

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AOS USUÁRIOS DAS UNIDADES BÁSICAS de SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LONDRINA - PR PSYCHOLOGICAL SERVICE TO patients OF BASIC HEALTH UNITS of LONDRINA-PR

Taís da Costa Calheiros *

Sandra Cardoso Machado Teixeira **

Adriana Regina Piotto Tirola ***

Polyana Carla Magon ****

Mauro Fernando Duarte *****

RESUMO:

Neste artigo propõe-se uma análise crítica sobre o atendimento psicológico aos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Londrina - PR. Considerando a necessidade de promover um atendimento de qualidade na área de Psicologia aos usuários pertencentes a esse contexto, torna-se imprescindível discutir a atuação dos psicólogos e os tipos de atendimento previstos pelo Plano Municipal de Saúde à população do município de Londrina - PR. Essa discussão está embasada em material bibliográfico identificado por meio de levantamento efetuado em bases de dados nacionais, no estudo do Plano Municipal de Saúde e da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). A constante reflexão sobre esse tema pode servir para identificação de lacunas existentes no processo de atendimento aos usuários e consequente fomento às futuras intervenções no âmbito acadêmico-científico e político.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia da Saúde; Unidades Básicas de Saúde; Usuários.

ABSTRACT:

78

This article argues for a critical analysis of psychological counseling for patients of the Basic Health Units (BHU) of Londrina-PR. This is essential due to the importance of rendering quality psychological services to the patients of the BHU of Londrina-PR. This article relies on research found in national databases, studies by the Municipal Health Plan, and the National Policy on Humanization (HumanizaSUS). Continued analysis of psychological services rendered by the BHU will serve to address gaps in services to patients, and help identify solutions.

KEYWORDS: Health Psychology; Basic Health Units; Patients.

INTRODUÇÃO

A Psicologia é uma área do conhecimento que estuda o homem e suas relações com os variados contextos em que vive e se desenvolve, quer seja no contexto clínico, hospitalar, nos setores da saúde pública, nas organizações ou na escola. Os usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) também se caracterizam como população-alvo dos estudos e intervenções destes profissionais, os quais devem atuar para promover melhorias na qualidade de atendimento aos mesmos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta diretrizes gerais para o desenvolvimento de programas e atendimentos aos usuários nos diversos níveis de complexidade existentes na área de

* Acadêmica do curso de Psicologia pela UniFil - calheirostais@gmail.com

** Acadêmica do curso de Psicologia pela UniFil - sat@sercomtel.com.br

*** Acadêmica do curso de Psicologia pela UniFil - adripiotto@gmail.com

**** Acadêmica do curso de Psicologia pela UniFil - polyanacarla@hotmail.com

***** Docente de Psicologia na UniFil. Mestre em Psicologia pela UEM - mauro.duarte@unifil.br

saúde. Dentro dessa política nacional, os municípios têm os Planos Municipais de Saúde, os quais também contemplam as UBS e os programas de atendimento aos usuários, em que os psicólogos devem atuar.

Considerando a necessidade de promover um atendimento de qualidade aos usuários das UBS, de acordo com a política do SUS, é pertinente a constante reflexão sobre os processos de construção e implantação de tais serviços à população. Partindo dessa premissa, este trabalho pretende abordar o atendimento psicológico aos usuários das UBS do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Londrina-PR, visando buscar informações para subsidiar futuras intervenções técnico-científicas e políticas, para que o SUS cumpra a sua finalidade eficazmente.

A partir de levantamento bibliográfico, em bases de dados nacionais, procurou-se identificar a função do psicólogo nesse contexto e os tipos de atendimentos prestados aos usuários das UBS, tópicos estes fundamentais para o entendimento da qualidade dos serviços ofertados atualmente no âmbito municipal. Existe bibliografia que trate dessas questões? Este é um fato a ser constatado, além das questões municipais, e que agrega novidades para os profissionais da área técnico-científica.

