitar o acesso da população aos serviços, vislumbrando sempre seu bem-estar. A fiscalização é realizada pelos Conselhos de Saúde, organizados em instâncias Nacionais (CNS), Estaduais (CES), Municipais (CMS) e Distritais (CLS) (NASCIMENTO, 2004).

A partir dessas mudanças na organização da saúde no Brasil, a Psicologia tem se esforçado em articular movimentos que vão ao encontro das propostas de Saúde Coletiva. Conforme Dimenstein (2000), o psicólogo, enquanto profissional no Brasil, tem uma história muito recente. A cultura profissional do psicólogo brasileiro deve ser pensada, levando em consideração os seguintes aspectos: história, ideologia e representação social da profissão, condições da formação e a população que procura os cursos de Psicologia.

De acordo com Lima (2005), houve uma difusão do número de psicólogos atuantes no âmbito da Saúde Pública nas últimas décadas. Isso ocorreu em virtude das ações sociais e políticas para a efetivação da reforma psiquiátrica, a qual assim oportuniza intervenções multiprofissionais para a melhor qualidade da assistência. Outro elemento é a intenção do Estado de diminuir os custos hospitalares e ampliar a Atenção Primária e Secundária. Paulatinamente, o psicólogo adentra ao campo da Saúde Pública e entra em contato com uma realidade diferente da encontrada nos consultórios privados.

A organização dos profissionais de Psicologia, especialmente no Rio Grande do Sul, objetivou ampliar a participação da categoria na discussão e elaboração de Políticas Públicas. Em 1985, o Conselho Regional de Psicologia (CRP), a Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP) e o Sindicato dos Psicólogos do Rio Grande do Sul (SPRS) constituíram uma Comissão de Saúde, que buscava conhecer o trabalho dos psicólogos na saúde (NASCIMENTO, 2004).

Nessa perspectiva, o Movimento de Luta Antimanicomial, como descrevem Luchmann e Rodrigues (2007), também influenciou no processo de readaptação da saúde pública, principalmente porque este era orientado para a discussão da loucura além do limite assistencialista, constituindo uma crítica ao campo da Saúde Mental, mais especificamente no que tange ao tratamento. Além

disso, o Movimento de Luta Antimanicomial visava a transformações sociais, combate às formas de exclusão, proporcionava condições dignas à população e à ressignificação da loucura.

Embasada nesse contexto, a Psicologia, no âmbito da saúde, construiu espaços para promover ações que correspondem às expectativas dessas reformulações propostas pelo governo. A inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma forma de interlocução entre a Psicologia e as camadas populares, além de contribuir com o exercício do compromisso social do psicólogo. Sendo assim, é necessário refletir: qual lugar é reservado à Psicologia, no que se refere à atuação em equipes multiprofissionais de saúde? O psicólogo conseguiu, ao longo de sua caminhada, constituir um espaço próprio de atuação nesse âmbito? Este trabalho não visa a fornecer respostas a essas perguntas, e sim problematizar sobre a atuação e o compromisso social do psicólogo com as classes populares e a saúde no Brasil.

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) define a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações são desenvolvidas por práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas por meio do trabalho em equipe. Os princípios da Atenção Básica são: universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Dentro desse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um instrumento para a reorientação do modelo assistencial de saúde a partir da implementação de equipes multidisciplinares nas Unidades de Saúde. Essa proposta surgiu, em 1991, com a idealização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A formação das primeiras equipes ocorreu em 1994, com a média de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) para cada grupo de 575 pessoas. As equipes acompanham determinado número de famílias em zona geográfica delimitada. A promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e manutenção da saúde da comunidade são o foco das ações da ESF (BRASIL, 2006).

