

# A Inserção do Psicólogo na Estratégia de Saúde da Família e a Transição de Paradigma em Saúde

Andréia Isabel Giacomozzi

Universidade Federal de Santa Catarina  
Florianópolis, SC, Brasil

---

## RESUMO

Este trabalho discute alguns dos modelos de compreensão do binômio saúde-doença e suas aplicações no Sistema Único de Saúde brasileiro. Para tanto, faz-se uma revisão de estudos sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família com relação à sua atuação, destacando-se a predominância de práticas fragmentadas e uma visão de saúde como ausência de doença somente, apesar do preceito de integralidade preconizado pelo SUS. Argumenta-se a favor da inserção do psicólogo na saúde pública como participante das equipes de saúde da família pelo entendimento de que este profissional pode dar uma contribuição importante para a superação do modelo hegemônico em saúde (biomédico) por um modelo mais abrangente e integrado, que reconhece a saúde como um fenômeno multidimensional, no qual interagem aspectos biológicos, psicológicos e sociais e caminha para uma compreensão mais holística do processo saúde-doença.

**Palavras-chave:** Psicologia; ESF; SUS; integralidade; interdisciplinaridade.

## ABSTRACT

*The Insertion of the Psychologist in the Esf and the Health Paradigm Transition*

This article discusses some understanding models about the binomial health-sickness and its applications in the Brazilian Single Health System (Sistema Único de Saúde). Therefore, a review on studies on the performance of Family Health Strategy teams is undertaken, highlighting the predominance of fragmented practices and a view about health as simply the absence of diseases, in spite of the precept of integrality advocated by the Brazilian Single Health System. The insertion of the psychologist in the public health as a participant in the family health teams is favourably argued given the understanding that such professional will be able to give an important contribution towards overcoming the hegemonic model of health by a more comprehensive and integrated model, which recognizes health as a multidimensional phenomenon, where biological, psychological and social aspects interact in the direction of a more holistic understanding of the health-disease process.

**Keywords:** Psychology; ESF; SUS; integrality; interdisciplinarity.

## RESUMEN

*La Inserción del Psicólogo en la Esf y la Transición del Paradigma en Salud*

Este trabajo discute algunos de los modelos de comprensión del binomio salud-enfermedad y sus aplicaciones en el Sistema Único de Salud brasileiro. Para ésto, se hace una revisión de estudios sobre la actuación de los equipos que actúan en la “Estratégia de Salud de la Família”, destacándose la predominancia de las prácticas fragmentadas y una visión de salud como ausencia de enfermedad solamente, a pesar del precepto de integración preconizado por el SUS (Sistema Único de Salud). Se argumenta a favor de la inserción del psicólogo en la salud pública, como participante de los equipos actuantes en salud de la familia, porque se entiende que este profesional puede contribuir de una manera importante para la superación del modelo hegemónico en salud (biomédico) por un modelo más abarcativo e integrado, que reconoce a la salud como un fenómeno multidimensional, en el cual interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales en camino hacia una comprensión más holística del proceso salud-enfermedad.

**Palabras clave:** Psicología; ESF; SUS; integración; interdisciplinaridad.

---

As atuais demandas de saúde do país clamam por equipes interdisciplinares formadas por profissionais comprometidos e sensíveis às necessidades do território onde atuam e com um olhar voltado à integralidade na atenção aos usuários. Mais que isto, urge que tais profissionais estejam aptos a trabalhar promovendo saúde e não apenas curando doenças.

A promoção de saúde compreende o processo de empoderamento das comunidades para atuarem na melhoria da sua qualidade de vida e saúde (Brasil, 2006). As ações comunitárias devem ser efetivadas com a participação popular nas decisões relacionadas à saúde, e com o acesso da população às informações desta área. Além disso, a promoção da saúde tem sido caracterizada dentro dos preceitos da integralidade, tanto no que concerne aos problemas no processo saúde-doença-cuidado, quanto nas propostas de superação dos mesmos (Buss, 2003).

A integralidade, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser vista como uma noção com vários sentidos: como crítica à atitude médica fragmentária e reducionista, às práticas com foco na atenção individual curativa, à separação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais, entre ações de saúde coletiva e atenção individual, aos programas verticais, entre outros. Uma atenção a saúde voltada para a integralidade deve garantir, além da consideração das multicausalidades do processo de adoecimento, e da visão holística dos sujeitos, a construção de políticas especificamente desenhadas para responder aos problemas de saúde que afligem os grupos populacionais, articulando diversos espaços para a busca de soluções e da qualidade de vida. A integralidade seria, portanto, uma ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas de saúde (Brasil, 2003).

Dentro deste contexto, a interdisciplinaridade se coloca como uma estratégia de ação que pode possibilitar um entendimento mais profícuo das necessidades locais, possibilitando às equipes atuarem de forma mais abrangente e diversificada, e contribuindo para a construção de um olhar voltado ao usuário dos serviços de saúde pautado nos princípios da integralidade, da equidade e da territorialidade postulados pelo SUS.

O Ministério da Saúde preconiza um modelo de atenção básica baseado na integralidade da atenção, contudo, observa-se que as equipes mínimas da Estratégia de Saúde da Família são formadas apenas por profissionais da área biomédica, fato que dificulta a ampliação do olhar com relação ao usuário e às questões de saúde e doença apresentadas pela população.

Dessa forma parte-se da argumentação de que para ocorrer uma mudança do paradigma hegemônico ainda vigente, pautado no modelo flexneriano,

biomédico de saúde, para um novo paradigma, mais adequado às demandas de saúde da população, e aos princípios do SUS, é necessária uma ampliação não somente do entendimento do processo saúde-doença, adotando um enfoque multidimensional que considere os aspectos cognitivos, emocionais, psíquicos, as comunicações sociais, normas, representações e valores culturais, como também uma ampliação do leque de profissões incluídas nas equipes de saúde da família, pois a presença de profissionais com outros olhares, além do olhar biomédico, pode contribuir com o alcance efetivo desta mudança.

