
A importância das categorias da psicologia social comunitária para as práticas no SUS

Katia Gregório Bittencourt Silveira

Mestranda do Programa de Mestrado Programa de Mestrado em Psicologia - Universidade Tuiuti do Paraná

Maria Sara de Lima Dias

Docente do Programa de Mestrado em Psicologia - Universidade Tuiuti do Paraná

Resumo

Buscou-se evidenciar a importância das categorias da Psicologia Social Comunitária, para explorar a sua capacidade de orientar as práticas psicológicas no âmbito do SUS, o que implica compreender um conceito ampliado de saúde que envolve a questão da prevenção e do atendimento integral do sujeito. Foi utilizado como método a revisão de literatura e o resultado deste estudo inicia-se com o histórico do Sistema Único de Saúde – SUS, apresenta seu marco regulatórios de forma hierarquizada desde a Conferência de Saúde. A seguir procurou-se evidenciar que algumas das categorias da Psicologia Social Comunitária que podem ser norteadoras do modelo de atuação profissional preconizado pelo SUS. Consideram-se principalmente as categorias que visam à autonomia dos sujeitos como: *empowerment*, *conscientização*, *processos de participação*, *fortalecimento*, importantes para o tema das práticas do psicólogo no SUS.

Palavras-chave: Práticas no SUS, Psicologia Social Comunitária. Conscientização.

Abstract

We sought to highlight the importance of the categories of Social Psychology Community, to explore their ability to guide the psychological practices within the SUS, which implies understand a broader concept of health that involves the issue of prevention and comprehensive care for the subject. Was used for the literature review and the results of this study begins with the history of SUS presents their regulatory frameworks in a hierarchical way from the Conference Health. Then we tried to show that the categories of Community Social Psychology can be the guiding professional practice model recommended by the SUS. Consider mainly the categories aimed at autonomy of individuals as: *empowerment*, awareness, participation processes, strengthening, important to the theme of the practices of psychologists in SUS.

Keywords: Practices in SUS. Community Social Psychology. Awareness. Empowerment.

Introdução

O questionamento sobre a importância das categorias da Psicologia Social Comunitária para as práticas no Sistema Único de Saúde (SUS) vem de encontro ao reconhecimento de o sujeito e comunidade serem responsáveis e competentes na construção de suas vidas. Torna-se necessário entender que a política em saúde e que a formação para participar da gestão dos serviços se faz possível através de processos de facilitação e de educação social do cidadão, baseados na ação local em direção à conscientização das comunidades sobre os principais problemas que as afligem.

O estudo dos referenciais teóricos, metodológicos e suas categorias podem contribuir para embasar as ações públicas em saúde. As intervenções previstas em programas como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), entre outros ofertados pelo Ministério da Saúde caracterizam políticas em

saúde, o que implica compreender, a partir desses modos de atuação governamental, um conceito ampliado de saúde que envolva a questão da prevenção e o atendimento integral.

Considerando a ausência deste tipo de serviço ainda em muitas municipalidades brasileiras, este estudo pode subsidiar reflexões iniciais sobre a questão da saúde, pública considerando tais políticas. De uma maneira generalizada, entender, portanto, o desenvolvimento de diferentes atendimentos psicológicos no serviço público.

As categorias da Psicologia Social Comunitária podem orientar as práticas psicológicas no âmbito do SUS e podem ser norteadoras deste modelo de atuação. Principalmente no que se refere a categorias: *conscientização, empowerment, processos de participação e fortalecimento*. É de fundamental importância que as categorias sejam reconhecidas no processo teórico e prático. Entende-se uma praxis onde teoria e prática se estabelecem para o norteamento das ações públicas em saúde. A partir dessas considerações, a presença do psicólogo no âmbito do SUS e as práticas deste profissional devem se efetivar de acordo com as diretrizes propostas pelo órgão.

Os profissionais de psicologia que até então atendiam a população com serviços clínicos

ambulatoriais e centralizados em seus ambientes, foram descentralizados. Isto significa dizer que foram distribuídos na sua área de abrangência, ou seja, regionalizados. A descentralização ou territorialização dos serviços ocorre como uma nova exigência de atendimento aos usuários do SUS. Importante enfatizar que este sistema é destinado a todos os cidadãos e financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal. Promovendo a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações que compõem ações governamentais relevantes no intuito de promover políticas de saúde pública, compreendendo com isso que a população conheça tais políticas no sentido de proteger seus direitos de acesso à saúde.

