



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Fernandes de Medeiros Azevedo, Luciana; Traverso-Yépez, Martha
'De mãos atadas': o cotidiano dos trabalhadores da atenção básica em saúde diante do
sofrimento psicológico
Saúde em Debate, vol. 34, núm. 87, outubro-diciembre, 2010, pp. 726-733
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341768014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

reDalyC.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

'De mãos atadas': o cotidiano dos trabalhadores da atenção básica em saúde diante do sofrimento psicológico

'Our hands are tied': the everyday of primary health care professionals before the psychological suffering

Luciana Fernandes de Medeiros Azevedo ¹

Martha Traverso-Yépez ²

¹ Doutoranda em Psicologia Social; Professora de Psicologia da Faculdade de Ciências, Cultura e Extensão do Rio Grande do Norte/FACEX/Natal/RN. lumedeirospsi@hotmail.com

² PhD em Psicologia; Professor Associado - Departamento de Psicologia Universidade Federal do Rio Grande do Norte. mtraverso@mun.br

RESUMO O presente trabalho parte da Etnografia Institucional, conversas informais e entrevistas com alguns profissionais da Atenção Básica, em que se observam práticas de cuidado em saúde mental limitadas. Os trabalhadores de saúde devem atender uma demanda significativa de pessoas com queixas de 'nervos' e sofrimento psicológico sem a devida preparação e/ou dispositivos terapêuticos que realmente contribuam para o alívio desses problemas. Os trabalhadores percebem a insuficiência de suas ações e a incapacidade de resolvê-las, o que gera sofrimento e desilusão com o sistema público de saúde. Alguns deles expressam se sentir 'de mãos atadas' por não saberem como conciliar as necessidades da população, as demandas profissionais e a realidade social e estrutural do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública; Estresse Psicológico; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT The present paper begins with the Institutional Ethnography, informal conversations, and semi-structured interviews with health professionals in the primary health care. It is observed that practices dealing with mental problems are still poor. The health professionals should meet a significant demand of people that complain about 'nerves' and psychological suffering, without the proper preparation and/or therapeutic devices, which really contribute for relieving these issues. Some professionals realize that their actions are not enough, and their frustration generates more suffering and disillusionment on the public health system. Some of them feel like 'their hands are tied', for they do not know how to conciliate people's needs, professional demands, and social and structural reality of the Brazilian Unified Health System.

KEYWORDS: Public Health; Stress Psychological; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O movimento pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica tem contribuído para a implantação de dispositivos que visam, entre outros objetivos, diminuir o índice de hospitalização de pessoas com transtornos mentais no Brasil. Uma das maiores dificuldades da Reforma Psiquiátrica é consolidar novas maneiras de conceber a loucura, uma vez que a desinstitucionalização não objetiva apenas diminuir o número de leitos hospitalares (AMARANTE, 2007). Nesse sentido, vários dispositivos de atendimento foram e estão sendo implantados no país na procura de formas mais adequadas de intervenção.

Dados do Ministério da Saúde mostram que o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) aumentou significativamente nos últimos anos: de 10 CAPS no final dos anos 80 para 689 unidades em 2005 (BRASIL, 2005). Esses dispositivos buscam trazer uma nova concepção de saúde e doença mental, ampliando o 'olhar' diante do sofrimento psicológico e atentando para as diferentes dimensões que permeiam o adoecer. Como parte das reformas desenvolvidas nos últimos anos, observam-se mudanças na maneira de interagir com o paciente e sua família. Considerar os aspectos sociais, culturais e econômicos no processo do adoecer é quase que obrigatório nos novos dispositivos assistenciais.

Essas mudanças também favoreceram a Atenção Básica, inclusive sua principal estratégia que é o Programa de Saúde da Família (PSF). O alto índice de sofrimento psicológico e de transtornos mentais na população, bem como a procura constante pelas Unidades Básicas de Saúde em busca de cuidados, estimulou o desenvolvimento de uma política voltada especificamente para esses casos. Portanto, em Brasil (2002) há

uma série de diretrizes específicas para a Atenção Básica em Saúde Mental tais como incluir e incorporar ações específicas de saúde mental no PSF a fim de resolver a maior parte desses problemas nos próprios serviços.