### OS MODELOS DE COMPREENSÃO DO BINÔMIO SAÚDE-DOENÇA E A PSICOLOGIA DA SAÚDE

É importante estudar as concepções sobre saúde e doença, porque são elas que irão determinar as práticas de saúde adotadas nas diferentes sociedades e épocas. Tais concepções não se reduzem às evidências orgânicas, pois estão intimamente relacionadas com a história, a cultura e as condições de vida dos sujeitos (Canguilhem, 1990). A partir disso, faz-se necessário um breve relato histórico sobre essas concepções na sociedade ocidental, pois muitas delas ainda exercem influência sobre nossas práticas de saúde atuais.

Em meados do século XVIII na Europa, surge o movimento denominado de Medicina Social. Esse movimento concebia a saúde como resultante de condições ambientais e de estilo de vida dos sujeitos. Questões de saúde e doença envolviam, portanto, ações de mobilização política e social visando alcançar melhores condições de vida familiar, nos bairros e na organização das cidades (Nunes, 1999).

Muitas das ideias atuais presentes na saúde coletiva originaram-se dessa época, quando o movimento de Medicina Social enfatizava a dimensão política do conceito de saúde, articulando-o com as questões sociais, a problemática do saneamento básico e a necessidade da formulação de políticas públicas em saúde. O movimento acreditava na necessidade do Estado intervir ativamente na solução dos problemas de saúde, o que significava a introdução de profundas mudanças na estrutura política e social da época, interferindo nos determinantes do processo saúde e doença (Nunes, 1999). Além disso, a autonomia dos sujeitos era algo muito importante para este estilo de pensamento, visto que ele se apresentava como uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde, as chamadas políticas públicas saudáveis (Buss, 2003).

Porém, ao final do século XIX, com as descobertas bacteriológicas, as doenças passam a ter seu agente etiológico, e as concepções ecológicas, sociais e multicausais das doenças são deixadas de lado. Surge o modelo biomédico, que considera que as doenças possuem origem biológica primária, objetivamente identificável (teoria unicausal), podendo ser causadas por agentes externos ao organismo (bactérias, vírus) que invadindo o corpo causariam mudanças internas; ou por mudanças involuntárias internas (desequilíbrios químicos, predisposição genética) que desencadeariam distúrbios (Ogden, 1999).

Assim, as doenças perdem a sua relação com o social, e o sujeito deixa de ter autonomia frente aos comportamentos de saúde, ficando isento de responsabilidade sobre suas enfermidades. Os profissionais de saúde passam a ser os únicos responsáveis pelo tratamento do doente (Ogden, 1999) e o comportamento do mesmo passa a ser avaliado em função da sua adequação ao saber médico oficial (Spink, 2003).

A dicotomia entre mente e corpo está presente neste modelo, que os considera com funcionamento independente um do outro, onde a mente é incapaz de influenciar o estado físico e vice-versa (Ogden, 1999). Seu foco está nas causas biológicas da doença, ignorando o fato de que muitas doenças são resultantes de uma interação entre acontecimentos sociais, psicológicos e biológicos (Stroebe e Stroebe, 1995). Dentro deste enfoque existe uma visão de homem abstrato e a-histórico, desvinculado de seu contexto social (Spink, 2003). Além disso, desconsidera-se o valor da experiência subjetiva do indivíduo, que poderia auxiliá-lo a perceber seus próprios recursos positivos para ajudar no processo da recuperação da saúde (Remen, 1993).

Ao longo do século XX, porém, tais concepções acerca de saúde e doença começaram a ser colocadas em discussão com o surgimento de novas abordagens: (a) a Medicina Psicossomática, que indicava a existência de uma interação entre mente e corpo, com a ideia de que os fatores psicológicos podiam ser não só consequências de uma doença, como também contribuir para seu surgimento; (b) a Saúde Comportamental que se preocupava com a prevenção de doenças utilizando-se da educação para a saúde com o objetivo de modificar os comportamentos e estilos de vida, sugerindo novamente uma relação entre mente e corpo e trazendo a responsabilidade do sujeito sobre sua própria saúde; (c) a Medicina Comportamental, que também desafiou a dicotomia mente/corpo, trabalhando não apenas com foco no tratamento, mas principalmente na prevenção e intervenção de doenças (Ogden, 1999).

Neste contexto de mudanças, surge a Psicologia da Saúde. Esta disciplina estuda os processos de saúde e doença procurando reconhecer o papel dos fatores físicos, sociais e biológicos, bem como os níveis de interação entre eles (Fisher, 2002). Este campo de saber está também amplamente ligado às políticas públicas relacionadas à saúde, pois, de acordo com Matarazzo (1980) ele é um conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as diferentes disciplinas psicológicas fazem à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação dos correlatos etiológicos da saúde, da enfermidade e das disfunções a elas relacionadas, à melhoria do sistema sanitário e à formação de uma política sanitária. Além disso, a Psicologia da Saúde é uma prática que atua na integração da saúde mental com a saúde física e social dos sujeitos e está baseada em atitudes que visem à preservação da vida (Souza, Carvalho, Nardini, Calvetti e Gil, 2005).

Para a Psicologia da Saúde as doenças devem ser vistas como sendo causadas por uma multiplicidade de fatores e não por um único fator causal. Essa abordagem adota o modelo biopsicossocial de saúde e doença, baseado na teoria geral dos sistemas, desenvolvido por Engel (1977).

O modelo biopsicossocial pretende superar o velho dualismo entre corpo e mente e a concepção simplista de causas individuais e de sequências unilineares no curso do desenvolvimento da doença, colocando em evidência a interação dinâmica dos múltiplos fatores envolvidos. Considera que os fatores biológicos, psicológicos e sociais são todos determinantes importantes da saúde e da doença e o diagnóstico médico deve levar em conta a interação entre tais fatores quer na avaliação da saúde, quer ao fazer recomendações para tratamento (Stroebe e Stroebe, 1995).