SAÚDE E SAÚDE PÚBLICA

Em se tratando de questões relacionadas à Saúde Pública no Brasil, deve-se ter clareza acerca das políticas públicas vinculadas à área. Um dos aspectos a serem abordados diz respeito à municipalização da saúde e de que maneira os recursos econômicos e recursos do poder político são utilizados. O processo de municipalização da saúde em curso no Brasil ocorre em um ambiente no qual interagem diferentes personagens sociais, com suas distintas funções, nas quais o emprego dos recursos de poder e sua destinação adequada se caracterizam como relevantes, além dos recursos econômicos. Essa seção se preocupa em descrever como se dá o exercício do poder de governo e como agem os personagens atuantes no processo de municipalização da saúde, valorizando os conceitos relacionados com o poder local e com o ato de governar e liderar processos de mudanças, os quais constroem o contexto dos serviços prestados.

Entende-se como imprescindível que o psicólogo, mais especificamente o psicólogo inserido no SUS, seja sensível e conhecedor do processo histórico que promoveu a constituição das relações de trabalho nos contextos relacionados à promoção e prevenção da Saúde, sendo capaz de compreendê-lo para melhor atuar.

As condições jurídico-legais, de acordo com as normas da municipalização da saúde, concretizam a habilitação formal de quase a totalidade dos municípios brasileiros. De acordo com Silva (2001, p. 49), “dos 5.506 municípios brasileiros, 5.451 (99%) estavam habilitados à gestão municipalizada da saúde em 15/12/2000”. Contudo, muito se questiona sobre o benefício desse saldo entre os agentes e membros dos órgãos de saúde, quanto à forma pela qual o processo está sendo conduzido e se os municípios têm a desejável autonomia para assumir a gestão da saúde. Entende-se que as normas federais que operacionalizam a descentralização dificultam o exercício da autonomia local, além de considerarem que a gestão da saúde a partir desse nível tem sido inadequada.

As diferentes posições revelam as discordâncias existentes entre os próprios aliados da Reforma Sanitária Brasileira, podendo ser explicadas, em parte, pelo contexto político no qual o projeto da Reforma foi viabilizado, especialmente a partir da década de 1990, momento em que era comum o descumprimento dos dispositivos constitucionais. A descentralização da saúde, neste contexto, não buscou estratégias para garantir os direitos conquistados através da

criação do Sistema Único de Saúde, reduzindo as responsabilidades do poder central. Com isso, as contradições favoreceram a interferência dos projetos de saúde voltados para interesses do mercado e incoerentes com as diretrizes propostas pelo SUS, apresentadas na Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art.7º. *

Com respeito à municipalização da saúde no Brasil, Silva (2001 apud Paim, 1999) considera que a distribuição de poder e o reconhecimento da responsabilidade política do município estão relacionados com a saúde dos seus cidadãos. O município assume, com a municipalização, a formulação de políticas de âmbito local, além de assumir o planejamento, a organização, a execução, avaliação e o controle das ações e serviços de saúde. Essa se caracteriza enquanto estratégia para concretizar os princípios constitucionais de integralidade e controle social, através da devolução de poderes ao município, da descentralização das ações e serviços de saúde e da transformação da relação entre o poder público e a sociedade, com um deslocamento de poder.

A transição entre um sistema centralizado para uma descentralização dos serviços de saúde no Brasil constituiu-se processualmente, com um governo inicialmente preocupado em ações de saneamento e combate às endemias, por volta da década de 40, e acentuando suas intervenções no setor após a II Guerra Mundial, com obrigações financeiras referentes à saúde da população brasileira. O modelo inicial de assistência médica no Brasil não era universal e estava baseado em vínculos trabalhistas, tendo assegurados tais direitos apenas os trabalhadores com carteira assinada.

