

MAPEAMENTO PSICOSSOCIAL: UM ESTUDO EM INSTITUIÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO À POPULAÇÃO

Gracielle Malheiro dos Santos (1); Ártemis Ramos Rodrigues Silva (2); Leonídia Aparecida Pereira da Silva (3); Alessandro Dutra Bezerra (4); Maria do Socorro Roberto de Lucena (5)

¹ Universidade Federal da Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Psicologia. malheiropsi@gmail.com.

² Psicóloga. Especialista em Desenvolvimento Humano e Educação Escolar. Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. artemisrodrigues@outlook.com

³ Universidade Federal da Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Psicologia. leonidiapereiral@gmail.com

⁴ Universidade Federal da Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Psicologia. aledbezerra@gmail.com

⁵ Professora. Universidade Federal da Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Psicologia. marialucena.ms@hotmail.com

Resumo: Objetivo do estudo foi elaborar um mapeamento psicossocial da comunidade do bairro Malvinas, na cidade de Campina Grande – PB. A estratégia metodológica utilizada foi um estudo em instituição pública de prestação de serviço de saúde – Unidade Básica de Saúde da Rede Municipal de Campina Grande. Este trabalho constitui-se como parte do Estágio Supervisionado Básico II no curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande. Para o desenvolvimento do mapeamento psicossocial trabalhou-se com equipe de profissionais da unidade, equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), gestão municipal e a comunidade para o estabelecimento de vínculo com a mesma. Ademais, lançou-se mão da observação participante, participação em formações e reuniões da equipe, conversas informais e análise dos documentos sobre dados sócio-demográficos do território e seus moradores, bem como, da análise situacional por meio do planejamento e avaliação dos dados da equipe. O mapeamento psicossocial permitiu identificar diferentes problemáticas, junto à comunidade e na equipe, principalmente aquelas voltadas à relação serviço e comunidade. Concluiu-se que o mapeamento é uma importante ferramenta para o trabalho em saúde (para o processo de conhecimento e reflexão sobre o território e orientação das ações) e conseqüentemente para a atuação do psicólogo nesse contexto. A equipe, a gestão pública e a comunidade têm que superar muitas dificuldades é crucial apoio entre os setores com a partir da adequada a assistência, coerentes atividades de saúde com grupos, trabalho com co-gestão do cuidado e bom planejamento em saúde para potencializar o serviço.

Palavras-chave: psicologia da saúde. mapeamento psicossocial. território. gestão em saúde.

Introdução

A noção de saúde é variável porque depende da cultura, da história, das relações com o meio ambiente em determinado tempo. As mudanças de visões sobre mundo e do próprio ser humano sofrem interferência e levam às mudanças nas formas de assistência e cuidado (ARAÚJO; XAVIER, 2014). Também, no último século, as explicações biomédicas baseadas em um conhecimento anatomopatológico e centradas no profissional médico e nas instituições hospitalares têm sido o conceito de saúde mais prevalente, embora a Organização Mundial de Saúde (OMS)

defender, desde 1948, um conceito ampliado de saúde, No qual os aspectos físicos, mentais e sociais aparecem como determinantes da saúde/doença (BATISTELLA, s/a).

No Brasil, com advento do Sistema Único de Saúde (SUS), avançou-se a assistência e cuidado em saúde, admiti como ações promotoras de saúde a garantia à alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Porém, apesar do conceito de saúde ampliar-se e da proposta do SUS apoiar-se epistemicamente em concepções mais democráticas, a proposta da política pública em saúde no Brasil tem sido precarizada. A problemática ocorre por uma formação incoerente com a proposta do SUS, pois cria um trabalho que não operacionaliza a proposta do SUS. Afinal ficam distantes dos problemas sociais, como o aumento das desigualdades sociais e de renda; fragilização das políticas públicas sociais e seus equipamentos; formação imprópria ou inadequada; currículos que não se baseiam nas necessidades de saúde; pouco acesso dos trabalhadores da saúde a recursos de informações e conhecimento; condições inadequadas e inseguras no local de trabalho; políticas e práticas insuficientes para o desenvolvimento de recursos humanos (SARRETA, 2009).