O acolhimento e o vínculo, princípios do PSF, são estimulados a fazer parte dessas ações, sendo que essa proposta está vinculada à idéia da desinstitucionalização promovida pela Reforma Psiquiátrica. Além disso, Brasil (2002) e (2005) também estimula a capacitação das equipes da Atenção Básica para o atendimento a portadores de transtornos mentais e a implantação de equipes especializadas de referência para dar suporte às equipes do PSF. Esse suporte tem sido denominado de apoio matricial, termo elaborado e desenvolvido por Campos (1999) e Campos e Domitti (2007).

O apoio matricial consiste em um trabalho de supervisão e assessoria realizado por psicólogos, psiquiatras e/ou outros profissionais da saúde mental às equipes da Atenção Básica e do PSF. Para Campos e Domitti (2007) o apoio matricial em saúde "objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde" oferecendo também suporte técnico-pedagógico (p.399).

Isso posto, fica claro que há uma forte tendência do Ministério da Saúde e dos diferentes autores desse tema em defender a incorporação da assistência em saúde mental no nível primário de saúde. Independente dos motivos que geram esse interesse, a necessidade de implantar uma assistência mais integralizada na Atenção Básica é um fato. Contudo, em muitas cidades do Nordeste brasileiro profissionais da saúde mental ainda não foram incorporados ao PSF. O que se tem atualmente é a implantação de reuniões periódicas denominadas de apoio matricial compostas geralmente por profissionais dos CAPS da região adscrita, como psicólogos e/ou psiquiatras, trabalhadores de saúde e o gestor da Unidade.

Mais recentemente, foi divulgada a portaria No. 154 do Ministério da Saúde incentivando a implantação dos Núcleos de Assistência à Saúde da Família (NASF) que busca justamente incorporar diversos profissionais especializados nas equipes do PSF. A idéia central é que o NASF funcione também como um trabalho de assessoria, supervisão e apoio às equipes da Atenção Básica. No entanto, ainda não há equipes NASF implantadas no contexto de Natal/RN, pelo menos até maio/2009.

O que se observa é que, apesar de toda a documentação existente sobre a importância da Atenção Básica em Saúde Mental preconizada pelo Ministério de Saúde e outras instâncias, as queixas como 'nervos' e outras maneiras de expressar o sofrimento psicológico dificilmente recebem a atenção e o cuidado necessários. As explicações para esse fato são inúmeras, desde as próprias dificuldades estruturais enfrentadas pelos serviços públicos de saúde, bem como o reduzido número de profissionais da área da saúde mental na rede e a inadequação de algumas modalidades terapêuticas diante das necessidades da população.

Por outro lado, a grande maioria dos profissionais de saúde da rede de atenção básica não está preparada para lidar com o sofrimento psicológico da população e limita-se a atender os problemas ditos "orgânicos", favorecendo os aspectos técnicos em detrimento das relações humanas (TESSER, 2006; TRAVERSO-YÉPEZ, 2005; MEDEIROS, 2000). Nesse sentido, têm-se, de um lado, os documentos oficiais estimulando e até 'prescrevendo' princípios e diretrizes a serem adotados nos serviços da Atenção Básica que, de alguma forma, exige uma postura de acolhimento por parte dos trabalhadores de saúde. De outro lado, há os trabalhadores de saúde que nem sempre são/estão preparados para acolher e se vincular no sentido pleno da palavra.

O presente trabalho é um recorte da pesquisa de doutorado da primeira autora que objetiva analisar as dificuldades no atendimento a queixas como a 'doença dos nervos' através do estudo das racionalidades e práticas discursivas que perpassam a rede de cuidados nos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente artigo é uma reflexão sobre a problemática com que se deparam os profissionais de saúde nesses serviços, através da análise das dificuldades encontradas em duas Unidades de Saúde de diferentes Distritos Sanitários, no Município de Natal/RN.