Em meados de 1948, o governo do general Eurico Gaspar Dutra formula a Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia). Sob influência desse plano, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MS), dedicado às campanhas e vigilância sanitária de caráter coletivo. Na década de 70, a política de saúde se encontrava polarizada entre o Ministério da Saúde, difusor de medidas em âmbito coletivo, e o INPS, órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, criado em 1974, com medidas no campo individual. Nessa época, as medidas a nível individual passaram a ser dominantes e privilegiou-se a privatização dos serviços, estimulando o desenvolvimento das atividades hospitalares para restaurar a saúde do trabalhador.

Surge, em 1976, um movimento intelectual e político contrário ao sistema de saúde vigente, denominado Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB, marcando o início da mobilização social. O MRSB preconizava a importância de um novo modelo de saúde assistencial, destacando a assistência primária de saúde, além de ser um movimento de luta contra a ditadura militar da época.

Com a Lei 6.229, de 17 de julho de 1975, foi instituída a primeira tentativa de regulamentação do papel dos municípios na política de saúde. Esta lei previa a manutenção dos serviços de saúde, em especial os de pronto socorro, além de manter a vigilância epidemiológica, articular os planos locais de saúde com os estaduais e federais e integrar seus serviços no sistema de saúde. O objetivo maior era expandir a cobertura da assistência à saúde, visando à regulamentação do Sistema Nacional de Saúde. Porém, ainda não havia propriamente um sistema, pois embora a lei estabelecesse que a saúde coletiva fosse direito de todos, as ações de saúde eram executadas ainda de forma fragmentada e a assistência médica hospitalar permanecia como direito apenas de trabalhadores contribuintes da Previdência Social.

Em 1977, o MS reconhecia que o papel dos municípios era o de estruturar uma rede de serviços básicos, dentro dos princípios da atenção primária, e os atendimentos secundários e terciários seriam de responsabilidade da União e do estado. Em 1986, na VIII Conferência

* As diretrizes do Sistema Único de Saúde estabelecem direitos vinculados à: universalidade de acesso, integralidade de assistência, descentralização político-administrativa, equidade, gratuidade, participação da comunidade, integração das ações de saúde na prestação dos serviços.

Nacional da Saúde, o movimento pró-municipalização da saúde foi fortalecido e o resultado dessa conferência foi a formalização de propostas do MRSB, ensejando mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade. As bases do Sistema Único de Saúde (SUS) foram estabelecidas nesta mesma conferência, cuja quantidade de participantes atingiu mais de 5.000 e os relatórios produzidos por estes subsidiou decisivamente a Constituição Federal 21, de 1988, nos assuntos de saúde.

Em 1988, foi instituída a Constituição Nacional vigente, na qual se estabelece a definição de saúde e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a lei, o estado passa a ter o dever de prestar assistência à saúde de forma integral, a todos os brasileiros. De acordo com Francescon e Barbosa (2010), os principais artigos da constituição, numerados como 196 e 198, referentes à saúde, apresentam as grandes demandas do movimento da reforma sanitária: a saúde como direito de todos e dever do estado; a relevância pública das ações e serviços de saúde; a criação de um Sistema Único de Saúde, organizado pelos princípios da descentralização, rompendo a tradição ditatorial militar vivenciada durante 25 anos; o seu financiamento sendo previsto a partir de recursos do orçamento da Seguridade Social, das três esferas do governo e o atendimento integral e a participação da comunidade na melhoria dos serviços.

Dessa maneira, a saúde passou a ser direito de todo e qualquer cidadão e dever constitucional de todas as esferas do governo. A assistência deve ser oferecida de forma integral (preventiva e curativa) e a gestão participativa é a importante inovação no sentido de comandar os fundos financeiros. Segundo Francescon e Barbosa (2010), as leis 8.080/90, 8.142/90 e as Normas Operacionais Básicas/91 (NOB) foram relevantes para a instauração do novo modelo de saúde no Brasil, sedimentando-o.

O cumprimento do preceito constitucional do SUS de transferir recursos financeiros aos municípios e transferir também o poder aos atores locais, veio acompanhado de dificuldades, pois os recursos eram insuficientes para adequar o planejamento de gerenciar o novo modelo assistencial. Somam-se a este problema, a questão de perfis profissionais disponíveis e planos de carreira inadequados.