Método

O presente estudo baseia-se em um processo de Revisão Bibliográfica. Segundo Cervo (2002), a Revisão Bibliográfica procura explicar um problema a partir de referenciais teóricos publicados em documentos de pesquisa científica. A construção bibliográfica busca conhecer as contribuições científicas do

passado existente sobre um determinado assunto proporcionando meios para a análise. Na percepção de Gil (2002 p.48):

A revisão bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte de estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema, costumam ser desenvolvidas quase que exclusivamente a partir de fontes bibliográficas.

Por intermédio de livros e artigos científicos, considerando farto material disponível na mídia eletrônica, em sites específicos da internet, procedeu-se a uma leitura e análise dos mesmos. Esta pesquisa busca relacionar dos marcos regulatórios da história do SUS, dos referenciais teóricos publicados aqueles que pudessem, em segundo momento, analisar as categorias da Psicologia Social Comunitária. Neste sentido, consideraram-se as que poderiam ser aplicadas aos programas citados do SUS. Busca-se, portanto, analisar esse desafio, possibilitar relações entre os construtos utilizados pelo SUS e as categorias da Psicologia Social Comunitária a partir dos referenciais pesquisados.

História do SUS e seu marco regulatório

O marco histórico da saúde pública no Brasil se estabelece com a criação do SUS. Partindo da VIII Conferência de Saúde de Março de 1986, realizada em Brasília, o relatório pode firmar-se como documento que propiciou o surgimento da sua legalização integrada à Constituição Federal de 1988.

A contribuição evidenciada do debate público pode por fim ser através das leis nº8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº8 142/90. É importante destacar dois artigos da Constituição de 1988:

Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art.198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede de regionalizadas e hierarquizadas constituem um sistema único, organizado com as seguintes diretrizes:

- I-Descentralização*
- II- Atendimento integral*
- III- Participação da comunidade*

O conceito ampliado de saúde envolve a especialmente a participação comunitária, compreendendo a prevenção

e o atendimento integral como responsabilidade do Estado. Este marco da saúde implica compreender, em relação à Psicologia Social Comunitária a ênfase sobre a participação da comunidade em estratégias de promoção e prevenção da saúde.

Considerado pelo Ministério da Saúde (2006), e pelo Movimento Reforma Sanitária, estando presente na Carta Constitucional (Constituição Cidadã, 1988), os preceitos participativos da comunidade tiveram uma radical transformação do Sistema de Saúde Brasileiro.

Com base na compreensão acerca da total inadequação do sistema de saúde vigente na época:

- Quadro de doenças de todos os tipos, condicionada pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do País e que o SUS não conseguia enfrentar;
- Excessiva centralização levando a decisões muitas vezes equivocadas;
- Recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação com outros países;
- Baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes;
- Insatisfação dos profissionais da área de saúde, principalmente devido a baixos salários e a falta de

- políticas de recursos humanos justos e coerentes;
- Baixa qualidade de serviços oferecidos em termo de equipamentos e serviços profissionais;
- Ausência de critérios e transparência dos gastos públicos;
- Falta de participação da população e na gestão das políticas de saúde;
- Falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços e imensa insatisfação e preocupação da população com o atendimento à saúde.

Conforme Andrade (2001), quando se analisa o SUS se seus princípios (doutrinários: universalidade, integralidade e equidade e; organizativo: descentralização, participação, regionalização ou hierarquização, resolubilidade e complementaridade do setor privado), estamos diante de uma resolução tardia que ainda não chegou de forma efetiva e eficaz. Passados uma década após essa afirmativa, é possível entender os movimentos internos/externos que se encaminham com muita dificuldade no sentido de sua implantação completa.

Categorias essenciais

As noções de universalidade, equidade e integralidade têm estado presentes em documentos doutrinários e

técnicos da área da saúde divulgados nos últimos sessenta anos. O Sistema Único de Saúde (SUS) teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde de 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1990. Paim, 2002).

Os princípios da universalidade, integralidade e da equidade também chamados de princípios doutrinários, em relação aos propósitos idealistas, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de princípios organizacionais (BRASIL, 1990).