A Unidade 'A' é uma Unidade Mista de Saúde que se caracteriza pela presença de seis (06) equipes do PSF e do ambulatório com diferentes profissionais especialistas, entre eles, dois psicólogos. A Unidade 'B' é uma Unidade de Saúde da Família (USF) que conta com duas (02) equipes de PSF, sendo que não há o médico em uma dessas equipes.

Tendo como ponto de partida um roteiro de entrevista que versava sobre a queixa de 'nervos' e as práticas desenvolvidas diante desse tipo de queixa, foram realizadas conversas informais com diferentes trabalhadores de saúde das duas Unidades, bem como visitas com fins de observação-participante. Além disso, foram realizadas também entrevistas semiestruturadas que foram gravadas e transcritas mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN).

'A GENTE SE SENTE DE MÃOS ATADAS'

As duas Unidades visitadas se encontram em bairros distintos da cidade do Natal/RN, mas em

situação social e econômica bastante semelhante no sentido de que estão relativamente distantes do centro da cidade e se caracterizam por uma alta densidade demográfica. Considerando que o objetivo da presente discussão não é comparar o funcionamento entre as duas Unidades, até porque são diferentes em termos de porte e número de funcionários, vamos nos deter em caracterizar como os profissionais se expressam acerca dos cuidados à saúde de pessoas com essa queixa.

A partir da análise das conversas informais e entrevistas, constatamos em primeiro lugar que esses trabalhadores de saúde atendem uma demanda significativa de pessoas com queixas de 'nervos' e sofrimento psicológico, mas nem sempre encontram dispositivos terapêuticos que realmente contribuam para o alívio desses problemas. Em geral, as práticas desenvolvidas nessas Unidades são de âmbito mais curativo, embora haja ações de cunho preventivo como grupos de hipertensos, diabetes e gestantes (Unidade A) e a realização de diferentes campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde (Unidades A e B).

Os trabalhadores entrevistados percebem a insuficiência de suas ações e a incapacidade de resolvê-las, o que gera sofrimento e desilusão com o sistema público de saúde. Muitos deles apontam a formação acadêmica que não contemplou as demandas da Atenção Básica no SUS. A maioria coloca ainda que o sistema público de saúde é um tanto precário do ponto de vista estrutural, não oferece condições dignas de trabalho e possui um sistema de financiamento que dificulta a prática de ações preventivas e educativas junto à população.

Dizer que a gente não funciona, eu pelo menos tenho minha consciência de que eu trabalho,

que uma pessoa que faz 500 consultas por mês... (Médico – Unidade A).

O entrevistado comenta que precisa atender 16 fichas por turno para poder ter uma boa produtividade no final do mês. Além desses atendimentos, é preciso realizar as visitas domiciliares e o acompanhamento a crianças e gestantes.

O mesmo médico coloca que a maior parte dos usuários faz uso de psicofármacos em busca de um maior alívio dos sintomas:

Eu geralmente não passo de primeira vez. A não ser uma urgência, mas quando elas já vêm já com a receita passada por psiquiatras que elas encontram na rede, aí o uso é contínuo, eu só faço renovar as receitas. Mas a queixa é grande, não só mulheres como homens também. (Médico – Unidade A).

É interessante observar que os participantes apresentam um entendimento crítico em relação à queixa de 'nervos'. Eles percebem a inter-relação da queixa com as condições de vida, a situação familiar e as limitações do contexto em que vivem essas pessoas que buscam os serviços de saúde. Diferentes autores como Gomes e Rozemberg (2000), Silveira (2000) e Fonseca (2008) apontam essa rede de conexões entre o nervoso, as condições de vida e a própria maneira de ser e estar no mundo.