Outra dicotomia abolida no modelo biopsicossocial é a da saúde-doença, pois ao invés dos sujeitos serem vistos como doentes ou saudáveis, passam a deslocar-se num continuum que vai do estado de saúde ao de doença e vice-versa. Saúde e doença não são mais vistas como qualitativamente diferentes, mas pertencentes a este mesmo processo contínuo que faz parte da vida das pessoas (Ogden, 1999). Dessa forma ocorre uma mudança de concepção negativa de saúde, entendida como ausência de doenças, para uma concepção positiva, vista como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida da população.

O indivíduo não é mais encarado como uma vítima da doença, mas como co-responsável pela mesma, uma vez que ela é uma combinação dos

fatores já mencionados. É necessário que o sujeito seja tratado em sua integralidade e não apenas os prejuízos físicos que ocorreram em seu corpo; devem ser encorajadas mudanças de comportamento (adoção de comportamentos de saúde) estratégias de coping e adesão ao tratamento sendo, portanto, o indivíduo também co-responsabilizado pelo mesmo (Ogden, 1999).

Todas estas mudanças na concepção de saúde-doença, aliadas ao processo denominado de Revolução Vital – mudança no quadro de saúde da população, marcado pela diminuição da mortalidade (controle das doenças infecto-contagiosas) e aumento da morbidade (predominância de doenças crônico-degenerativas), contribuíram para o renascimento da multicausalidade, denominada de multicausalidade moderna. (Gutierrez e Oberdiek, 2001; Laurell, 1983; Singer, Campos e Oliveira, 1978).

O modelo multicausal passou por mudanças ao longo do século XX, dando origem a pelo menos três modelos de análise. O modelo da balança, no qual a saúde era entendida como um equilíbrio entre fatores agentes e fatores hospedeiros. Neste modelo, os fatores são tomados isoladamente, compondo apenas uma reinterpretação do modelo unicausal; O modelo da rede de causalidade, que considerava as interações recíprocas de múltiplos fatores, e para atuar sobre a doença bastava identificar na rede o componente mais frágil e intervir. E o modelo ecológico, considerado o mais elaborado dentre os três, cujas críticas recaem sobre o fato do mesmo não estabelecer uma hierarquia entre os processos biológicos e sociais (Gutierrez e Oberdiek, 2001; Laurell, 1983; Singer, Campos, e Oliveira, 1978).

Além desses modelos, a partir da década de sessenta, em meio à crise econômica e política, com os altos custos e a constatação da baixa eficácia da medicina curativista/hospitalar, além da limitação dos modelos dominantes em explicar as desigualdades em saúde-doença entre os grupos sociais, surge o modelo da determinação social da doença. Este modelo busca explicar o processo saúde-doença, bem como sua historicidade, reconhecendo seu caráter duplo (biológico e social), a especificidade de cada um e analisando a relação que conservam entre si (Gutierrez e Oberdiek, 2001; Laurell, 1983).

Percebe-se dessa forma, o surgimento ao longo da história da nossa sociedade, de vários modelos que procuraram explicar o processo de saúde-doença. Alguns mais centrados nos aspectos físicos, outros nos psicológicos, ou nos fatores sociais que produzem ou facilitam a emergência de doenças, e outros ainda que procuram integrar estes aspectos entre si. Defende-se

a ideia de que para dar conta da complexidade e da diversidade das experiências dos sujeitos com relação à evolução dos problemas de saúde e doença, é necessário considerar a noção da multidimensionalidade de tais fenômenos na sua compreensão, considerando-os todos imbricados neste processo.

Essas mudanças na concepção de saúde e doença estiveram presentes no surgimento do novo sistema de saúde brasileiro, o SUS, que traz a proposta da atenção integral à saúde dos brasileiros. O processo de saúde-doença passa a ser compreendido através da abordagem de vigilância da saúde, que considera a saúde vinculada a uma gama extensa de determinantes socioambientais e que devem ser enfrentados pela superação das desigualdades (Cordeiro, 2001; Paim e Teixeira, 1992; Teixeira, Paim, e Vilasboas, 1998).

## O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Constituição Federal de 1988 alterou o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde dando origem ao SUS. O SUS representa uma mudança da concepção clássica de atenção à saúde no Brasil, que era baseada em fundamentos assistencialistas e curativos, para uma visão com um conceito ampliado de saúde. Essa nova concepção estabelece uma relação direta entre saúde e condições de vida, e não mais com ausência de doença somente (Brasil, 1988).

Sua consolidação foi resultado de um processo de discussão em relação à situação de saúde do país, e da necessidade de uma reforma sanitária, envolvendo governo, profissionais de saúde progressistas e a população. Esse movimento estava inserido no movimento mais amplo de redemocratização do país e foi discutido na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que representou um marco na luta pela melhoria do sistema de atenção à saúde no Brasil, se constituindo como o espaço de negociação e definição do SUS enquanto política nacional (Dimenstein, 2001).

O SUS possui como princípios a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular. A universalização garante o acesso à saúde a todas as pessoas. A equidade é um processo de justiça social, procurando tratar de maneira específica cada território, com o objetivo de diminuir as desigualdades, levando em conta as diferenças de necessidades e investindo mais onde a carência é maior. A integralidade consiste em considerar a pessoa como um todo, reconhecendo aspectos biológicos, psicológicos, sociais e os contextos de vida, integrando ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. A descentralização

e a participação popular garantem a participação da comunidade nas tomadas de decisão com relação às ações em saúde, sendo formas de concretizar o SUS na prática (Brasil, 1990).