No Brasil, os termos dos princípios doutrinários do SUS, vêm sendo progressivamente utilizados em documentos técnicos e normativos. Sejam na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde, os princípios e diretrizes desses marcos legais se relacionam a essas categorias, a igualdade, a universalidade e a integralidade (Brasil, 1990. Kadt, 1993). Nesse sentido, considerando os aportes teóricos provenientes da Psicologia Social Comunitária, pode-se considerar que o SUS é, de fato e de direito, a grande conquista dos movimentos sociais para a saúde. O caminho democrático da saúde do nosso país, “um dos maiores avanços de política social no Brasil na sua história recente”. (Andrade, 2001, p.15).

Pode-se considerar de um lado a resolução tardia, porém, a extrema importância política e social para o povo brasileiro que os processos categóricos estejam

integrados à ação governamental correspondendo às bases da Psicologia Social Comunitária, e ao mesmo tempo, compreendendo do direito cidadão em relação à saúde com políticas descentralizadoras que propiciam a melhor relação e participação da comunidade, especialmente na Unidade Básica de Saúde -UBS.

Bleicher (2003), afirma que é a partir do SUS que se pode melhor dialogar em vários níveis sobre atenção primária, a porta de entrada do sistema. A UBS é o espaço de excelência da atuação dos profissionais de saúde voltados à ações para resolução de problemas. Nesse sentido entende-se a aplicação prática das categorias integralidade, qualidade, equidade e participação social à esse portal de entrada do sistema enquanto sejam princípios legais, teóricos, científicos e sociais da atenção básica no Brasil.

A ativação dessas categorias se relaciona ao desafio da ampliação dos modos de diálogo entre os públicos, considerando a maior ênfase na resolubilidade da atenção no que se refere especialmente a Saúde da Família. Compreendida como ponto estratégico das políticas públicas em saúde, território de construção de mudanças através da aplicabilidade das ações dos profissionais de saúde. Constituindo-se espaço da praxis, a integrar, e reorganizar o sistema de saúde no sentido de sua operacionalidade completa. Em consonância a essas políticas que visam a integração

das ações em saúde, a sua consonância no sentido preventivo e da recuperação, se define através do diálogo, a promover a conscientização da população sobre a sua participação. Também visa a construção do cidadão enquanto sujeito autônomo e capaz de tomada consciente de posição. A integralidade, portanto, enquanto categoria essencial se relaciona ao sentido de saúde total do sujeito e de suas buscas.

Configura-se, por outro lado, a luta contra a ideologia de submissão e resignação, do assistencialismo e na desconstrução de sua identidade e de sua condição de oprimido e explorado.

Estes programas foram criados pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reorientar o modelo assistencial de saúde, implementando equipes multiprofissionais em UBS para o acompanhamento de um número de famílias, localizados em determinada área geográfica. Segundo Starfield (2004), a Atenção Primária à Saúde é complexa e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, necessita de um conjunto de saberes para ser eficiente eficaz e resolutiva.

A criação do Núcleo de Apoio da Saúde da Família – NASF possibilitou avanços no sentido de ampliação dessas estratégias viabilizadas com as categorias essenciais apresentadas anteriormente.

Conforme a Portaria nº 1.886/1997 do Ministério de Estado da Saúde, abaixo descrita:

- O Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de Março de 2008.
- NASF I - Deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família.
- NASF II - Deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes da Saúde da Família. Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF I poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 05 (cinco) equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, a 20 (vinte) equipes de Saúde da Família.
- ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)
 - O Programa Saúde da Família (PSF) surge no

Brasil como uma estratégia, conhecido hoje como “Estratégia da Saúde da Família”, teve início, em 1994. Na sua composição é recomendado que a equipe seja composta, no mínimo por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

- AGENTE COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) – O Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) são estratégias de reestruturação do PSF Programa Saúde da Família, hoje ESF, criado para garantir o acesso a serviços baseados na promoção da saúde e no fortalecimento do vínculo com a comunidade.

Os programas têm como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

Estes programas citados vêm ao encontro de uma nova maneira de trabalho, na qual se estabelece vínculos de compromisso com a população, estimula a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde. Sendo que as categorias da Psicologia Social Comunitária podem respaldar este novo modelo de atuação. Privilegiando a atuação do psicólogo em processos de participação, fortalecimento, *empowerment* e na conscientização da comunidade. Colaborando para a formação da consciência crítica e para a construção de uma identidade social e individual de cidadãos possuidores de direitos.