O conceito ampliado de saúde proposto baseia-se no modelo assistência de promoção de saúde e de prevenção de doenças e este convive com o projeto biomédico, que retoma conceitos mais restritos de saúde voltados ao atendimento e cuidado individuais, especializado, focados no uso de medicação e centrado no tratamento de doenças. Uma das questões a serem enfrentadas por instituições e população consiste em lidar com os paradigmas da formação ao trabalho executado dentro dos serviços.

Todas essas mudanças foram acompanhadas pela psicologia em diferentes esferas da prática e da teoria. A ampliação da compreensão sobre os processos de saúde e doença levam à inserção do psicólogo no trabalho em saúde além das doenças mentais. Mas primeiro foi preciso, e ainda o é, lidar com a dicotomia das duas grandes áreas do saber em que a maioria dos profissionais deteve-se por anos: Psicologia Clínica e a Psicologia Social e Comunitária. Faz-se necessário, também, lidar com a multiplicidade de perspectivas teóricas de ambas e ainda lidar com o novo campo que desponta a partir de um saber intersetorial dentro das políticas públicas no país: a Saúde Coletiva (MENOGON; COELHO, 2005). Sob esse aspecto, a Psicologia da Saúde insere-se como um campo de saber-fazer, que inicialmente começa nos hospitais, amplia suas ações concomitantemente às mudanças das políticas públicas do país (RIBEIRO, 2011).

A inserção dos psicólogos nos serviços de saúde inicia-se em níveis de atenção de maior complexidade, os hospitais, uma vez que eles orientavam os modelos de assistência. Reorientação dos serviços de saúde no país, a exemplo disso, está à consolidação e ampliação dos serviços de atenção básica. A criação dos dispositivos de apoio à ESF, o NASF, por exemplo, tem possibilitado a inserção na atenção básica de outros profissionais para além daqueles que compõem a equipe mínima da ESF, incluindo aí o psicólogo (GAZINATO; CASTRO-SILVA, 2014). No que respeita a contribuição do psicólogo nesse nível de atenção, podemos citar o apoio na diminuição da incidência de doenças por meio da prevenção e intervenção primárias visando as ações educativas e aliando-se a outras áreas do saber da psicologia com foco nas ações e nas situações que evitam comportamentos prejudiciais à saúde, apóia-se no conhecimento epidemiológico para organizar suas intervenções e no estímulo a autonomia dos indivíduos (ALVES; EULÁLIO, 2011). Essa inserção do psicólogo no SUS abriu diferentes possibilidades de articulação e ação, a partir do matriciamento e dentro da área de conhecimento o profissional pode ampliar suas práticas a diferentes problemas, espaços, de modo intersetorial e multiprofissional, inclusive com uso de diferentes técnicas e ferramentas, como por exemplo, o mapeamento psicossocial. Esse mapeamento é uma metodologia participativa que promove a inserção e a re-inserção com a comunidade. Somado a isso, inclui a caminhada comunitária e a problematização da comunidade, além de dados documentais como fontes de informação e apreensão da realidade (LIMA; BOMFIM, 2012).

É importante frisar que o psicólogo atue sob o papel de mediador do cuidado, mas que também desempenhe sua responsabilidade e compromisso social agindo como um catalisador das capacidades e recursos das pessoas e da comunidade como um todo, a fim de favorecer a inclusão social (ZURBA, 2011) e a transformação da realidade com enfrentamento das desigualdades sociais. Afinal, essa conduta se torna ainda mais necessária na atenção básica por ser o nível que está mais próximo dos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença.

Desta maneira, o psicólogo pode apoiar a superação de modelos assistências individualizantes e o fortalecimento do SUS, e ainda, dar apoio e suporte aos esforços de efetivação da reforma psiquiátrica e as formas de cuidado a esse público, cooperar com formas de gestão do cuidado e das políticas públicas nas diferentes áreas.

Este trabalho foi decorrente na disciplina "Estágio Supervisionado Básico II" na área de Psicologia da Saúde – Atenção básica em Saúde e Psicologia, ofertada no oitavo período do curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande, Campus I, Campina Grande-PB. O

estágio é uma experiência que possibilita a aquisição, reformulação e desenvolvimento de questionamentos dos aportes teóricos adquiridos durante o curso, e dão a possibilidade ao indivíduo de – em grupo – perceber-se e atuar de forma técnica e pessoal.