Yunes, Garcia e Albuquerque (2007) salientam que os integrantes do PACS atuam nas comunidades e são orientados por reuniões e palestras realizadas

por médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde, de acordo com o entendimento da gestão. Os ACS fazem a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitam domicílios, geralmente uma vez por mês, mapeiam a área, cadastrando as famílias. Além disso, esses profissionais estimulam a comunidade para práticas que visam à melhora da qualidade de vida.

O modelo de Saúde da Família objetiva prestar assistência integral e favorecer a qualidade de vida, de acordo com as necessidades da população; humanizar o atendimento, vislumbrando um vínculo entre os profissionais da saúde e a população; contribuir com a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, reconhecendo a saúde como um direito à cidadania (COSTA; CARBONE, 2004).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) contribui para a reorientação das práticas em saúde e rompe com o modelo tradicional excludente, centrado na doença, individual e segmentado. Ao contrário, a atenção em saúde deve ser vislumbrada como uma prática social inserida em um contexto histórico e cultural, em que os sentidos são (re)construídos a todo o momento, por meio das interações entre os profissionais e a comunidade (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2005).

A PSICOLOGIA COMUNITÁRIA

O termo comunidade é polissêmico e fornece amplas problematizações. Esse conceito se conforma às dinâmicas sociais que se processam em cada espaço-tempo (SCARPARO; GUARESCHI, 2007). Nesse sentido, esta intervenção embasou-se nos princípios da Psicologia Social Comunitária, a qual é uma abordagem diferenciada para a inserção do psicólogo por voltar-se para classes populares, desafiando os modelos tradicionais e a identidade profissional.

Campos (2007) define a Psicologia Comunitária como produtora do conhecimento por meio da interação entre o psicólogo e os sujeitos envolvidos. Essa abordagem valoriza a ética, a solidariedade, os direitos humanos e a busca de melhoria na qualidade de vida para a população. Ainda como definem Scarparo e Guareschi (2007), a Psicologia Comunitária estuda, compreende e intervém no cenário de questões psicossociais que caracterizam a comunidade. As interlocuções entre a psicologia e a comunidade se intensificaram a partir do diálogo entre as práticas psicológicas e outras áreas, como o saber popular e contextos sociopolíticos. Dessa forma, aspectos familiares, ambientais e culturais compõem as teorias, ampliam as concepções de saúde mental e as possibilidades de integração entre psicologia e comunidade.

O trabalho é baseado na construção de meios que proporcionem o exercício da cidadania, da democracia e da igualdade. É importante ressaltar que a busca desses objetivos deve envolver tanto os profissionais quanto a população da comunidade, pois, acima de tudo, a proposta é que essas pessoas sejam sujeitos de sua história por meio da construção de novas soluções para a superação das adversidades. Para a concretização dessas metas, realizou-se o levantamento das necessidades do local, considerando, principalmente, as condições de saúde, a educação e o saneamento.

A Saúde Comunitária tem como ponto de partida o potencial de vida e a experiência acumulada, presentes em cada morador e entre os moradores. Assim, busca responder à multidimensionalidade da saúde em seus constituintes ecológicos, sociais, orgânicos e psicológicos, que afetam as pessoas em seu local de moradia e convivência, ou seja, a comunidade; envolvem todas as atividades realizadas na comunidade, em nome da saúde de seus moradores (GÓIS, 2008).

Freitas (1998) salienta que o psicólogo na comunidade tem a possibilidade de trabalhar as problemáticas cotidianas. Os instrumentos adotados por cada psicólogo dependem dos valores e concepções que orientam sua prática. Essa escolha é realizada a partir da visão de homem e de mundo que cada profissional possui. Nessa relação, enquanto a comunidade oferece sua dinâmica, com suas características próprias e um contexto sociopolítico-geográfico, o profissional participa através de sua formação e conhecimento teórico.