Portanto as categorias da Psicologia Social Comunitária vêm a contribuir para este novo olhar voltado ao serviço público na área da saúde. Passaremos a apresentar as categorias da Psicologia Social Comunitária, que podem contribuir com uma nova maneira de trabalho tanto para os profissionais como para os usuários dos serviços de acordo com as diretrizes reforçadas pelo SUS.

Categorias da psicologia social comunitária

As categorias essenciais da Psicologia Social Comunitária aplicadas no SUS - integralidade, qualidade,

equidade e participação social - podem ser norteadoras deste modelo de atuação preconizado pelo SUS que compreende o desenvolvimento da autonomização dos sujeitos em relação aos seus contextos de vida em comunidade. Parte-se do pressuposto de que os grupos marginalizados e discriminados na sociedade sofrem de uma falta de poder que os impede de lutar pelos seus direitos e usufruir de benefícios econômicos e sociais, assim como de participar nas decisões políticas que interferem nas suas vidas. Para alterar esta situação é necessário que esses grupos aumentem as suas competências e o seu poder. Assim a categoria *empowerment*, (emponderamento, fortalecimento) aliada ao desenvolvimento de processos de *conscientização*, *participação* e *fortalecimento*, se justifica e amplia o contexto onde o psicólogo pode atuar. De acordo com Pinto (2001), *empowerment* pode ser definido como:

Um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, sociocultural, político e econômico – que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania. (Pinto, 2001, p.247).

As mudanças se processam com a articulação de novas categorias que são alinhadas no processo de pesquisa, o momento de mudar as estratégias pode

ser determinado através do *empowerment*, abordagem que se define na *potencialização* dos direitos na ação consciente do que seja poder agir considerando a participação, “esta abordagem,(...) procura o fortalecimento das pessoas através de organizações de interajuda, nas quais o papel dos profissionais é colaborar com as pessoas em vez de controlá-las.” (Rappaport, 1990. p.144).

Outra categoria ressurgente em sua aplicabilidade é a conscientização. Esta categoria proveniente do processo educacional libertador teve com Martin-Baró (1998), e a partir de Paulo Freire a percepção reflexiva, crítica da realidade concreta. Nesse sentido, a conscientização como categoria aplicável ao processo de mudanças internas no SUS e no tocante ao desenvolvimento do cidadão reafirma-se como fundamental no processo de trabalho do Psicólogo.

Autores como Martin-Baró (1997) e Prilleltensky (1989) sugeriram que a categoria conscientização participa direta e indiretamente na atividade profissional do Psicólogo. A partir de Freire (1981), conscientização trata-se de um processo totalizante da problemática social onde está inserido se reconhece como homem, possui sua identidade humana-social no sentido de que (FREIRE, 1981) o homem que conhece e age no mundo, transforma-o e transforma a si mesmo como agente de sua própria história.

O conceito de conscientização configura-se como possuidor de diversas influências teóricas e práticas (GÓIS, 1994) e (LANE, 2002), e que essas influências, encontram-se especialmente na Educação Libertadora, desenvolvida por Paulo Freire.

[...] tomar posse da realidade [...], é o olhar mais crítico possível da realidade, que a 'des-vela' para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante. (Freire, 1980. p. 29)

A compreensão da realidade concreta inclui a sua ação prática, portanto política de transformação (FREIRE, 1981, 1984; MARTIN-BARÓ, 1997). Para a conscientização torna-se movimento no lócus das urgências sociais, posição do cidadão frente as dificuldades compreendidas tornando-se o sujeito da palavra. A conscientização articulada no contexto comunitário se estabelece na prática aliada ao pensamento crítico:

[...] processo de transformação pessoal e social que experimentam os oprimidos latino-americanos quando se alfabetizam em dialética com o seu mundo. (Martin-Baró, 1997, p. 15).

Nesta perspectiva, o trabalho do psicólogo estaria voltado a facilitar que as pessoas pronunciem suas

palavras e, para tanto, é preciso, segundo Martin-Baró(1997):

Que as pessoas assumam seu destino, que tomem as rédeas e sua vida, o que lhes exige superar a falsa consciência e atingir um saber crítico sobre si mesmo, sobre seu mundo e sobre sua inserção nesse mundo. (Martin-Baró, 1997, p. 16).