O acolhimento dos usuários de forma universal, equânime e integral, tem sua consolidação com o Programa de Saúde da Família (PSF) que surge como uma estratégia potencialmente capaz de substituir o modelo de atenção hegemônico, através da ampliação do acesso da população carente e excluída ao SUS e da reorganização da atenção primária à saúde, com repercussões positivas no reordenamento nos demais níveis de complexidade da assistência (Costa e Miranda, 2009). Esse programa coloca o cuidado mais perto da comunidade, com foco das ações no eixo territorial, compondo um campo de produção de novos modos de cuidado. Cuidado que o profissional de saúde deve desenvolver de forma culturalmente sensível e com parceria com a família e a comunidade, sustentando a nova proposta de saúde e melhorando a qualidade de vida da população (Romagnoli, 2006).

O PSF é uma política pública de atenção primária à saúde, com objetivo de reorientar o sistema, auxiliando a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS, e organizando os sistemas numa rede articulada com os outros níveis de atenção (Brasil, 1997). Mais recentemente, o programa tem sido nomeado de Estratégia, ampliando a perspectiva de um programa de ações em saúde e explicitando a proposta de reorganizar o modelo de atenção visando à integralidade.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) torna-se a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, e tem por objetivos, valorizar o trabalho em equipe, a construção do vínculo e a responsabilização entre população e profissionais, o reconhecimento da saúde como um direito de todo o cidadão, a intervenção sobre as condições de vida e saúde, a integração e mobilização intersetorial e a organização da sociedade para exercer o controle social (Camargo-Borges e Cardoso, 2005).

A ESF oportuniza ao profissional de saúde, conhecer a estrutura de organização da comunidade à qual ele está vinculado, além de prestar uma assistência universalizada com descentralização das decisões. Com bases territoriais definidas para a atuação, concebe a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde (Pereira, Machado e Nascimento, 2008). Assim, a ESF pode ser instrumento importante no processo de transformação da assistência em saúde, pois possibilita maior aproximação entre o usuário, a família, os profissionais e toda a comunidade.

Trabalhar em consonância com a ESF requer, portanto, uma inversão da lógica do cuidado: menos

técnico e mais relacional, tanto entre a equipe e o usuário, quanto entre os membros da equipe (Camargo-Borges, 2002). Esses princípios implicam a organização da rede de serviços e práticas profissionais em novas bases, mas ainda não conseguiram ser legitimados, por esbarrarem em obstáculos de diversas ordens, entre eles, a inadequação dos profissionais de saúde às demandas do SUS (Costa e Miranda, 2009).

Tal inadequação deve-se em grande parte ao modelo pedagógico hegemônico das instituições de ensino com conteúdos fragmentados, e ao modelo biomédico fortalecido com as práticas tradicionais de saúde, que em grande parte são voltadas para atenção individualizada, especializada, centrada na supervalorização da medicina curativa e hospitalar (Ceccim e Feuerwerker, 2004; Silva e Tavares, 2004; Gil, 2005).

Ao se comparar essas dinâmicas com as necessidades apresentadas pelo SUS, surgem vários paradoxos. Espera-se um modo de atuação profissional e de organização dos serviços pautados na produção do cuidado e de um novo fazer em saúde, com foco na família, na equipe, nas ações intersetoriais e assistenciais integrais. Para isso, existe a necessidade de formação inicial e permanente de profissionais com preparação acadêmico-científica, ética, humanística, dotados de conhecimento técnico-político e cultural para a cooperação e assessoramento na prestação dos serviços e nos movimentos sociais, constituindo perfis que contemplem a integralidade (Costa e Miranda, 2009).

A equipe mínima da ESF é formada pelo médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, de 4 a 6 agentes comunitários de saúde, dentista e seu auxiliar. Essa equipe deve conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, cadastrando todos os grupos da sua área de abrangência, realizando o diagnóstico de saúde dessa comunidade e estabelecendo ações e metas relacionadas aos principais indicadores de saúde. Outros profissionais, como assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, podem ser incluídos na equipe multidisciplinar mínima, ou nas equipes de apoio (NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família) de acordo com os interesses e necessidades dos municípios, mas esta inclusão ainda é praticamente inexistente na grande maioria dos municípios brasileiros.

Aqui, surge o ponto nevrálgico da discussão: o SUS está teoricamente pautado dentro de um novo paradigma de saúde, mais abrangente e voltado à integralidade das ações, porém apesar de já ter completado duas décadas de existência, na prática esta superação do antigo paradigma ainda não se

efetivou. As equipes das ESF são formadas apenas por profissionais das áreas biomédicas e têm de uma maneira geral (excetuando-se algumas experiências bem sucedidas), atuado a partir de uma concepção restrita e descontextualizada de doença (modelo biomédico), desconsiderando a subjetividade e a história de vida dos usuários e não envolvendo estes últimos nas decisões sobre seus próprios cuidados, além de priorizar ações curativas em detrimento da promoção da saúde.

Vários estudos têm demonstrado as dificuldades das ESF de concretizar ações voltadas à integralidade na atenção em saúde. Lima (2005) estudou o trabalho em equipe desenvolvido no âmbito da ESF na perspectiva de enfermeiras, e observou problemas relacionados à alta rotatividade de profissionais, à falta de pessoal, a condições de trabalho inadequadas e à falta de capacitação. Foi possível identificar ainda que tanto a articulação das ações quanto a interação da equipe ficam prejudicadas pela excessiva demanda de usuários pelo serviço, o que ocasiona sobrecarga de trabalho. As enfermeiras evidenciam limitações para realizarem conexões entre os diversos trabalhos e interagir com a equipe. As equipes encontram dificuldades em realizar um trabalho efetivamente integrado.

Estudo realizado por Silva (2005) sobre o trabalho das equipes da ESF revelou ausência de responsabilidade coletiva com o trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais, onde apesar de haver um discurso com teor igualitário, observaram-se representações sobre hierarquia entre profissionais com nível superior e médio de educação, bem como entre médicos e enfermeiros.

Reis e Andrade (2008) realizaram pesquisa sobre a representação social da integralidade no atendimento à saúde da mulher com enfermeiras das ESF, e verificaram que estas profissionais apresentavam uma visão fragmentada da assistência à saúde da mulher, pautada nas queixas físicas das usuárias, além de trabalharem de forma individualizada. Além disso, as participantes não conseguiram definir integralidade.

