

A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO: INTERFACES ENTRE PSICOLOGIA DA SAÚDE E SAÚDE COLETIVA

THE HUMANIZATION OF SERVICE: INTERFACES BETWEEN HEALTH PSYCHOLOGY AND COLLECTIVE HEALTH

Ana Paula Ferreira dos Santos Souza

Psicóloga. Especialista em Saúde Pública (ESP/RS-FIOCRUZ). Consultora Técnica em Gestão em Saúde da UNESCO.
E-mail: anapsiana@ig.com.br

Fernanda Torres de Carvalho

Psicóloga. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS). Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS).
E-mail: torresdecarvalho@yahoo.com.br

Milena Nardini

Psicóloga. Mestranda em Psicologia Social e da Personalidade da PUCRS.
E-mail: milenanardini@yahoo.com.br

Prisla Ücker Calvetti

Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica (PUCRS/CNPq). Especialista em Saúde Pública (ESP/RS-FIOCRUZ).
Consultora Técnica da Seção de Controle em DST/Aids na SES / RS / UNESCO.
E-mail: prisla.calvetti@gmail.com

Maria Estelita Gil

Psicóloga. Professora da Faculdade de Psicologia da PUCRS e HSL-PUCRS

RESUMO

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal Brasileira em 1988, houve um marco nas políticas públicas no que se refere ao conceito de saúde, pois este passa a garantir uma adequada qualidade de vida dos cidadãos, através da atenção à saúde mental, trabalho, moradia e educação, entre outros aspectos. Através da concepção da saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, entram em vigor os princípios orientadores de universalidade, equidade, integralidade e participação social. Deste modo, as transformações que resultaram no SUS, de alguma maneira, afetaram a Psicologia, em especial o campo da Psicologia da Saúde. Entendendo-se a importância de discutir aspectos em torno da prática psicológica no âmbito da saúde, o presente trabalho tem por objetivo abordar o tema da humanização do atendimento em Saúde Coletiva. Inicialmente, reflete-se sobre atendimento humanizado, examinando aspectos da relação entre o profissional da Psicologia e o usuário, em um contexto público de saúde. Em seguida, abordam-se pontos relativos a tal humanização, de acordo com os pressupostos do SUS, bem como através dos princípios da Bioética. Portanto, trata-se de um estudo teórico-descritivo.

PALAVRAS-CHAVE

Sistema Único de Saúde. Saúde pública. Psicologia. Humanização da assistência. Bioética.

ABSTRACT

From the moment the *Sistema Único de Saúde* (SUS) (National Health System), which is part of the Brazilian Federal Constitution, was implanted, there were important changes in public health policies. These include actions for the improvement in the quality of life through attention to subjects like mental health, work, housing and education. Working with the conception that health is a universal right and a State obligation, the SUS involves conceptions of universality, equity, integral health attention and social participation. Thus, the transformations that resulted in the SUS somehow affected Psychology, especially in the health field. This study aims to discuss the humanization in collective health services. The article has a theoretical description and analyzes the relationship between professionals and patients in the Public Health System. Topics relative to the humanization of assistance by the SUS conception and principles of Bioethics guide this theoretical-descriptive paper.

KEY WORDS

National Health System (BR). Public health. Psychology. Humanization of assistance. Bioethics.

INTRODUÇÃO

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) garantida pela Constituição Federal Brasileira em 1988, houve um marco nas políticas públicas, no que se refere ao conceito de saúde. Entende-se que é a partir dessas políticas públicas que se pretende uma adequada qualidade de vida dos cidadãos, através da atenção à saúde mental, trabalho, moradia e educação, entre outros aspectos (BRASIL, 2003; RIO GRANDE DO SUL, 2002).

A partir da concepção da saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, entram em vigor os princípios orientadores de universalidade, equidade, integralidade e participação social. A universalidade diz respeito ao acesso, não devendo haver preconceitos e privilégios; a equidade se refere à igualdade na assistência à saúde; a integralidade contempla a idéia de integralidade e a participação social e traz a noção de democratização para o serviço efetivo do controle social na gestão do sistema (BRASIL, 2000).