Isso quer dizer que a conscientização parte do real concreto da comunidade, do território a que o sujeito está imerso, compreendendo que o problema, não é abstrato, relacionado entre saúde e enfermidade, prevenção e tratamento, mas sim, está diretamente relacionado à construção do sujeito enquanto sujeito da realidade, responsável por sua história e pela história da comunidade e que as constrói mediante sua atividade prática e coletiva.

Considerando a categoria freireana, entende-se que conceber o sujeito fora da sua realidade é abstraí-lo do real. Porém, promover a conscientização se estabelece em fomentar a participação do sujeito na comunidade, afirmá-lo em sua autonomia, como autor de sua própria existência.

Na Pedagogia da Libertação, assim como na Teoria Histórico-Cultural da Mente, [...] o ponto de partida para o desenvolvimento do indivíduo é sua ação transformadora do mundo [...]. Para ambos, a consciência se origina no ato de

transformar a realidade e não na adaptação. (Góis, 2005, p. 111).

O sucesso dos trabalhos comunitários depende do significado que tais trabalhos representam para aquela população, por isso a necessidade da participação ativa da população em todo o processo interventivo, considerando toda sua complexidade e dinamicidade (Freitas, 1998; Spink, 1999).

A participação popular está voltada a conscientização, pois é um processo que incita a população de modo efetivo superando cidadania teleológica funcional, de uma ética de dever, para uma cidadania da consciência social e política dos direitos sociais comunitários. Nesse sentido, a cidadania aguardada se relaciona a uma ética prática, que possibilita a mobilização do sujeito em direção a uma cidadania ativa (Benevides, 1991), uma cidadania plena no sentido de expressão do sujeito consciente, de se pronunciar. Diferente de uma cidadania utilitária de usufruto de direitos sem a busca de uma ação integral do sujeito, de não ser, portanto, cumpridor de normativas elaboradas de modo alheio a sua realidade social concreta.

Em relação ao *empowerment*, ou emponderamento, de acordo com Montero (2003), uma idéia que começou no final da década de setenta, em países latino-americanos. O fortalecimento pode ser visto como uma direção

fundamental de ação da psicologia comunitária para se alcançar as transformações sociais desejadas. Segundo Kieffer (1984), o fortalecimento é um processo contínuo e em longo prazo do desenvolvimento do adulto, com ações que permitam às pessoas serem sujeitos de sua própria história e dependem de três dimensões interligadas: Desenvolvimento de um conceito mais positivo, ou competência; Compreensão crítica do ambiente social e político; Promoção e organização de recursos coletivos e individuais para ação política e social.

A reflexão sobre as categorias da psicologia social comunitária abre discussões teóricas, sociais, políticas da realidade da saúde no mundo contemporâneo. É extremamente relevante que as categorias aqui apresentadas possibilitam maior entendimento sobre as circunstâncias sociais e das lutas contra a privatização do sistema. De interferências de organizações laterais e de pressões externas/internas por falta de melhor entendimento sobre os direitos da população à sua saúde como totalidade de sua realidade.

A discussão levanta questões a serem encaminhadas à população, aos órgãos de poder, e traz a abertura de novos caminhos e entendimentos sobre a realidade concreta do sistema, oferece questionamentos sobre concepções dualistas, engessadas de saúde e doença. A produção do conhecimento, definidas

nas ações sociopolíticas, das posições do cidadão e das responsabilidades da ciência fortalecem as melhores decisões para o aprimoramento das práticas psicológicas no SUS.

Considerações

Fica evidente que a partir das mudanças que vem ocorrendo na saúde com os programas implantados, novas exigências surgem como desafios para os profissionais em questão. Se por um lado a constituição cidadã mesmo que tardiamente garante direitos universais aos sujeitos sobre a integralidade de sua saúde, e o aparelho do Estado pretende regionalização e territorialização como forma de garantir a acessibilidade da população aos seus direitos.

Observa-se por outro lado uma grande pressão do capital para que o Estado abra mão deste Sistema Único de Saúde que é exemplar no mundo. A pressão constante é exercida por lobistas das grandes empresas e convênios de saúde que empurram parte da população para apoiar a privatização do próprio sistema.