Souza e Garnelo (2009) em pesquisa sobre atenção à pacientes com hipertensão observaram que o cuidado oferecido nas unidades é restrito às queixas físicas passíveis de abordagem farmacológica, comprometendo a integralidade. Percebe-se, portanto a baixa capacidade de escuta dos profissionais para problemas distintos do foco da ação programática e biomédica.

Com relação às ações educativas e de promoção de saúde das ESF, Besen e cols. (2007), observaram que as equipes tanto não realizam práticas educativas,

quanto também não as recebem. Alguns profissionais desconhecem os fundamentos da ESF e a maioria deles tem práticas educativas verticais e patologizantes, distanciando-se da proposta de promoção da saúde da ESF.

Estas dificuldades também são percebidas pelos usuários, pois em estudo da representação social de usuários em relação ao acesso aos serviços e ações de saúde, realizado no Rio de Janeiro, Silva (2008) observou conteúdos da representação que caracterizam uma dimensão biomédica e de medicalização da atenção à saúde em todos os níveis de atenção, além da falta de vínculo entre usuários e profissionais de saúde.

Com relação à saúde mental, as dificuldades são ainda maiores, pois estudos (Franco, 2006; Vechia e Martins, 2009) têm demonstrado que a grande maioria dos profissionais de Saúde da Família não realiza atividades voltadas para esta área, assim como não recebeu capacitação específica para essa atuação. Percebe-se entre as equipes, uma dicotomia entre saúde e saúde mental, como se esta última não fizesse parte do sistema de saúde. Esta dicotomia também foi encontrada nos documentos do Ministério da Saúde com relação ao modelo de atenção preconizado para a Atenção Básica e para a Saúde Mental (Boing, 2009). Para a autora, esta dicotomia pode ser reflexo da história dos movimentos sanitário e antimanicomial, visto que ambos surgiram na mesma época, porém, desenvolveram-se paralelamente, inclusive em termos de políticas públicas.

Os documentos do Ministério da Saúde ressaltam que a Atenção Básica deve através da ESF ser referência e organizar toda a rede do sistema de saúde. Contudo, mesmo que ações em saúde mental sejam previstas para a ESF, e que existam evidências de que os profissionais das ESF não se sentem (ou de fato não sejam) aptos a trabalharem com tais questões, até o momento não se estabeleceram os parâmetros para a inserção dos profissionais de saúde mental nas equipes de saúde da família.

As equipes de ESF têm recebido apoio matricial em saúde mental através do NASF, porém acredita-se que esta demanda deveria ser contemplada nas ações cotidianas da ESF de forma mais efetiva, visto que o tempo e contato restritos das equipes de apoio, as impedem de participar do cotidiano das equipes de saúde e da comunidade, dificultando a vinculação e o desenvolvimento de trabalhos de prevenção e promoção da saúde, que atendam às especificidades do território. Com estas dificuldades, as equipes de apoio dedicam-se, quase que exclusivamente às demandas curativas, repetindo o modelo que deveria ser superado (Boing, 2009).

Os cuidados em saúde (incluindo saúde mental) requerem uma abordagem ampliada, sendo significados na mediação de condições sociais, nas relações intrafamiliares, além do apoio social e comunitário. Além disso, o acolhimento como recurso terapêutico, bem como o vínculo e a continuidade da atenção podem ser auxiliares na ruptura com a exclusividade do núcleo biomédico na determinação do processo saúde-doença (Schmith e Lima, 2004; Gomes e Pinheiro, 2005; Vecchia e Martinhs, 2009) e são potencialidades importantes da ESF.

Neste contexto, a presença de profissionais de saúde mental, como psicólogos, por exemplo, fazendo parte das equipes de saúde da família, poderia contribuir com uma ampliação do olhar sobre os sujeitos, as famílias e a comunidade, e a partir disto, proporcionar uma atenção à saúde mais ampliada, integrando os cuidados com saúde mental à saúde na atenção básica (como preconizado tanto pela disciplina da Psicologia da Saúde, quanto pelo próprio Ministério da Saúde).

Defende-se, portanto, a ideia de que a equipe mínima seja formada por uma equipe interdisciplinar, com profissionais de diversas formações (não apenas das áreas biomédicas), desenvolvendo um trabalho conjunto e integrado, e com uma visão ampliada de saúde. Para Morin, (1983) a inserção do profissional em uma equipe interdisciplinar supõe que cada um desenvolva suficientemente sua competência até articular com as outras competências (dos outros profissionais), que ligadas em cadeia, formariam o anel completo e dinâmico do conhecimento.

Para facilitar o início do trabalho interdisciplinar, Moré, Crepaldi, Queiroz, Wendt e Cardoso (2004) enfatizam a necessidade de que os profissionais possam mostrar-se uns aos outros e reconhecer todos os integrantes da equipe, que por sua vez irá se delinear e construir, ancorando nesta prática os diferentes saberes que, a princípio, parecem difíceis de integrar. Para as autoras, a prática da interdisciplinaridade na saúde é imprescindível devido à sua complexidade e abrangência, necessitando de uma aliança entre todos os saberes e práticas, para dar sustento a ações em saúde contextualizadas.

### INSERÇÃO/ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE PÚBLICA

A inserção dos psicólogos no campo da saúde pública se deu em meio aos movimentos sociais da década de 1980, associada à crise do exercício liberal da profissão (Dimenstein, 1998; 2000; Oliveira et al., 2004; 2005). Além disso, as mudanças no setor da saúde demandavam que novos profissionais fossem

incorporados ao sistema, abrindo espaço para categorias profissionais que não tinham se inserido neste meio até então (Oliveira, Silva e Yamamoto, 2007).