Assim, o objetivo do estudo foi elaborar um mapeamento psicossocial da comunidade a partir de estudo em instituição pública de prestação de serviço de saúde, Unidade Básica de Saúde, situado no bairro Malvinas, na cidade de Campina Grande – PB

Metodologia

A estratégia metodológica utilizada para o mapeamento psicossocial foi o desenvolvimento de um estudo em instituição pública de prestação de serviço de saúde – Unidade Básica de Saúde da rede municipal de Campina Grande. Para a elaboração do mapeamento psicossocial trabalhou-se 16 horas semanais com equipe de profissionais da unidade, equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), gestão municipal e a comunidade para o estabelecimento de vínculo com a mesma. Para tal, lançou-se mão da observação participante, participação em formações e reuniões da equipe, conversas informais e análise de documentos sobre dados sócio-demográficos do território e seus moradores, bem como, da análise situacional por meio do planejamento e avaliação dos dados da equipe.

Resultados e Discussão

Apesar da proposta de Campos e Guerrero (2012) e Barbosa e Noronha (2008) serem complementares e terem dado arcabouço às dimensões a serem observadas e analisadas durante o estágio, coube ao mapeamento psicossocial o aprofundamento teórico e prático de como analisar a dimensão interativa que ocorre na realidade local (LIMA; BOMFIM, 2012). O mapeamento é dito externo e interno. O primeiro tem apoio nos dados feitos até o momento na caracterização, que são dados de outras fontes que não o serviço, mas da mesma autarquia e por meio de visitas à comunidade. Já o interno detém-se aqueles dados sobre a forma como os moradores estão inseridos, como pensam, sentem e vivenciam seu lugar e as estruturas que a fazem (LIMA; BOMFIM, 2012).

Como o mapeamento psicossocial do contexto comunitário deve ir além da dimensão quantitativa, demográfica e econômica, o estagiário e o profissional precisam explorar a percepção de aspectos sócio-psicológicos na totalidade do lugar. Ela aponta a psicologia para as preocupações

com a articulação entre morador- comunidade- municipalidade, a participação social, as mudanças sociopolíticas, a co-construção de sujeitos comunitários, o desenvolvimento comunitário, para a vivência e a análise da atividade comunitária dentre outros (LIMA; BOMFIM, 2012).

A metodologia do mapeamento também diz respeito a uma possibilidade de *modus operandi* do profissional sobre as formas de compreensão do seu entorno e uma possível prática. Isso é o que torna possível perceber em uma caminhada no território de uma comunidade um conjunto de significados importantes a constituições mais solidárias, democráticas, participativas e libertadoras da população, indivíduos e grupos.

Este mapeamento psicossocial tem como fonte de dados o diário de campo do estagiário [que *per se*, incorpora diversos aspectos e dimensões objetivas e subjetivas de experiências, dúvidas, descrições e observações, questionamentos, acertos, a superação e a aprendizagem (MONTERO, 2006)], da observação participante dos grupos realizados (“Sentido de vida e trabalho”, Grupo de Saúde Mental, Reunião de equipe, Sala de Espera e espaços de socialização; Grupo de Terapia Comunitária; Grupo Anti-Tabagismo e de uma entrevista semi-estruturada com os profissionais da equipe de saúde.).

Sob a perspectiva da comunidade, os trabalhadores não garante acesso a assistência, e muitas vezes os profissionais são tidos como “reguladores” dos atendimentos especializados (encaminhamentos à especialistas e exames) devido a necessidade de “ser atendido primeiro na unidade”. A concepção de saúde da comunidade é médico-centrada e hospitalocêntrica. Com esse conceito de saúde mais voltado a um atendimento médico especializado, com exames e medicamentos, à unidade caberia apenas o encaminhamento. Isso foi observado pela fala e análise do diário de campo e observação participante do estagiário.