A INSERÇÃO NA COMUNIDADE E NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Com base nesses aspectos teóricos, na experiência de Estágio Específico, objetivou-se diagnosticar, analisar a demanda e realizar o planejamento e as intervenções, com base na problematização da realidade, discussão dos objetivos, metodologias, instrumentos de intervenção e resultados. O Estágio teve como referência metodológica a observação participante, a pesquisa participante e a pesquisa-ação, a qual é descrita como aquela que articula a produção de conhecimentos com ação, investigando para possibilitar o enfrentamento da realidade e oportunizar a participação democrática dos sujeitos envolvidos (TOZONI-REIS, 2006). As atividades e informações foram registradas em diários de campo, por serem um registro fiel e detalhado de cada visita a campo. (VÍCTORA et al., 2000).

A inserção ocorreu através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada em uma comunidade em situação de vulnerabilidade social, com média

de 20.000 habitantes, situada na cidade de Santa Maria, no interior do Estado do Rio Grande do Sul.

A história da comunidade é marcada por uma trajetória de várias lutas, perdas e conquistas. Inicialmente, o local era desabitado, o que impulsionou a ocupação dos terrenos a partir da expansão de uma comunidade vizinha. Conforme os relatos dos moradores, por meio de reivindicações e engajamento em movimentos sociais, aos poucos, foi possível a construção de pequenas casas que abrigavam diversas famílias. Muitas pessoas participantes desse processo ainda residem na comunidade.

O contexto revela uma realidade carente de recursos materiais e oportunidades. Nessa localidade, vivem vários catadores de material reciclável, biscateiros, empregadas domésticas, entre outros trabalhadores. No local, também são encontrados grupos de risco, a exemplo: uso e tráfico de drogas, de prostituição, de gravidez na adolescência, entre outros. Constata-se que a comunidade, enquanto grupo, possui dificuldade em articular-se para lutar por interesses comuns. Também se observa a presença de algumas vozes líderes na comunidade, como uma das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que participa ativamente de mobilizações e movimentos sociais em prol da comunidade. O local possui uma líder comunitária.

A partir dessas primeiras constatações, realizou-se a coleta de dados qualitativos que possibilitaram a construção de um diagnóstico avaliativo (FREITAS, 1998) referentemente ao contexto estudado. Assim, antes do planejamento das ações, realizaram-se observações preliminares na comunidade, para conhecimento da realidade e verificação das demandas mais emergentes (condições de moradia, ações realizadas, grupos existentes, famílias, entre outros aspectos). As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) desempenharam um papel de guia ao orientar e acompanhar as estagiárias da Psicologia durante a experiência de Estágio. Dessa forma, a inserção na comunidade visou à análise de necessidades (FREITAS, 1998).

A população foi muito receptiva à presença da Psicologia no local, especialmente por ser o primeiro ano de atividades realizadas pelo Curso na localidade. As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) apresentaram as situações mais emergentes dentro das famílias para a intervenção psicológica. Constatou-se que, muitas vezes, as pessoas não conhecem o amplo alcance das atividades desenvolvidas pela Psicologia, disciplina que permanece atrelada, dentro do imaginário social, ao atendimento clínico individual e privado. Pode-se inferir que, geralmente, o que ocorre é que parte da sociedade anseia por ações e soluções instantâneas, capazes de diluir, rapidamente, o sofrimento das pessoas.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

As ações foram organizadas e planejadas a partir dos grupos locais já existentes (Grupo de Atenção Integral à Saúde e Grupo de Mulheres – ambos formados há, aproximadamente, seis anos); atendimentos domiciliares breves; visitas domiciliares; acolhimentos e orientações à comunidade. Conforme Cardoso (2002), a atuação da Psicologia pode ocorrer em dinâmicas de grupos com o objetivo de investigar a experiência de seus membros, a partir do material emergente, enfocando o aspecto emocional, as crenças e ações de cada pessoa; em visitas domiciliares para divulgar o trabalho e conhecer a realidade dos moradores locais; realizar assistência psicológica breve, de acordo com as necessidades encontradas nos acolhimentos e orientações. As experiências com cada uma dessas modalidades de intervenção são descritas com maior detalhamento a seguir.