Para os psicólogos, a implantação do SUS consolidou a saúde pública como espaço de prática profissional. Os psicólogos passam a incorporar o SUS com a imagem de profissionais comprometidos socialmente e potencialmente capazes de lidar com as demandas da população carente. Porém, avaliações da prática deste profissional têm apontado uma série de críticas quanto às atividades realizadas: o desenvolvimento da clínica tradicional como estratégia de trabalho isolada, a dificuldade em delimitar o papel e a ação do psicólogo na saúde pública, a incongruência entre a tradição intervencionista e adaptativa da profissão em contraposição às necessidades do SUS por ações multiprofissionais, preventivas e comunitárias (Oliveira et al., 2007).

As dificuldades dos psicólogos, como as dos outros profissionais de saúde citados, se iniciam na formação, pois os cursos de Psicologia em maioria não incluem o conhecimento dos aspectos sociais, históricos, políticos e ideológicos, que determinam a prática e a realidade em que o profissional irá atuar (Dimenstein, 2000). A formação profissional tem direcionado o psicólogo para uma atuação limitada no que concerne à saúde pública, e isso se reflete nas dificuldades do profissional em lidar com a demanda da clientela e das instituições de saúde, e até em adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigidas pelo SUS (Dimenstein, 2001).

Com relação à inserção do psicólogo na atenção básica, Boing (2009) constata que a configuração das políticas públicas de saúde não favorece a efetivação da atuação do psicólogo nesta instância, visto que nos documentos do Ministério da Saúde, este profissional é citado de forma muito reduzida, havendo prevalência da sua inclusão nos níveis secundário e terciário de atenção. Tal prevalência reflete o fato de que tradicionalmente a psicologia tenha dedicado maior atenção aos aspectos secundários e terciários dos problemas de saúde, em detrimento de práticas de prevenção primária e ações de promoção de saúde (Mejias, 1984).

No modelo de atenção preconizado pelo Ministério da Saúde, a relação que o profissional de psicologia estabelece com a atenção básica, segundo os documentos, se dá através do modelo de apoio matricial às equipes de saúde da família (NASF). Boing (2009), porém, observa a importância da presença efetiva deste profissional nos três níveis de atenção, primária, secundária e terciária para uma contribuição consistente deste profissional para a saúde pública. Acrescenta-se a esta visão da autora a argumentação

de que a presença simultânea do psicólogo, tanto na ESF (com o foco na comunidade) quanto no NASF (com o foco mais voltado à equipe de saúde) poderia ser uma contribuição importante para a atenção básica, visto que sua atuação nas diferentes esferas traria diversas possibilidades de olhares e de atuação.

Observa-se, contudo, que a presença deste profissional na ESF não garantiria a mudança na estratégia de atenção. Faz-se necessário superar as dificuldades discutidas com relação à formação, posição ética e política, modificando estratégias de atuação frente às demandas sociais. Porém, o fato do psicólogo encontrar seu lugar na atenção básica através de sua inclusão na equipe de saúde da família possibilitaria ao profissional, uma vez identificado com a atuação interdisciplinar e integral, exercer a clínica ampliada e efetivar o modelo de atenção da vigilância da saúde (Boing, 2009), uma vez que teria a possibilidade de estar mais tempo presente na comunidade, efetivando o vínculo com esta e participando mais ativamente das ações em saúde com a equipe.

A clínica ampliada, também denominada como clínica social e clínica transdisciplinar, é caracterizada pela atuação em contextos comunitários, desenvolvida em equipe interdisciplinar, com procedimentos diversos como oficinas, grupos psicoeducativos e visitas domiciliares entre outros (Ferreira Neto, 2008). Ela é ampliada em vários sentidos: quanto ao seu foco de intervenção (de indivíduos para coletividades), ao espaço físico (da sala privativa às instituições diversas), à população atendida (de pessoas de classe social abastada à pessoas de baixa renda), às suas estratégias (da psicoterapia individual à terapia comunitária e campanhas educativas), às suas teorias (das voltadas para o intrapessoal às ecológicas), aos agentes de execução do trabalho (do trabalho conduzido apenas pelo psicólogo ao conduzido por profissionais com diferentes saberes) e aos níveis de prevenção (do tratamento e reabilitação à prevenção e promoção de saúde) (Giardini Murta e Coelho Marinho, 2009).

A clínica ampliada permite ainda o trabalho em redes, que visa à inclusão no processo terapêutico, de todas as relações que o sujeito percebe como importantes, pois os problemas não devem ser dissociados do contexto no qual as pessoas estão inseridas. No trabalho com as redes significativas, o profissional sai do seu espaço e procura por aliados na própria comunidade (Moré, 2005). São considerados recursos comunitários a família, os amigos, as igrejas, os profissionais de saúde e os próprios grupos da comunidade. Considera-se o território onde as pessoas se constituem, como um espaço privilegiado para o

trabalho, pois, de acordo com Amarante e Giovanella (2002), o território é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura e com as relações que se reconstruem a todo momento.

Além disso, de acordo com Bennett e Murphy (1999) a psicologia tem um importante papel a desempenhar na saúde pública, com relação à promoção e educação para a saúde, centradas na saúde positiva. A prática de saúde referenciada por um conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde é a vigilância da saúde. Tal prática consiste na ação integral sobre os diferentes momentos ou dimensões do processo saúde-doença em três grandes ações: promoção da saúde; prevenção de doenças e atenção curativa (Mendes, 1996; Santos e Westphal, 1999). Os profissionais envolvidos na promoção de saúde devem trabalhar direcionados para encorajar as próprias comunidades a identificarem suas prioridades de saúde e os meios destas serem alcançadas.

A atuação dos psicólogos na saúde pública deve guiar-se por princípios éticos de trabalho. Benevides (2005) descreve 3 princípios que estão presentes na interface da psicologia com o SUS: O princípio da inseparabilidade, o da autonomia e co-responsabilidade e o da transversalidade. O princípio da inseparabilidade afirma que é impossível separar a clínica da política, o individual do social, o singular do coletivo, bem como os modos de gerir e os de cuidar. Para a autora, fazer política pública (neste caso o SUS) é tomar a dimensão da experiência coletiva como geradora dos processos singulares. Assim, a interface da Psicologia com o SUS acontece, pois os processos de subjetivação se dão num plano coletivo, de multiplicidades, um plano público.