A incorporação de novos atores, antes destituídos de qualquer poder, no processo de decisão das políticas locais foi uma conquista marcante com a descentralização da saúde, sendo a participação dos conselheiros municipais e inúmeros gestores de unidades uma importante possibilidade de efetivação do SUS. No entanto, enquanto diversos municípios aproveitaram a municipalização da saúde para programar ações inovadoras, modernizar o gerenciamento dos serviços e aperfeiçoar os mecanismos de avaliação, controle e auditoria, outros efetivaram uma gestão municipal ineficaz e sem direcionamento, na qual a aplicação da autonomia de gestão, por diferentes fatores inerentes ao processo político local, não foi utilizada como uma oportunidade de aperfeiçoamento das políticas locais de saúde.

Dentro no novo sistema, a Secretaria Municipal de Saúde assume a responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços, recebe a totalidade dos recursos financeiros, mensalmente, para o custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos. Na próxima sessão, será apresentada a implantação do SUS e seus direcionamentos na cidade de Londrina – PR, foco de interesse deste estudo.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM LONDRINA-PR

No ano de 1970, segundo Lopes et al. (2000), a Política Nacional de Saúde era centralizadora, desorganizada e precária. Na cidade de Londrina-PR, as instituições eram todas

concentradas no centro urbano. A população urbana e rural ficava à margem dos serviços de saúde, o que favoreceu o Movimento da Reforma Sanitária, no qual a população, profissionais, políticos e parlamentares discutiam a viabilização de um modelo de saúde mais justo. Neste momento, a Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Prefeitura Municipal de Londrina (PML) iniciaram a criação de um modelo de assistência integrado à realidade da população londrinense, sendo a primeira experiência denominada de “Atenção Primária à Saúde”, descentralizando os serviços e implantando dois postos de saúde em bairros periféricos. Portanto, em 1974, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o conceito de atenção primária à saúde, Londrina já estava colocando em prática, sendo considerada como modelo.

Na I Conferência Municipal de Saúde/89 houve o encaminhamento da implantação do SUS. Em 1990, criou-se a Lei Orgânica e Londrina passou a ser reconhecida como tendo contribuído para a sedimentação do SUS no Brasil, uma vez que a cidade já havia totalizado um número de 44 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas nas periferias urbanas e nas regiões rurais.

Contudo, a atenção integral exige uma série de condições, tanto profissionais, quanto administrativas, para ser efetivada, estando ainda em crescente implantação. A carência de recursos materiais e de profissionais, segundo Queiroz, Wendt e Crepaldi (2008), dificultou a concretização dessa ideia original de atenção básica integral, assumindo uma tendência assistencialista e de emprego de serviços especializados.

Conforme Londrina (2012), desde o ano de 2005, a Diretoria de Auditoria, Controle e Avaliação responde pelo controle e avaliação do sistema de saúde em Londrina-PR, com o planejamento e programação dos serviços ofertados pelo SUS. Devido ao crescimento populacional da região de Londrina e por questões financeiras, o atendimento do SUS vem aumentando gradativamente, com a constante migração da população usuária dos planos de saúde particulares para os atendimentos nas UBS.

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E POLÍTICA MUNICIPAL

A partir do pressuposto de que a UBS assume uma funcionalidade dentro do SUS, verifica-se a elaboração de Planos Municipais de Saúde que integram todos os serviços a serem prestados para a população, inclusive o previsto para atendimento nessas unidades, com uma descrição dos programas a elas vinculados, além de uma síntese do trabalho ofertado e dos profissionais disponíveis.