O Grupo de Atenção Integral à Saúde possuía encontros semanais realizados no salão paroquial da comunidade. Caracterizava-se como um grupo aberto e operativo, com o objetivo de promover a qualidade de vida das pessoas que dele participavam e da comunidade. O grupo era composto, aproximadamente, por 12 moradores, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), duas acadêmicas da Psicologia, acadêmicos da Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia e Nutrição e as professoras supervisoras. A cada encontro os participantes definiam os temas que seriam abordados na próxima semana. Ao longo do Estágio, as acadêmicas de Psicologia perceberam que os encontros focavam apenas a doença, visto que manifestavam uma visão biológica, hospitalocêntrica e curativa. Inicialmente, os interesses do grupo referiam-se a doenças cardíacas, respiratórias, artroses, entre outras. Nesse sentido, trabalhou-se com a promoção e prevenção de saúde, a fim de se ampliar tanto o conceito de saúde na comunidade como de qualidade de vida. Temas como família, relacionamentos, autoestima, entre outros, ganharam espaço e configuraram os discursos locais.

Aos poucos, percebeu-se que a dinâmica do grupo modificou-se. A intervenção dos acadêmicos dos demais cursos também sofreu adaptações, deslocando-se a proposta de palestra para atividades que envolviam a participação ativa dos integrantes do grupo. Foram realizadas dinâmicas que se aproximavam do cotidiano das pessoas e que as convocavam para a troca de experiências. Essas atividades geralmente englobavam músicas, teatro e ludicidade. Especificamente nesse grupo, por ser muito numeroso quanto ao

número de acadêmicos, verificavam-se algumas dificuldades referentes à intervenção planejada e em conjunto. No entanto, ao longo do trabalho observou-se que as áreas se entrelaçavam, proporcionando a troca de experiências e saberes em conjunto.

O Grupo de Mulheres foi outra atividade desenvolvida na comunidade. Esse grupo contava com um número de 15 a 18 mulheres participantes, as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), além dos acadêmicos dos Cursos de Psicologia, Nutrição, Farmácia e Enfermagem e seus professores supervisores. Caracterizava-se como um grupo aberto, homogêneo e operativo. As reuniões eram realizadas mensalmente no salão da comunidade. Os objetivos consistiam em refletir e compartilhar experiências das mulheres participantes, enfocando a autoestima, as relações pessoais e os projetos de vida. Além disso, foi proporcionado o dia da beleza, o qual veio ao encontro de assuntos que as mulheres do grupo abordaram a respeito do tema. Contou-se com a participação de cabeleireiras, maquiadoras e fotógrafo para registrar o momento, proporcionando, assim, a cada participante, o registro do evento. Ao final de cada grupo, um novo assunto era escolhido para ser trabalhado no próximo encontro. Em função disso, também mensalmente, ocorreram reuniões de planejamento da equipe.

Muitas vezes, durante a realização dos encontros, algumas pessoas em sofrimento psíquico, encontrando-se aflitas, buscavam ajuda. Nesses momentos, realizava-se o acolhimento que consistia em uma tentativa de acolher e amenizar a situação. Também, realizaram-se orientações, de acordo com as necessidades de cada caso.

Algumas ações baseavam-se na *Atenção Domiciliar à Saúde* modelo que abrange a atenção domiciliar, atendimento domiciliar, internação domiciliar e visita domiciliar. Além disso, englobam práticas de serviço de saúde, saneamento, habitação, educação, entre outras, dependendo das várias esferas de saúde que compõem esse tipo atenção para os grupos sociais (LACERDA et al., 2006).