Segundo Barbosa e Noronha (2008), no diagnóstico de estágio devem estar incluídos aos aspectos: materiais, físicos e socioeconômicos; os profissionais (são as expectativas, possibilidade e concepções que estão ligadas à formação e ao desempenho das atividades); os dos usuários (crenças e as relações); do gestor e da equipe (que dizem respeito à organização das ações e do projeto/plano que orientam do SUS em consonância, ou não, com a gestão pública em saúde). Seja pelo mapeamento ou pela predisposição/formação/experiência do profissional, isso vem a colaborar com o desenvolvimento e a articulação de novas formas de organizar o cuidado dos grupos e indivíduos.

Um outro arcabouço teórico utilizado durante o estágio foi o Referencial Pedagógico de Apoio Institucional (Método Paidéia). Ele permite pensar o planejamento em saúde e a organização do território e seus equipamentos, podendo ser feito pela equipe de saúde, auxiliando assim na

construção de condições favoráveis para a reflexão sobre a atuação dos sujeitos no mundo a partir dos modos de fazer gestão e co-produção de conteúdo e significados. Com o método, alguns momentos podem ser realizados processualmente de forma contínua pelo profissional (CAMPOS e GUERRERO, 2000).

A fim de preservar a identidade da equipe e do território os dados do diagnóstico, foram apresentados em reunião específica e constituíram material para o desenvolvimento de outras atividades na equipe, como o “Mapa –Vivo”, utilizado como ferramenta de análise e conhecimento do território, diagnóstico e identificação de prioridades, o planejamento e organização do processo de trabalho e de cuidado à comunidade.

O território da unidade de saúde fica no bairro mais populoso da cidade, a Malvinas. Sendo parte do seu território fruto de ocupação de conjunto habitacional que não havia sido entregue à população por questões eleitorais na década de 80. Ele fica afastado da região central da cidade, sendo seu acesso com poucos pontos de ônibus, conta com vias pavimentadas em sua maioria, tem esgotamento sanitário e a maioria das casas é de alvenaria e tendo água encanada. Os equipamentos de saúde mais próximos são o Hospital Regional de Trauma e a Policlínica das Malvinas. De educação a população da UBSF ainda tem uma creche particular, uma escola estadual, uma cooperativa de artesanato e um Núcleo de Mulheres (associação). A região possui pequenos comércios, a população possui uma renda entre baixa a média, quase todas as casas são de alvenaria, com água encanada, rede de esgoto e tem coleta regular de lixo.

A equipe NASF apóia cinco equipes da Estratégia Saúde da Família. A equipe de saúde é constituída por 05 Agentes Comunitários de Saúde, médico (Residente em Saúde da Família-PMCG), enfermeiro, odontólogo, assistente social, técnico de enfermagem e de saúde bucal, auxiliar de serviços gerais, recepcionista e porteiro. Junto ao serviço existem cadastradas 146 pessoas com diabetes, 305 com hipertensão, 12 gestantes, 260 indivíduos acima de 60 anos, homens e mulheres acima de 40 anos são 380 e 260, respectivamente. São 64 crianças menores de cinco anos, 14 acamados e 125 pessoas com situações de algum tipo de câncer, álcool, tabagismo e em uso de algum remédio controlado (dito, grupo de Saúde Mental). Funcionam os grupos com entrega de medicação para hipertensos, diabéticos e aqueles em uso de medicação controlada. Existem muitas casas que não procuram a unidade por se tratar de uma população de adultos jovem em idade produtiva. A comunidade relata haver baixa resolubilidade de seus problemas no serviço, muitos o procuram para ter acesso apenas à vacinação, acesso e requisição de medicamentos, solicitação de exames e encaminhamento para serviços especializados de saúde.

Existe um ponto de distribuição de drogas em uma das micro-áreas, há uma considerável evasão de adolescentes da escola e nenhum equipamento social público ou não direcionado à prática de atividade física ou formação técnica e profissional.