Com o princípio da autonomia e co-responsabilidade percebe-se que é impossível pensar em práticas de psicólogos que não estejam comprometidas com a realidade local, implicando na constituição de sujeitos autônomos protagonistas e co-responsáveis pelas suas vidas. A interface com o SUS se dá pela certeza de que o processo de construir-se é imediatamente construção de mundo e vice-versa.

O princípio da transversalidade acontece pela necessidade de uma relação de intercessão da psicologia com outros saberes, visto que é na inter-relação entre os diversos saberes que a invenção/construção acontece, contribuindo assim para uma outra saúde possível. Para a autora, a contribuição da Psicologia no SUS acontece no entrecruzamento do exercício destes três princípios.

O psicólogo com este olhar ampliado de saúde poderia também, contribuir com a integração dos

membros da equipe de saúde, fomentando a interdisciplinaridade, favorecendo os trabalhos conjuntos e uma mudança nas concepções de saúde. Poderia ainda promover discussões entre a equipe de saúde, voltadas a uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença e chamando a responsabilidade da equipe para a importância de trabalhar em consonância com a vigilância da saúde, mais do que somente com o modelo curativista.

Dentro desta mesma abordagem, Queiroz, Wendt e Crepaldi (2007) reconhecem que o papel do psicólogo em serviços de saúde pode ser tanto com os usuários do serviço de saúde, quanto com a instituição como totalidade considerando os agentes constituídos e constituintes das relações institucionais, questionando as relações inter e intra-grupais e a posição hierárquica dos mesmos dentro das equipes de saúde interdisciplinares, promovendo desta forma um estranhamento dessas relações de poder.

Por fim, acredita-se que para que os psicólogos consigam adentrar na ESF e realizar um trabalho de qualidade juntamente com as equipes de saúde, é necessário que haja uma identidade profissional fortalecida e uma clareza do papel a desempenhar. O investimento em formação de qualidade adequada às demandas da saúde pública, bem como a formação continuada dos profissionais já inseridos na rede de saúde, é fundamental para isso. A integração da categoria é também extremamente importante, pois através das discussões entre grupos de iguais, e da elaboração de protocolos, e outros documentos que definam as possibilidades de atuação, inicia-se um processo de fortalecimento da identidade profissional. Tal fortalecimento contribuirá certamente para a um melhor desempenho na atuação em equipes interdisciplinares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

São inúmeros e incontestáveis os avanços trazidos pelo SUS com relação à saúde da população. A participação popular surge como uma das mais importantes inovações deste sistema, garantindo a co-responsabilização das comunidades na tomada de decisão sobre questões de saúde, viabilizando o caráter autônomo, democrático e igualitário almejado pelo SUS.

As conquistas, contudo não devem parar. É o momento de adequar os perfis dos profissionais para o trabalho em saúde pública, bem como ampliar seu entendimento sobre saúde-doença e suas formas de atuação, em equipes interdisciplinares, proporcionando-lhes formação de qualidade e adequada às demandas de saúde da população.

Neste ínterim, a inserção dos psicólogos na ESF, associada a uma compreensão multidimensional dos processos de saúde-doença pode proporcionar uma modificação do status quo, contribuindo para a ampliação das concepções dos demais profissionais sobre saúde-doença, para que as equipes possam trabalhar vinculadas às pessoas das comunidades onde atuam, fortalecendo sua autonomia e auxiliando-as a serem sujeitos de suas escolhas e de seus comportamentos de saúde. Isso possibilitaria a construção de um modelo de atenção em saúde específico para a realidade local, através da interlocução entre a equipe de saúde e a comunidade, construindo espaços de acolhimento e vínculo com uma constante reflexão sobre as práticas em saúde.

## REFERÊNCIAS

- Amarante, P. & Giovanella, L. (2002). O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In P. Amarante (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 113-148). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Benevides, R. (2005). A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25.
- Bennett, P. & Murphy, Y.S. (1999). *Psicologia e promoção de saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Besen, C.B., Netto, M.S., Da Ros, M.A., Silva, F.W., Silva, C.G. & Pires, M.F. (2007). A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, 16(1), 57-68.
- Böing, E. (2009). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Brasil. Ministério da Saúde (1988). Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (1990). Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde. *ABC do SUS – Doutrinas e Princípios*. V.I/Ministério da Saúde – Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1997). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2003). Secretaria de Assistência à Saúde – *Desenhos da Organização da Atenção no SUS – A Integralidade da Atenção à Saúde*. Encontro dos estudantes universitários da área de saúde e o SUS – Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2006). *Política Nacional de promoção da saúde*. Brasília.
- Buss, P.M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In A.D. Czeresnia. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 15-38). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Camargo-Borges, C. (2002). Sentidos de Saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF). Dissertação Mestrado. Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Camargo-Borges, C. & Cardoso, C.L. (2005). A Psicologia e a estratégia Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia e Sociedade*, 17(2), 26-32.