Dentro desse modelo, realizaram-se semanalmente *Visitas Domiciliares* (VDs), as quais proporcionam aos profissionais o conhecimento da realidade dos indivíduos assistidos, dos problemas e das necessidades de saúde (LACERDA et al., 2006). Essas visitas foram realizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs) que orientavam as acadêmicas de Psicologia, Enfermagem, Farmácia e Nutrição, pois possuíam conhecimento sobre a história das famílias e seus conflitos. As famílias em sofrimento foram visitadas semanalmente, para que ocorresse um acompanhamento do desenvolvimento dessas questões.

Nessa experiência, foram atendidos casos de hipertensão, câncer, transtornos mentais, uso de drogas, AIDS, problemas de relacionamento familiar e outros. As orientações da Psicologia para cada família variavam de acordo com cada caso. Dessa forma, indicavam-se serviços da rede socioassistencial e a participação nos grupos comunitários.

A partir das Visitas Domiciliares (VDs), identificaram-se alguns casos que se desenvolveriam melhor através de *Atendimentos Domiciliares*, os quais se caracterizavam como breves e focais. Esse tipo de atendimento almeja a compreensão do conflito atual, sem o aprofundamento para a origem das questões emergentes. O atendimento domiciliar é um método com o objetivo de enfatizar a autonomia do sujeito e realçar suas habilidades em seu próprio ambiente, envolvendo ações menos complexas, multiprofissionais ou não, que podem ser comparadas a um consultório em casa (LACERDA et al., 2006).

Além dessas intervenções, também ocorreu a inserção nas *Reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS)*, o que possibilitou o conhecimento sobre os acontecimentos relativos à saúde do município. Também auxiliou na intervenção da Psicologia junto à comunidade, ao repassar informações importantes, uma vez que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) enfrentava alguns problemas quanto ao atendimento em saúde. Essa situação gerou desconforto tanto para a população como para os acadêmicos e profissionais que realizavam seu trabalho interligado com a ESF por causa da possibilidade de paralisação dos atendimentos na unidade, da continuidade dos grupos e das visitas domiciliares.

Atualmente, a equipe de saúde da ESF está renovada e realiza um trabalho em conjunto com a comunidade. Percebe-se o engajamento dos profissionais com a busca de significativas melhoras na qualidade de vida para a população. Espera-se assim que os gestores, em conjunto com os usuários e os profissionais da rede, tomem medidas imediatas para a garantia da promoção de saúde e qualidade de vida dessa população, que consiste em direito de acesso à cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme foi visto, historicamente, a Saúde Pública/Saúde Coletiva no Brasil tem passado por grandes movimentos de mudança/transformação do modelo assistencial em saúde. A clínica ampliada e a intervenção na comunidade possibilitam à Psicologia um olhar diferenciado e contribuem para o repensar coletivo das questões de saúde. A partir de novos modelos de atuação ligados

à coletividade, humanização e cidadania, o profissional tem a possibilidade de vislumbrar novas formas de inserção e de exercer o compromisso ético-político com a profissão.

Pensar em Saúde Coletiva no Brasil não é algo tão simples. Sua dimensão geográfica, a inoperância das políticas socioeconômicas, a falta de potencial humano para as cidades urbanas e, principalmente, para os longínquos estados em que os pobres se encontram, são os maiores problemas enfrentados pelos gerentes e comunidades (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

A formação acadêmica possui fundamental importância na revisão de práticas e saberes. Através do questionamento e reflexão da inserção profissional do psicólogo, é possível a construção de ações voltadas à realidade brasileira. Essa atitude implica em responsabilizar-se e compreender as questões abordadas ao planejar, gerir e avaliar situações (SCARPARO; GUARESCHI, 2007). Dessa forma, o psicólogo compromete-se eticamente com a proposta profissional de inclusão de temas socialmente relevantes, vislumbrando os sujeitos envolvidos de forma integral. Em consonância com essa proposta, a experiência de estágio específico trabalhou questões como autoestima, qualidade de vida, integralidade, cidadania com a finalidade de aproximar a teoria da prática, abordando questões cotidianas próprias do contexto para a produção de sentidos pertinentes à realidade.