O mapeamento psicossocial foi uma ferramenta para o estagiário aproximar-se e agir, veja que sua realização permitiu a identificação e a compreensão da comunidade, o estabelecimento de vínculo com os profissionais da equipe e da população, capturando assim também as necessidades em saúde e auxiliando a tomada de decisão para ações do estágio. Sendo ela uma possibilidade, não apenas ao estágio, mas a área da psicologia que permite a construção de relações mais comprometidas com o pensar e planejar o cuidado em saúde realizado tanto no que corresponde a saúde mental, mas também sinalizando outras possibilidades a partir das mudanças de práticas dos profissionais e do olhar sobre o território e a comunidade. Esse mapeamento poderia ser catalisado quando a orientação e formação do profissional são baseadas em um compromisso social e sua ação forma de alcançar a transformação social e individual, seja na saúde mental como, em tudo que concerne à determinação da saúde da população.

O principal objetivo da área estratégica da saúde mental no NASF é o de ampliar e qualificar o cuidado às pessoas com transtornos mentais como base no território, com cuidado prestado na rede familiar, social e cultural do usuário, de forma a potencializar o processo de valorização da subjetividade do sujeito por meio do apoio matricial e respeitando os princípios básicos e de organização do SUS (OLIVEIRA et al., 2017). Todavia, limites de gestão, de co-gestão e do trabalho interprofissional e o matriciamento ainda são um problema a serem enfrentados nesse território e no serviço pelos trabalhadores. Segundo a literatura, o matriciamento ocorre de forma incipiente no campo no NASF (OLIVEIRA et al., 2017). O apoio matricial junto à equipe da unidade de saúde foi à maneira encontrada para colaborar com a execução das intervenções junto à população, ou seja, apoiar técnica e agir a partir da co-gestão das ações promove conversas e apoio as linhas de cuidado realizadas. Além disso, o mapeamento já era realizado na identificação das problemáticas concernentes a comunidade que puderam ser articulados no planejamento e organização do trabalho para assim haver mudanças na assistência à comunidade.

O trabalho em saúde na Atenção básica é complexo e precisa ser interdisciplinar e intersetorial para o bom desenvolvimento das atividades de assistência e cuidado na comunidade. Todavia, trabalhar sob essa ótica é um desafio, o apoio matricial deveria ser o caminho para dar suporte a novas práticas em saúde dentro das equipes de saúde (FREIRE; PICHELLI, 2013). Desta forma, o trabalho do estagiário foi o de dar prioridade ao desenvolvimento de um trabalho planejado

a partir da identificação/ modificação/superação de problemas da comunidade, superando o pensamento individualista e naturalizante dos problemas de saúde.

Como o mapeamento cria diferentes formas de comunicação e permite criar vínculos de solidariedade e afetos, percebeu-se que a ferramenta também acaba colaborando para que o profissional de psicologia e a equipe tenham uma avaliação e monitoramento dos impactos e resultados de suas próprias ações.

A pouca comunicação entre a Rede de Saúde Mental e as equipes do NASF e de saúde aparentemente ocorre pela falta de diálogo e de co-gestão entres os profissionais, fazendo parte de uma proposta de gestão pública, o que atrapalha nos encaminhamentos que ficam sem contra-referência na maioria das vezes e na falta de clareza para população sobre seus direitos e caminhos terapêuticos pela rede de serviços. Essa situação corrobora com achados de Freire e Pichelli (2013) em que por vezes há distorção do que os psicólogos têm como práticas possíveis e socialmente comprometidas, estando dentro dos serviços de saúde públicos. Mesmo com o reconhecimento da importância e das possibilidades, a falta de criticidade e lacunas na formação levam a não superação das práticas e das concepções tradicionais (individualista e clínica) ao campo.

Porém, para além de qualquer dificuldade de ordem individual do profissional estão outros elementos que constituem a organização, processo e as relações de trabalho. Esses constituem elementos decisivos na execução de uma boa práxis. Os fatores que mais facilitam o comprometimento com o trabalho são a identificação, características de personalidade, valores éticos-morais e boas condições de trabalho. Já os que dificultam é o salário, má gerência institucional e administrativa e a falta de reconhecimento por parte da instituição e dos próprios usuários (DIMENSTEIN, 2001). Todos esses aspectos constituem o panorama do campo de estágio e diz das condições de vida e trabalho de muitos. É necessário que a universidade possa além de ocupar os serviços promover espaços de formação e discussão da gestão dos serviços públicos, o comprometimento com os problemas sociais devem ser pauta das instituições para colaborar efetivamente a população.