Tem muitas mulheres, principalmente as mulheres, que a gente nota também que é a questão da situação delas, em casa, na família, os problemas e que é como um escape de tantos problemas que elas têm aí vem a doença dos nervos. E o diazepam elas veem como uma

cura pra doença dos nervos, mas que não, não, não cura o problema que tá lá na família. Problema financeiro, problema com marido... filhos... (enfermeira – Unidade A).

Essas diferentes dimensões presentes na gênese do nervoso contribuem para que esta seja uma queixa que, de alguma forma, expõe certas limitações do atual sistema público de saúde. Na realidade, os problemas sociais e econômicos não podem ser resolvidos apenas pelo sistema de saúde, mas é lá que normalmente desembocam. Isso tem gerado momentos de significativa angústia para os trabalhadores que recebem esses usuários nos serviços se deparando com inúmeras dificuldades. É como uma das agentes de saúde da Unidade B se questiona:

Que são duas equipes, então, na equipe dela, são quantos anos sem médico? São quatro anos sem o médico, o médico da família, aí fica muito difícil porque não tem quem faça os encaminhamentos necessários, e na área que a gente encontra muito é as queixas porque, porque além da situação financeira que as famílias se encontram vem a preocupação que deixa a família nervosa em relação a marido que bebe, filhos que se drogam, filhos desobedientes, entendeu? Aí fica difícil, muito difícil, a gente chega lá, encontra o problema, vai encaminhar pra onde? Se na própria Unidade não tem, não tem a pessoa que possa acolher? (ACS – Unidade B).

Nas duas Unidades visitadas ficou muito clara a presença dessa angústia e mesmo impotência dos trabalhadores em relação aos problemas do tipo do nervoso. Podemos considerar que as demais queixas

do âmbito da saúde mental também geram diferentes questionamentos sobre o que fazer para ajudar esses usuários e suas famílias.

Quer dizer, você chega lá é a medicação que tem, que eles já usam, tem aqueles problemas que a gente sabe que não seria nem necessário medicação, mas não tem também como encaminhar porque chega aqui não tem clínico pra fazer o encaminhamento. E quem já usa a medicação também, quando chega aqui também não tem o médico pra prescrever. (...) E a gente fica com receio também de muitas vezes conversar com essas famílias, porque são problemas graves, seriíssimos, e a gente, além da gente, tentou ajudar, mas a gente se recua, por quê? Porque pode sobrar pra gente, e quando sobra pra gente quem é que vai nos acolher também, quem é que vai nos apoiar? (ACS – Unidade B).

Observa-se também que há uma expectativa do encaminhamento, ou seja, a ideia de que deveria haver na rede diferentes serviços especializados para facilitar o atendimento aos pacientes. Além disso, há uma necessidade de cuidado também para os próprios trabalhadores que algumas vezes enfrentam situações de violência por parte das famílias usuárias.

De acordo com as diretrizes da Atenção Básica e mais especificamente do PSF, a lógica do encaminhamento é questionada quando se estimula a resolutividade de boa parte das queixas dos usuários no próprio serviço. Pode ser que o trabalhador de saúde não se sinta ou não esteja sendo capacitado de fato para realizar tal intento. A lógica do trabalho especializado também pode dificultar uma maior visão do todo e, consequentemente, uma prática de saúde mais ampla.

No entanto, o que encontramos é que os participantes se sentem muitas vezes de 'mãos atadas', como diz a enfermeira:

A maioria dos casos a gente se sente de mão atada. A gente não tem as parcerias assim, a gente tem muita dificuldade de ter acesso. Nós só temos uma psicóloga, que era o caso da gente encaminhar pra psicóloga, é, tem uma agenda cheia, lotada, né? A gente tem a necessidade, que poderia ter um trabalho melhor, né? Uma referência melhor para isso a gente não tem. Então, a gente assim questiona referência, é de mão atada mesmo. (Enfermeira – Unidade A).

Fica claro nesse contexto as dificuldades percebidas e enfrentadas por esses trabalhadores de saúde que não conseguem encontrar estratégias que ao menos contribuam para amenizar as demandas em saúde mental. De um lado, percebemos a sobrecarga de trabalho e, de outro, a necessidade que eles sentem de ter o respaldo de especialistas para melhor lidar com certas questões.