A prática de Psicologia Comunitária deve gerar, constantemente, reflexões por parte dos profissionais envolvidos, para que não se configure como mero assistencialismo. A proposta deve oportunizar que a própria população construa suas ferramentas de enfrentamento dos problemas cotidianos. Este fato comprova que a realidade social vai além dos consultórios e clínicas privadas, à medida que a maioria da população vive em condições de pobreza, falta de oportunidades e recursos.

Figueiredo e Tonini (2007) ressaltam que “cuidar” da comunidade é investir em uma nova consciência/cultura que contribua para uma resolução de algumas questões. Nesse sentido, destaca-se insistir no exercício da cidadania, fazer que ela acredite na possibilidade de se ter um *status*, que todos podem ser campeões da vida quando praticam esportes, estudam, brincam, trabalham e criam. Isso apesar de a disciplina apontar formas de produzir saúde individual e coletiva e que cuidar do ambiente também é um modo de manter a saúde físico-emocional da família e do coletivo.

Constatou-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) oferece muitos benefícios em prol da melhora na qualidade de vida e de saúde mental da população, oportunizando, além dos atendimentos na ESF, dinâmicas grupais,

visitas domiciliares, acolhimentos e orientações. Isso aponta para a necessidade de dar continuidade ao que já vem sendo realizado. Para tanto, é preciso que a equipe esteja integrada no desenvolvimento de serviços de saúde, sendo estes não apenas curativos, mas de promoção e prevenção.

O caminho percorrido demonstra que a comunidade é um espaço, no qual coexistem incertezas e desafios. Para a atuação nesse âmbito, é necessário que o psicólogo esteja aberto às novas experiências e percepções que vislumbram o sujeito em seu contexto.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2007.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/18080.htm>.

_____. 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 à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>>.

_____. Série Pactos pela Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006a. Vol. IV.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Promover e Recuperar Saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v. 9, n. 18, p. 507-19, 2005.

CAMPOS, R. (Org.). **Psicologia Social Comunitária – da solidariedade à autonomia**. Rio de Janeiro: 2007.

CARDOSO, C. L. A Inserção do psicólogo no programa saúde da família. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 22, n.1, p. 2-9, 2002.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre o**

tema do sujeito e da mudança. 2002. Tese de doutorado (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2002.

CARVALHO, Y. M de.; CECCIM, R. B.; Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; CARVALHO, Y. M de. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Hucitec-Fiocruz, 2007.

COSTA, E.; CARBONE, M. **Saúde da família - uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

DIMENSTEIN, M. A Cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos em Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 95-121, 2000.

FREITAS, M. Inserção na Comunidade e Análise de Necessidades: Reflexões sobre a prática do psicólogo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 11, n. 1, p. 175-189. 1998.

FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. (Org.). **SUS E PSF para Enfermagem: práticas para o cuidado em Saúde Coletiva**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

GÓIS, C. W. de L. **Saúde comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, mai./ago., 2006.

LIMA, M. Atuação Psicológica Coletiva: uma trajetória profissional em Unidade Básica de Saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 431-40, 2005.

LÜCHMANN, L.; RODRIGUES, J. O Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399-417, 2007.

NASCIMENTO, C. (Org.). **Psicologia e Políticas Públicas – experiências em Saúde Pública**. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia – 7ª região, 2004.

SCARPARO, H. B. K.; GUARESCHI, N. M. de F. Psicologia Social Comunitária e formação profissional. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, 2007.

SOUZA, R.; CARVALHO, A. Programa de Saúde da Família e Qualidade de Vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

TOZONI-REIS, M. F. C. **Metodologia da Pesquisa**. Curitiba: IESDE, 2006.

VASCONCELOS, C.; PASCHE, D. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, W. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000.

YUNES, M.; GARCIA, N.; ALBUQUERQUE, B. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 3, p. 444-53, 2007.