Avalia-se que o projeto de intervenção com o estágio foi realizado como previsto e ocorreu de forma participativa. Cabe salientar que a proposta desta ação não acaba em si, ela dispara certos processos com os quais os profissionais e outros estagiários podem acessá-lo como instrumento para diferentes objetivos fins. No que tange o que foi proposto, acredita-se que algumas metas foram alcançadas como a sistematização da rede, novos espaços de diálogos (a equipe marcou e realizou reunião de equipe e sala de situação que há meses não eram realizadas), inclusive com uso

do “mapa-vivo”, pautar a co-responsabilização e os modelos de assistência que concatenem com a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) é um exercício permanente de gestão junto da equipe, apesar de ter sido uma meta ela não tem fim na intervenção proposta. A sala de situação e as reuniões de equipe foram retomadas sendo este um produto das intervenções, bem como, criou-se uma dinâmica de identificação de problemas, propostas de soluções e responsabilização como metodologia das reuniões a partir dos dados fornecidos pelos consolidados da produção ambulatorial e das escutas e ações junto a comunidade. Todas essas ações de forma indireta perfazem ações com a comunidade, pois tratam de como a assistência pode ser modificada a partir da re-organização das práticas e organização do serviço e seus trabalhadores.

Existiam inúmeras possibilidades de trabalho e intervenção. Porém, os projetos de intervenção deveriam ser realistas à própria característica do estágio, da equipe, do supervisor e quanto ao tempo disponível. Esses aspectos foram trabalhados de forma permanente e sem um término, constituindo em si reconhecer um processo participando dele. E como é intermitente a vida e o trabalho no território não estaria acabada. A gestão, o planejamento e a avaliação são além de ações uma maneira de pensar e agir, uma conduta necessária à saúde pública e coletiva, assim como tratar de uma conduta/postura clínica é necessário ao psicólogo (ARGERAMIN-CAMON, 2002).

Conclusões

Ainda é um desafio sair da dicotomia entre teoria e prática que a formação profissional em saúde passa. A utilização de ferramentas que sejam coerentes com uma práxis comprometida com o envolvimento de todos os entes (comunidade, profissionais, gestão e outros), como o mapeamento psicossocial é uma forma de reconhecimento do outro e a saída desse lugar de técnico com aplicações do conhecimento dando chance às diferenças e individualidades/coletividades, as quais os territórios de saúde possuem. Vivenciar essa experiência durante o estágio colaborou com a formação e toda discussão sobre as possibilidades de atuação e práticas no campo, principalmente sobre como criar estratégias para superar muitas das dificuldades na assistência, nas atividades de saúde com grupos, na co-gestão do cuidado e no planejamento em saúde.

O estágio não se encerra, no plano concreto todas as relações intersubjetivas e objetivas misturam-se e constituem o pano de fundo de uma comunidade. A percepção desse “lugar” de estagiário pede uma postura mais compreensiva, aberta e disponível às práticas já realizadas, facilitando assim os encontros e existências do local, bem como permite criar possibilidades de

intervenção. O processo ter ocorrido desta forma permitiu uma formação profissional pautada pela ética, crítica e comprometimento social.

A inserção do psicólogo no SUS ainda está aquém em número de profissionais e das possibilidades de ação. O território da saúde é um *locus* ultradinâmico, seja pelas mudanças sociais, culturais e econômicas que a população tem, seja pelas políticas públicas e gestão do trabalho em saúde que sofrem alterações contínuas que dificultam qualquer manutenção a médio e longo prazo das ações iniciadas junto aos serviços. Associadas a essas questões, ainda têm-se as práticas autoritárias, baseadas na compreensão restrita de saúde e cuidado e as relações com a medicação como problemas de saúde pública a serem enfrentados na rotina dos serviços.

A gestão local de saúde é um elemento que precisa de articulações constantes, principalmente entre as diferentes instituições, tendo um planejamento claro com objetivos concernentes a entes públicos para a promoção do bem estar social da população. Os trabalhadores dos serviços são um público com o qual sempre é importante e interessante dar apoio e suporte, porém, também é crucial que haja estratégias individuais de autocuidado e como política pública.