- Canguilhem, G. (1990). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Capra, F. (1997)<sup>1</sup>. *O Ponto de mutação: a ciência a sociedade e a cultura emergente*. Trad. de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix.
- Ceccim, R.B. & Feuerwerker, L.C.M. (2004). Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1400-1410.
- Cordeiro, H. (2001). Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2), 319-328.
- Costa, R.K.S. & Miranda, F.A.N. (2009). Formação profissional no SUS: Oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de Saúde da Família. *Trab. Educ. Saúde*, 6(3), 503-517.
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 95-121.
- Dimenstein, M. (2000). A Cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for a bio-medicine. *Science*, 19(6), 129-136.
- Ferreira Neto, J.L. (2008). Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 110-118.
- Fisher, (2002). *Traité de psychologie de la santé*. Dunod : Paris.
- Franco, M.P. (2006). Equipe atuante no programa saúde da família: conceitos e possibilidades de assistência em Saúde Mental. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Giardini Murta, S. & Coelho Marinho, T. (2009). A clínica ampliada e as políticas de assistência social: Uma experiência com adolescentes no Programa de Atenção Integral à Família. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, 1(1), 35-42.
- Gil, C.R.R. (2005). Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 490-498.
- Gomes, M.C.P.A. & Pinheiro, R. (2005). Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface*, 9(17), 287-301.
- Gutierrez, P. R. & Oberdiek, H.I. (2001) Concepções sobre a Saúde e a Doença. In S.M. Andrade, D.A. Soares, & L. Cordoni. Bases da Saúde Coletiva (pp. 1-26). Londrina: UEL.
- Laurell, A.C. (1983). A saúde como processo social. In E.D. Nunes. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos* (pp. 133-158). São Paulo: Global.
- Lima, I.C. (2005). Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família na concepção de enfermeiras. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Matarazzo, J.D. (1980). *Behavioral Health and Behavioral Medicine: frontiers of a new Health Psychology*. *American Psychologist*, 35(1), 807-817.
- Mejias, N.P. (1984). O psicólogo, a saúde pública e o esforço preventivo. *Rev. Saúde Pública*, 18(2), 156-161.
- Mendes, E.V. (1996). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Moré, C.L.O.O., Crepaldi, M.A., Queiroz, A., Wendt, N. & Cardoso, V. (2004). As Representações Sociais do Psicólogo entre os residentes do Programa de Saúde da Família e a importância da Interdisciplinaridade. *Psicologia Hospitalar*, 1(1) 59-75.
- Moré, C.L.O.O. (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica. *Paideia*, 31(1), 267-297.
- Morin, E. (1983). *O problema epistemológico da complexidade*. Lisboa: Europa-América.
- Nunes, E.D. (1999). *As Ciências Sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Washington: OPAS.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Oliveira, I.F., Dantas, C.M.B., Costa, A.L.F., Silva, F.L., Alverga, A.R., Carvalho, D.B. & Yamamoto, O.H. (2004). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*, IX(17), 71-89.
- Oliveira, I.F., Dantas, C.M.B., Costa, A.L.F., Gadelha, T.M.S. Campos, E.M.P. & Yamamoto, O.H. (2005). A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Informações Ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos. *Interação*, 9(2), 275-285.
- Oliveira, I.F., Silva, F.L. & Yamamoto, O.H. (2007). A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? *Aletheia*, 1(25), 5-19.
- Paim, J.S. & Teixeira, M.G.L.C. (1992). Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do sistema único de saúde (SUS). *Informe Epidemiológico do SUS*, 1(5), 27-57.
- Pereira, M.A.O., Machado, M.P. & Nascimento, S.A. (2008). Inserção da Saúde Mental no Programa Saúde da Família com oficinas de sensibilização: relato de experiência. *Ciênc. Cuid. Saúde*, 7(1), 59-64.
- Queiroz, A., Wendt, N. & Crepaldi, M.A. (2007). Instituições de Saúde e interdisciplinaridade: Possibilidades de atuação do Psicólogo. *Revista Estácio Saúde*, 1(1), 54-62.
- Reis, C. & Andrade, S.M.O. (2008). Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Ciênc. saúde coletiva*, 13(1), 61-70.
- Remen, R.N. (1993). *O paciente como ser humano*. São Paulo: Summus.
- Romagnoli, R.C. (2006). A formação dos psicólogos e a saúde pública. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(2), 1-15.
- Santos, J.L. & Westphal, M.F. (1999). Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, 35(1), 71-88.
- Schmith, M.D. & Lima, M.A.D.S. (2004). Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*, 20(6), 1487-1494.
- Silva, J.P.V. & Tavares, C.M.M. (2004). Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(2), 271-285.
- Silva, I.Z.Q.J. (2005). O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Rev Interface-Comun Saúde Educ*, 9(16), 25-38.
- Silva, L.L. (2008). O acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde no município de Macaé a partir das representações sociais de seus usuários. Dissertação Mestrado. Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Singer, P., Campos, O. & Oliveira, E.M. (1978). *Prevenir e Curar: controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense.
- Souza, A.P.S.F., Carvalho, F.T., Nardini, M. Calvetti, P.U. & Gil, M.E. (2005) A Humanização no atendimento: *Interfaces entre psicologia da Saúde e Saúde Coletiva*, 19(2), 21-28.

- Souza, M.L.P. & Garnelo, L. (2009). “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 91-99.
- Spink, M.J.P. (2003). *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. (1995). *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Teixeira, C.F., Paim, J.S. & Vilasboas, A.L. (1998). SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 2(2), 7-28.
- Vasconcellos, M.J.E. (2002)<sup>2</sup>. *Pensamento sistêmico – O novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus.
- Vecchia, M.D. & Martins, S.T.F. (2009). Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciênc. saúde coletiva*, 14(1), 183-193.

Recebido em: 14.07.2010. Aceito em: 27.03.2012.

**Notas:**

<sup>1</sup> Segundo Capra (1997), o termo holística originou-se do grego “holos”, que se refere totalidade, correspondendo a uma concepção da realidade, em função de totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidade menores. Numa abordagem holístico-ecológica do processo saúde-doença, o autor concebe o organismo humano como um sistema, cujas dimensões biológicas, psicológicas, e espirituais são interligadas e interdependentes, sendo parte integrante de sistemas maiores, subentendendo que o homem como organismo individual está em contínua interação com seu meio ambiente físico e social.

<sup>2</sup> Vasconcellos (2002) define interdisciplinaridade como ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes formações.

**Autores:**

Andréia Isabel Giacomozzi – Psicóloga, mestre e doutora pela Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

**Enviar correspondência para:**

Andréia Isabel Giacomozzi  
Rua Felipe Shimidt, 1210/1206 – Centro  
CEP 88010-002, Florianópolis, SC, Brasil  
E-mail: agiacomozzi@hotmail.com