As categorias da psicologia social comunitária vêm de encontro com os programas do Ministério da saúde enquanto construções teóricas que permitem uma prática interventiva e preventiva na comunidade. Pode auxiliar nesse processo de diversas maneiras,

enriquecendo os projetos e desenvolvendo processos de comunicação e fomentando a participação comunitária e o controle social dos serviços.

Tem-se claro de que o psicólogo na comunidade deve envolver a todos na busca de solução de seus problemas, trabalhando em uma perspectiva da execução e da mediação comunitária, que antes de tudo é uma ação política e social. Através de práticas éticas e de reclame da justiça social, a Psicologia Social Comunitária é capaz de atuar no território local envolvendo todos os atores sociais que trabalham no âmbito do SUS.

Nessas categorias estão presentes as concepções da capacidade do indivíduo e da própria comunidade de serem responsáveis e competentes na construção de suas vidas, necessitando a presença de certos processos de facilitação social apoiado na ação local e na conscientização.

Compreendendo a importância das categorias da Psicologia Comunitária, como um processo de facilitação, num contexto comunitário como uma rede complexa de interações. O trabalho de psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais inseridos no SUS, pode ter um sentido fortalecedor, contribuindo nas mudanças exigidas pelos programas implantados pelo SUS demonstrando a assim o valor destas categorias da Psicologia para o sistema de saúde público brasileiro.

Referências

- ANDRADE, L. O. M. (2001). *SUS – Passo a passo, normas, gestão e financiamento*. São Paulo – Sobral: Hucitec – UVA.
- BRASIL. Ministério da Saúde (1990). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS – Doutrinas e princípios*. Brasília (DF).
- BRASIL, Ministério da Saúde (1986). VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. (Anais)
- BRASIL, Ministério da Saúde(2006) - *Pacto pela Saúde – Política Nacional de Atenção Básica*. Volume 4. Recuperado em 20 de Setembro de 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021.
- BLEICHER, Lana (2003). *Saúde para todos já!* Salvador: Étera.
- BENEVIDES, M. V. M. (1991). *A Cidadania ativa: Referendo, plebiscito e iniciativa popular*. São Paulo: Ática.
- CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A. (2002). *Metodologia científica*. Ed. São Paulo: Prentice Hall.
- FREITAS, Maria de Fátima Quintal (1998). Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. *Rev.: Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.11, n. 1, p. 175.
- FREIRE, P. (1980). *Conscientização: Teoria e prática da libertação: Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo, Brasil: Cortez e Moraes.
- _____. (1981). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- _____. (1984). *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. Ed. São Paulo: Atla, 2002.
- GÓIS, C. W. L. (2005). *Psicologia Comunitária: Atividade e vivência*. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais.
- KIEFFER, C. H. (1984). Citizen empowerment: a developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 3(2/3), 9-36.
- PRILLELTENSKY, I. (1989). *Psychology and the status quo*. *American Psychologist*, 44, 795-802.
- MARTÍN-BARÓ, I. (1997). O papel do Psicólogo. *Estud. psicol. (Natal)*, 2(1). Recuperado: 09 de maio de 2012, Obtido: http://w.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=sci_arttext&pid=S1413294X1997000100002&lng=pt&nr m=isso.
- _____. (1998). *Acción y Ideología: Psicología Social desde Centroamérica*, San Salvador, UCA Editores.
- MONTERO, M. (2003). *Teoría e práctica de la psicología comunitaria*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

PAIM, J.S. (2002). Saúde Política e Reforma Sanitária. CEPS-ISC: Salvador.

PINTO, Carla (1998). “Empowerment, uma Prática de Serviço Social”. In BARATA, O. (coord), *Política Social* – Lisboa: ISCSP.

RAPPAPORT, Julian (1990). “Desinstitucionalização: Empowerment e interajuda”, In *Análise Psicológica*, nº2 (VIII) – Lisboa: ISPA.

STAFIELD, B. (2004). Atenção primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde. Recuperado em 30 de Julho 2012. Obtido: http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4B BCA640_1_386&gp=1&mod=e&lin=1&11=1.

SPINK, Mary Jane Paris; MEDRADO, Benedito (1999). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, p. 41-61.