Apesar dos avanços no campo da saúde mental e da implantação de novos dispositivos como o apoio matricial, a prática do psicólogo ainda tende a se caracterizar pelo atendimento psicoterápico individual, com agendamento prévio das consultas. Consequentemente, o psicólogo nem sempre consegue atender boa parte da demanda, gerando mais insatisfação tanto para os usuários como para os demais trabalhadores de saúde:

É pra ver! Muitas vezes quando a gente consegue o encaminhamento pro psicólogo e eles ficam rodando, porque chega e num tem vaga.

E muitas vezes com a informação não chega. Chega com encaminhamento e passa, olhe, vários tempos com aquele encaminhamento e não tem profissional na rede pra atender. Eles rodam em todo canto e não conseguem, isso é muito complicado! Na verdade, é um problema sério, acho que todos, em toda a rede mesmo. A gente até leva pros grupos, o que a gente pode fazer, tentando o psicólogo nos grupos, levar, participar, mas a gente sabe que isso não é tudo. (ACS – Unidade B).

É, agora, nessa parte assim, aí gente, aí a gente quando tá fazendo, com todos os funcionários, a gente parou e disse assim, e a gente vai fazer o quê? Né? Tem uma psicóloga que podia ajudar, mas ela não vai ter espaço, não vai ter tempo, né? Que ela já tá inserida com a gente nas reuniões de equipe, mas num trabalho desses, são 6 equipes, a gente tem uma média de cada equipe, tem uma média de quantos, de quantos doentes mentais mesmo, daqueles crônicos, né? (Enfermeira – Unidade A).

Fica claro nesses trechos que os trabalhadores não responsabilizam o psicólogo pela falta de vagas, mas sim a rede pública que disponibiliza poucos profissionais da área para esse trabalho. Seria o caso de contratar mais psicólogos, psiquiatras e outros profissionais para tentar diminuir a demanda reprimida. A lógica da Atenção Básica reforça que essas queixas de saúde mental podem e devem ser resolvidas pela própria equipe do PSF, e os especialistas só entrariam em campo quando extremamente necessário. No entanto, os trabalhadores não se sentem respaldados para esse tipo de atendimento como afirma o médico da Unidade A, que inclusive comenta o papel do agente de saúde:

(O ACS) Nem tem autorização pra dar o diagnóstico. Ele tem capacidade de realmente encaminhar o paciente pra Unidade ou solicitar uma visita. Agora, realmente o diagnóstico, eu tenho certeza absoluta, na área da saúde mental, que é do psiquiatra. Não é nem do clínico. (Médico – Unidade A).

Percebemos então a presença dos especialismos típicos do modelo biomédico onde o diagnóstico tem um papel importante e cada profissional deve ocupar um espaço bem delimitado e um papel social definido nessa tarefa. O modelo de atenção do PSF aponta justamente para uma mudança dessa perspectiva, mas não promove quase nenhum momento de reflexão entre os profissionais para que realmente isso seja posto em prática. Ou seja, a política da Atenção Básica diz como TEM que ser, mas não aponta nenhum caminho para o COMO FAZER. Nesse sentido, o psicólogo e o psiquiatra, apoiadores matriciais, carecem do tempo e do respaldo logístico para esse tipo de trabalho, a não ser aqueles que tomam iniciativas por conta própria e fazem o que podem para tentar dar conta da situação.

Mas, assim, o que a gente tenta fazer pelo menos é assegurar quem já entrou na rede substitutiva é fazer com que esse atendimento seja feito. E fazer o quê? Ontem mesmo eu estava discutindo aqui, que infelizmente a gente não dá conta de todo mundo que chega. Tenta das mais variadas formas, fazendo encaminhamentos, tentando entrar em contato direto com posto de saúde pelo telefone, tentando explicar a situação. As vezes, o atendimento é psicossocial a gente encaminha pra SEMTAS, a gente já encaminhou pro bolsa-família, para a assistente social... Tenta de qualquer forma,

né, não deixar a pessoa desassistida mesmo que não seja atendimento psicológico e psiquiátrico. (Psicóloga – apoiadora).