Presente no Plano Municipal de Saúde (PMS) em vigor, datado de 2010 a 2013, na área de Assistência à Saúde, no setor de Atenção Básica, corrobora-se a existência de 52 unidades básicas de saúde (UBS) em Londrina-PR, atualmente, sendo 13 em área rural e 39 em área urbana. A partir de dados coletados na Secretaria Municipal de Saúde, na região central do município existem sete UBS caracterizando o contexto de atendimento aos usuários dessa localidade: 1) UBS “Clair Pavan”; 2) Centro de Saúde Municipal “Dr. Aroldo Marques Sardenberg”; 3) Centro de Saúde Municipal “Dr. Ibrahim Soubhia”; 4) Centro de Saúde Municipal “Dr. Newton Leopoldo da Câmara”; 5) Centro de Saúde Municipal “Dr. Ody Silveira”; 6) Centro de Saúde Municipal “Luiz Marques de Mendonça”; 7) UBS Fraternidade”.

De acordo com Londrina (2009, p. 27), “as UBS se constituem porta de entrada do SUS e têm objetivo de oferecer assistência integral às necessidades básicas de saúde, desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de agravos”. Na saúde mental, as UBS estão articuladas com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oferecendo atendimento ao usuário nos diversos

momentos de seu sofrimento psíquico de forma a buscar a integralidade do cuidado, e ligadas a serviços de média e alta complexidade.

Com base nessa complexa dinâmica, as UBS contam com programas coletivos de atendimento aos usuários descritos no PMS, os chamados Programas de Saúde, que têm contribuído para a articulação das demandas de cada espaço e setor. Estes envolvem questões médicas, fisioterapêuticas, educacionais, físicas, odontológicas e psicológicas, em atenção a algumas áreas e/ou grupos de população considerados de maior risco ou de interesse epidemiológico, fazendo o controle e a avaliação de resultados. Além disso, promovem o atendimento à demanda espontânea e ao seu território de responsabilidade.

ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS E ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO

A equipe de profissionais atuantes nas UBS se encontra imersa em uma ampla gama de relações que determinam a efetivação da proposta de atenção integral à população. Trabalhos acadêmicos apontam que o cotidiano nesses espaços faz-se estressante, com uma sobrecarga de trabalho. Conforme afirma Lentine, Sonoda e Biazin (2003, p. 120), os profissionais das UBS de Londrina-PR “indicam sinais característicos de estresse, reconhecem os fatores causadores de estresse e as medidas redutoras”. Esta e muitas outras pesquisas tecem considerações sobre as relações profissionais e de saúde dos membros da equipe da UBS e fazem descrições de implantação de programas de atenção à saúde, em um viés marcadamente epidemiológico, socioeconômico e demográfico.

A atuação de psicólogos está prevista nos programas de saúde e em políticas paralelas de saúde, no âmbito nacional e municipal, contudo a qualidade e características dos atendimentos psicológicos prestados aos usuários não tem sido o enfoque de estudo dos pesquisadores e profissionais de saúde e áreas afins.

Sobre os serviços prestados aos usuários, Saito (2004) aponta que a prática de atendimento ainda está voltada para uma perspectiva clínica, de agendamento e diagnóstico, em um viés hospitalocêntrico, marcadamente histórico, não atendendo à integralidade e autonomia do usuário, sendo imprescindível uma rediscussão da proporção profissional/população no nível básico de atenção, o que confirma o cotidiano estressante dos profissionais da saúde. Com isso, se entende que as UBS já contribuem para a descentralização, mas de maneira gradual e crescente, objetivando a atenção primária, porém com questões paradigmáticas e administrativas a discutir.

CONCLUSÃO

Como aspecto inicialmente proposto para ser investigado, elencou-se que o objetivo principal seria tecer um panorama geral sobre o atendimento psicológico aos usuários das Unidades Básicas de Saúde, do Sistema Único de Saúde, no município de Londrina-PR, caracterizando os tipos de atendimento prestados aos usuários e as funções do psicólogo nesse contexto. Contudo, durante o trabalho de revisão bibliográfica, percebeu-se a ausência de referencial teórico que caracterizasse os atendimentos psicológicos e as funções desempenhadas pelo profissional de Psicologia, com estudos majoritariamente voltados para dados epidemiológicos e descritivos de programas de saúde específicos implantados na região, bem como das relações profissionais, problemas interpessoais e psicológicos dos profissionais atuantes no setor da saúde, mas sem o enfoque sobre os usuários dos serviços de Psicologia.