Os princípios do SUS na atenção à saúde devem ser aplicados por uma equipe integrada, restando uma assistência pautada na igualdade e no acesso universal. Além disso, a sociedade é estimulada a se organizar e a participar ativamente nas decisões da gestão em saúde. Inserida neste contexto, encontra-se a diretriz referente à humanização da atenção, que trata da co-responsabilização entre os serviços e a comunidade. O atendimento humani-

zado pressupõe o estreitamento do vínculo entre os usuários do sistema e os profissionais de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

O atendimento no contexto de saúde tende a uma visão interdisciplinar, enfocando os aspectos de qualidade de vida no processo saúde-doença. Esta preocupação refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (SEIDL; ZANNON, 2004). Podemos compreender a Psicologia da Saúde como sendo uma prática que atua na integração da saúde mental com a saúde física e social do usuário, baseada em atitudes que visem à preservação da vida.

A ética profissional aponta para a necessidade de vincular o atendimento prestado pelo trabalhador de saúde a um ato que se constitui em um compromisso. Desta forma, quando o profissional de saúde se aproxima do ser humano, é importante que ele possa ser capaz de agir e refletir acerca da prática de sua relação com o usuário (FREIRE, 1995). Para tanto, torna-se fundamental o reconhecimento de que um profissional como o psicólogo da área da saúde é um ser humano inserido em um contexto histórico-social, cujas inter-relações constroem o seu ser autêntico.

As transformações que resultaram no SUS afetam, de alguma maneira, a Psicologia, em

especial o campo da Psicologia da Saúde. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (2004), a Psicologia da Saúde é uma área *psi* que abrange tudo o que o psicólogo faz no campo da saúde. Esta engloba tanto as atividades de promoção e proteção da saúde, quanto a prevenção e o tratamento das doenças. Esta área de aplicação (que contempla educação, ambiente, entre outros âmbitos) envolve tanto a investigação quanto a intervenção do psicólogo.

No contexto da Psicologia da Saúde, originada por Joseph Matarazzo, esta área abrange as seguintes diretrizes a serem destacadas: aprofundar de maneira científica as causas e origens de determinadas doenças; promoção à saúde; prevenção e tratamento de doenças; bem como promover Políticas de Saúde Pública e o aprimoramento do Sistema de Saúde Pública (STRAUB, 2005).

Entendendo-se a importância de discutir aspectos em torno da prática da Psicologia da Saúde no âmbito da Saúde Pública, o presente artigo teórico-descritivo tem por objetivo abordar o tema da humanização do atendimento em Saúde Coletiva. Inicialmente, reflete-se sobre o atendimento humanizado em Psicologia da Saúde, examinando aspectos da relação entre profissional e usuário. Em seguida, abordam-se pontos relativos a tal humanização a partir de princípios do SUS e da Bioética.

O ATENDIMENTO HUMANIZADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

A Psicologia da Saúde abrange o conhecimento educacional, científico e profissional da Psicologia para aplicá-lo em promoção e manutenção da saúde; prevenção e tratamento da doença; identificação de sua origem; diagnóstico; e aperfeiçoamento da Política de Saúde

(MATARAZZO, 1980). De acordo com Pessini (2002), o profissional que lida com o sofrimento humano deve atender à pessoa fragilizada de forma a valorizar sua qualidade de vida, respeitando sua dignidade e seu processo na tomada de decisões.

Sugere-se que o modo eticamente correto de um profissional da saúde exercer sua profissão é buscando o bem do paciente (KIPPER; CLOTET, 1998). Segundo os autores, dois princípios podem pautar a conduta do profissional de saúde, conforme Clotet, Feijó e Oliveira (2005): a beneficência e não-maleficência. Esses princípios — juntamente com os de justiça e de autonomia — ao acompanharem toda atividade e decisão do profissional da saúde, permitem auxiliá-lo nas possíveis situações de conflito frente à prática cotidiana. Tendo em vista esta problematização, faz-se pertinente esclarecer o que significam estes princípios.

A beneficência pode ser entendida como a oferta da melhor assistência ao paciente, como prevenir, remover ou evitar o malefício; avaliam-se vantagens, custos, riscos e benefícios. Já o princípio de não-maleficência salienta que os atos diagnósticos ou terapêuticos devem evitar o dano, na maior medida. O princípio da autonomia pode ser compreendido como o respeito ao direito da pessoa; esta tem o direito de decidir livremente sobre o consentimento ou a recusa dos procedimentos ou tratamentos. Este princípio pressupõe a capacidade de entendimento do outro e de comunicação do profissional. Por último, o princípio da justiça refere-se ao fato da população assistida não adquirir riscos desproporcionais, sendo a assistência também direito desta. Deste modo, os princípios básicos da Bioética devem nortear a assistência e a pesquisa do profissional da saúde frente às questões da vida humana (CLOTET; FEIJÓ; OLIVEIRA, 2005).