Como as realidades são múltiplas, as soluções também precisam ser, para o trabalho em saúde na atenção básica é preciso que exista comprometimento social e enfrentamento dos conflitos como maneira de atuar. Para enfrentar e contribuir para a efetivação do cuidado em saúde, a formação precisa ser problematizada, assim como ser crítico e co-responsável pelos encontros e desencontros da rotina, ter supervisão das equipes é uma estratégia, bem como grupos de estudos sobre as políticas e a para a busca de novos elementos para a prática. Agir a partir do mapeamento psicossocial precisa de prática e teoria, conhecer a rede e os equipamentos de saúde/ assistência social/educação, a política, as questões subjacentes ao panorama socioeconômico, cultural e político dão sustentação a práticas e dinâmicas de trabalho mais coletivas e implicadas com a realização da assistência e da saúde.

Agradecimentos

Agradecemos aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande e Prefeitura de Campina Grande pela parceria firmada com a instituição de ensino público. E aos trabalhadores das unidades de saúde e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família que tão gentilmente apóiam os estagiários em sua formação e prática.

Referências

ALVES, R. F.; EULÁLIO, M do C. Níveis de intervenção. In: ALVES, R. F. et al. **A psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Campina Grande, EDUEPB, 2011.

ANGERAMI-CAMON, V. A. (2002). O ressignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da saúde. In V. A. Angerami-Camon (Org.). **Psicologia da saúde: um novo significado para prática clínica** (Cap. 1). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

ARAÚJO, Julianna Sampaio de; XAVIER, Monalisa Pontes. O conceito de saúde e os modelos de assistência considerações e perspectivas em mudança. **Revista Saúde em Foco**. 2014, jan/jul, v.1, n.1, p. 137-149. Disponível em: <www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/326/382>.

BARBOSA, Tatyana Mabel Nobre; NORONHA, Claudianny Amorim **Estágio supervisionado interdisciplinar**. Natal, RN: SEDIS, 2008. 11v. 224 p.

BATISTELLA, C. FIOCRUZ. **Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de Saúde. O Território e o processo saúde-doença. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica (20??)** Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br>>. Acesso em 2018..

BOURDIEU, P. O campo científico. In. ORTIZ, R. (org.) **Pierre Bourdieu**. Ática. 1983. (Grandes Cientistas Sociais).

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. Ministério da Saúde, UNICAMP, 2008.

DIMENSTEIN, Magda. O psicólogo eo compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, dezembro de 2001.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 3, n. 1, p. 53-81, June 1998.

FREIRE, Francisca Marina de Souza; PICHELLI, Ana Alayde Werba Saldanha. O Psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 162-173, 2013.

GAZIGNATO, Elaine Cristina da Silva; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 296-304.

GUARESCHI, N. et al. A formação em psicologia e a inserção para o trabalho no Sistema Único de Saúde. Cap. 3. In: GUARESCHI, N. et al. (orgs) **Psicologia, formação, política e produção em saúde**. EdPucRS, 2014a.

GUARESCHI, N. et al. A psicologia e a formação do profissional da saúde para o SUS: um estudo a partir dos currículos de cursos de psicologia do Rio Grande do Sul. Cap. 2. In: GUARESCHI, N. et al. (orgs) **Psicologia, formação, política e produção em saúde**. EdPucRS, 2014b.

LIMA, D.M.A; BONFIM, Z. A. C. Mapeamento psicossocial participativo: Metodologia de facilitação comunitária. **Psicol. Argum.**, v. 30, n. 71, 2012. p. 679-689.

MENEGON, V. M.; COELHO, A; E. L. A inserção da psicologia no sistema de saúde pública: uma prática possível. 2005.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de et al . The role of the psychologist in NASF: challenges and perspectives in primary health care. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 25, n. 1, p. 291-304, mar. 2017 .

RIBEIRO, J. L. P. A psicologia da saúde. In: ALVES, R. F. et al. **A psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa.** Campina Grande, EDUEPB, 2011.

SARRETA, FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p.

SOUSA CAMPOS, G. W. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Socied. Cultura**, v.3, n.1 e 2. 2000. 51-74.

ZURBA, M. C. **Psicologia e Saúde Coletiva.** Florianópolis: Tribo da Ilha, 2011. 240p