Nessa lógica do cuidado, a relação entre trabalhador e usuário se sustenta na interação, e na escuta clínica ampliada, mostrando que apesar das limitações existe sempre espaço para o trabalhador desenvolver formas criativas de atuação. Portanto, diante das dificuldades que os trabalhadores de saúde enfrentam no seu cotidiano de trabalho fica muito clara a necessidade de abrir espaços de reflexão sobre o seu FAZER. Isso seria importante para repensar a lógica do trabalho em saúde mental e resgatar realmente o ideal de saúde da família, no sentido de a equipe do PSF possa desenvolver novas maneiras de atuação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entretanto, é preciso refletir também acerca da política de financiamento da Atenção Básica e a lógica capitalista que está subjacente a essas decisões. Questionamos, por exemplo, como o PSF pode ser responsabilizado em resolver 80% dos problemas da Atenção Básica quando se sabe que não há uma estrutura que realmente permita isso (espaço físico da Unidade, formação dos profissionais, modelo de financiamento).

No processo da pesquisa, fica evidente o sofrimento desses trabalhadores diante da realidade em que trabalham. De um lado, um sistema que ainda se caracteriza pela burocracia e pela estrutura muitas vezes precária que de alguma forma se torna perverso para aqueles que se comprometem com o trabalho e realmente desejam mudar a situação de saúde da população. Por outro lado, os trabalhadores que cuidam

difficilmente têm acesso aos cuidados. Não há uma prática de cuidados voltados a esses trabalhadores da atenção básica, a não ser que eles busquem, por iniciativa própria, na rede de assistência privada. Os sentimentos de impotência, angústia e mesmo depressão são uma constante entre esses trabalhadores.

Além disso, as práticas de atenção básica em saúde mental ainda se encontram muito tímidas nesses contextos, de forma que os participantes não conhecem quase nada sobre o campo da saúde mental. Sendo assim, muitos deles afirmam se sentir 'de mãos atadas' por não saberem como conciliar as necessidades da população, os conhecimentos e demandas profissionais, e a realidade social e estrutural do SUS.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BRASIL. Conferência Nacional de Saúde Mental, 3. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2002. mimeo.
- _____. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS: Ministério da Saúde, 2005. mimeo.
- CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.
- CAMPBELL, M.; GREGOR, F. *Mapping social relations: A primer in doing institutional ethnography*. Ontário (CA): Garamond Press, 2002.
- SECA, M.L. Sofrimento difuso nas classes populares no Brasil: uma revisão da perspectiva do nervoso. In.: VASCONCELOS, E.M. (org.). *Abordagens Psicossociais*, v. 2, Reforma Psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 171-228.
- GOMES, A.; ROZEMBERG, B. Condições de vida e saúde mental na zona rural de Nova Friburgo/RJ. *Psicologia: Ciência e profissão*. n. 4, p. 16-29, 2000.
- MEDEIROS, L.F. *Relevância dos significados e valores do processo saúde-doença articulados às práticas de saúde*. Monografia (Especialização). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal (RN). 2000.
- TESSER, C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 18, p. 61-76, 2006.
- TRAVERSO-YÉPEZ, M. Idéias e significações que permeiam as práticas de saúde: a perspectiva dos profissionais sobre o atual sistema de atendimento. In.: BORGES, L.O. (org.). *Os profissionais de saúde e o seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 109-140.
- _____. *A psicologia social e o trabalho em saúde*. Natal (RN): EDUFN, 2008.
- SMITH, D. *Institutional ethnography – A sociology for people*. Lanham (EUA): Altamira Press, 2005.
- SILVEIRA, M. L. *O nervo cala, o nervo fala: A linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

Recebido: Outubro/2008

Aceito: Setembro/2009