Vê-se a necessidade de que seja ressaltada a existência dessa lacuna, propondo pesquisas de campo, com o intuito de mapear os tipos de atendimentos psicológicos dedicados aos usuários das

UBS, uma vez que elas cedem as portas de entrada para serviços mais acurados e podem estabelecer adequadamente a minimização da saturação das outras instâncias de saúde, sendo indispensáveis para que a proposta do SUS se faça acessível, viável e descentralizadora. Ter essa informação pode possibilitar melhores condições de atendimento aos usuários e de intervenção profissional nas UBS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei n.º. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Institui a Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 29 de março de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: a clínica ampliada*. Brasília, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. 7-16, 2008.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. O SUS e a formação de recursos humanos. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, p. 49-59, 2003.

84 ENCONTRO DE PSICOLOGIA DE ASSIS, 19., 2006, São Paulo. *Anais eletrônicos...* São Paulo: UNESP, 2006.

FRANCESCON, Larissa Deliberador; BARBOSA, Valéria Cristina Almeida de Azevedo. *Da criação do SUS à implantação dos complexos reguladores assistenciais: um breve histórico*. 2010. 57 f. Monografia (Especialização em Auditoria em Saúde) – UniFil, Londrina, 2010.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.

LENTINE, Edvilson Cristiano; SONODA, Tereza Kiomi; BIAZIN, Damares Tomasin. Estresse de profissionais de Saúde das Unidades Básicas do município de Londrina. *Revista Terra e Cultura*, Londrina, ano 19, n. 37, p. 103-123, dez. 2003.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Auditoria, Controle e Avaliação – DACA. *Plano Municipal de Saúde*. 135 p, Londrina, 2009. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=567&Itemid=613>. Acesso em: 10 de agosto de 2011.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. *História*. Londrina, 2012. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=496&Itemid=588>. Acesso em: 05 de janeiro de 2012.

LOPES, Maria Lúcia da Silva et al. Processo de municipalização: uma avaliação do nível de informação dos profissionais da saúde das Unidades Básicas da região oeste do município de Londrina - Paraná. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 163-166, fev. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832000000100021&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 de julho de 2011.

QUEIROZ, Ângela Hering de; WENDT, Naiane Carvalho; CREPALDI, Maria Aparecida. Instituições de saúde e interdisciplinaridade: possibilidades de atuação do psicólogo. *Revista Estácio Saúde*, Santa Catarina, v. 1, p. 54-62, 2008.

SAITO, Raquel Xavier de Souza. *Sistema Único de Saúde: da teoria à prática da Integralidade*. 2004. 145 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde do Adulto) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SANTOS, Andrea dos et al. Acadêmicos da área de saúde e comunidade: conhecendo a realidade e atuando na realização de um trabalho com vistas ao futuro profissional. *Semina*, Londrina, v. 18, p. 101-105, nov. 1997.

SILVA, Ana Cláudia Barbosa da; ATHAYDE, Milton. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 33, n. 117, p. 23-35, jan/jun. 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=100515167004>>. Acesso em: 20 de julho de 2011.

85

SILVA, Silvio Fernandes da. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOARES, Natália Moreira; PINTO, Meyre Eiras de Barros. Interfaces da Psicologia aplicada à saúde: Atuação da Psicologia na Estratégia Saúde da Família em Londrina. *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 89-100, dez. 2008.

SPINK, Mary Jane. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. 6. ed., Petrópolis - RJ: Vozes, 2009.

VIEIRA, Camila Mugnai; CORDEIRO, Mariana Prioli. Trabalho e subjetividade: intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do “Programa Saúde da Família”. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 57, n. 1, p. 58-74, 2005.

R
E
V
I
S
T
A