Com base nestes princípios, uma das ma-

neiras de se proporcionar um atendimento humanizado no contexto de Saúde Coletiva é através do acolhimento dos usuários, atendendo às demandas biopsicossociais. Assim, pode-se pensar o acolhimento como um processo que se inicia com a entrada do paciente na instituição até sua saída; não há, portanto, um momento específico de acolhida, mas sim, um atendimento integral que valorize o ser humano.

O acolhimento, enquanto agir, pode permeiar os processos relacionais em saúde, distanciando-se de atendimentos puramente técnicos e criando atendimentos mais humanizados. Este seria o deslocamento fundamental operado pela própria noção de acolhimento (SILVEIRA; VIEIRA, 2005).

O acolhimento inicial é muito importante, pois é um instrumento fundamental para o estabelecimento de um vínculo, que começa no momento em que a pessoa chega na instituição em busca de atendimento. O conceito de vínculo é aqui concebido como processo de vinculação, sendo um movimento constante em direção ao estabelecimento ou ao estreitamento de uma relação contempladora de sentimentos de mútua confiança. Segundo Silveira e Vieira (2005), este conceito, aliado à concepção do acolhimento, é capaz de facilitar um reordenamento da lógica de recepção em saúde. Dentro deste entendimento, deve existir de forma efetiva um comprometimento e uma responsabilização de toda a equipe para com o sofrimento do usuário — de forma individual e coletiva — e para com o conseqüente trabalho terapêutico dirigido ao seu cuidado. A partir disto, estabelece-se uma troca, ou seja, uma relação de ajuda entre o usuário e o profissional — muitas vezes implícita —, a fim de que ambos preservem o seu bem-estar físico e psicológico.

Segundo Campos (1997), os trabalhadores de saúde são produtos e produtores do

sistema de relações. Compreende-se aqui a relação de ajuda como um processo no qual ao menos uma das partes procura promover, nos diversos segmentos envolvidos, o desenvolvimento e uma melhor utilização funcional de seus recursos internos. Baseando-se nesta idéia, pode-se pensar que neste tipo de relação, de um lado, encontra-se o profissional, inserido em um contexto de Saúde Coletiva e de outro, pode haver tanto um indivíduo quanto um grupo que demanda auxílio.

No cotidiano de saúde, surgem constantemente situações onde o processo de ajuda é a base para o tratamento das pessoas que procuram o serviço. Por isso, é importante que o trabalhador de saúde esteja preparado, tanto no sentido profissional e ético quanto no emocional, para que possa ser resolutivo em suas ações. Assim, deve haver uma postura de escuta ativa, empatia, aceitação e entendimento dinâmico para o adequado acolhimento do ser humano.

O comportamento dos profissionais da saúde pode favorecer o processo de acolhimento dos usuários do serviço. Alguns aspectos devem ser observados neste processo, como por exemplo: postura ética, confidencialidade, respeito às diferenças, valorização da participação do usuário, comportamento receptivo, disponibilização de informações, além do uso de linguagem clara. Com isso, busca-se a qualificação das relações humanas, já que estas são a base das relações profissionais (ORTIZ et al., 2004). Muitas vezes, o que se identifica é a necessidade de humanização do próprio profissional, a fim de que se possa também humanizar os atendimentos na área da saúde.

O profissional da saúde, conforme Nogueira (2001), ao desenvolver atividades de assistência, além das ações e procedimentos técnicos ligados a sua área específica, estabelece

relações interpessoais com as pessoas que atende. Seu trabalho depende, portanto, tanto de qualidade técnica, quanto de interacional. Parece haver considerável alívio e melhoria das condições do trabalho assistencial quando o profissional pode conhecer, por um lado, os motivos do comportamento do usuário e, por outro, os efeitos que esse comportamento lhe provoca. É também reconhecido o fato de que muitas queixas e problemas dos usuários podem ser resolvidos ou atenuados quando estes se sentem compreendidos e respeitados pelos profissionais. A falta de acolhimento ao usuário e de continência a seus aspectos emocionais pode conduzir ao abandono ou à diminuição da adesão ao tratamento.

A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO A PARTIR DOS PRESSUPOSTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS) foi desenvolvida no ano de 2003 com o desafio de uma prática de saúde em que o profissional passa a ver a pessoa na sua totalidade e não apenas como um corpo ou uma fragmentação, mas como um indivíduo que possui participação ativa no seu processo de saúde-doença (ANGNES, 2004). Esta política surge na tentativa de integração entre profissionais, usuários e gestores no SUS.

Conforme exposto anteriormente, a saúde é concebida de uma forma ampla, não entendida simplesmente como ausência de doença, mas sim em relação a uma adequada qualidade de vida. Deste modo, ao se lidar com as Políticas Públicas do SUS, deve-se sempre ter em vista os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção à saúde.

Desde a implantação do SUS, a Saúde Coletiva passou por difíceis momentos, em que

houve a desvalorização dos trabalhadores da saúde, o baixo investimento na reciclagem educacional destes, além da pouca participação na gestão dos serviços. As pessoas seguem reproduzindo modelos sem a reflexão dos motivos e da finalidade de se realizar determinadas tarefas (BRASIL, 2003).

Essa situação acaba contribuindo para a desqualificação da Saúde Coletiva, ao fragilizar, muitas vezes, o vínculo do profissional da saúde com os usuários. Dentro deste contexto, o que se pode fazer para qualificar os atendimentos no SUS? Como valorizar o ser humano perante a carência de profissionais para lidar com a sua própria dimensão subjetiva?

Questões como essas são difíceis de serem respondidas. Conforme Clotet (1996), este caminho seria possível através de uma reflexão que busque o valor supremo da pessoa, de sua vida, liberdade e autonomia em face do bem-estar da sociedade como um todo, visando-se uma melhor qualidade de vida, tanto do paciente quanto do profissional.

Segundo Mattos (2001), há profissionais que, não conseguindo lidar com pessoas, preocupam-se somente em tratar doenças, desconsiderando desejos, aspirações e sonhos. A integralidade da atenção à saúde, na singularidade de cada serviço, conforme Cecílio (2001), pode ser vista como a busca da equipe de saúde pelo atendimento de tais necessidades, que devem ser tidas sempre em sua expressão singular. De acordo com Cecílio (1997), é necessário pensar em novos fluxos de atendimento em saúde a partir da realidade dos usuários e das novas tecnologias de trabalho e gestão, que visem à humanização e ao comprometimento com a vida das pessoas.

Neste sentido, a Psicologia da Saúde — que visa à integração da saúde mental com a saúde física e social do paciente — considera a individualidade da pessoa e entende a sua dor

como única, buscando compreender sua real dimensão e a maneira pela qual este sofrimento repercute na vida. A psicologia tenta observar e compreender a dor em relação à realidade de vida da pessoa, buscando um planejamento de intervenções e ações em saúde (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Para que haja o estabelecimento de um vínculo adequado — atendimento humanizado — assim como para respeitar a própria individualidade da pessoa, Francisconi e Goldim (1998) entendem a confidencialidade como sendo uma das bases de sustentação em uma relação produtiva entre o profissional de saúde e o usuário dos serviços.

De acordo com Brasil (2003), a humanização do SUS pode ser tomada, de forma geral, como uma mudança de visão dos profissionais ao prestarem serviços aos usuários. Essa nova visão representa um aumento do grau de comprometimento em relação aos atendimentos e ao serviço como um todo, indicando a co-responsabilidade de cada um.

A partir disto, pode-se pensar num maior engajamento dos profissionais da saúde com os usuários e com a sua própria atuação profissional, dando visibilidade às dimensões ética, subjetiva e humana. Para tanto, é importante haver uma constante troca de saberes entre as diferentes áreas do conhecimento através do diálogo, da participação da comunidade e do trabalho em equipe. Assim, é preciso que exista o cuidado, não somente dos usuários que buscam o serviço com alguma queixa física ou psíquica, mas também, o do profissional de saúde, visto que parece haver uma grande exigência para que este tenha saúde e equilíbrio suficientes para suportar a demanda de sua área.

A assistência à saúde — além de contemplar a clínica dos diversos profissionais deste campo — de acordo com Kunrath, Kantorski e Borges (2002) depende das relações que a gestão pública estabelece com a população usuária do serviço, a fim de que esta se sinta efetivamente cuidada e segura na obtenção das

terapêuticas necessárias. Para que haja uma boa relação entre a unidade de saúde e a população, torna-se de fundamental importância a presença do acolhimento, do vínculo e da resolutividade. O cuidado à saúde envolve atendimento individual, ações coletivas, participação política e controle social, já que a escuta à vida não pode estar orientada somente para os processos fisiológicos ou patológicos. Assim, a construção da integralidade diz respeito ao entendimento do contexto histórico, cultural, político, ideológico e gerencial dos serviços de saúde.

Neste âmbito, a Psicologia da Saúde visa, através da natureza interdisciplinar, aprofundar pesquisas relacionadas à promoção da saúde do indivíduo, preocupando-se em contribuir para a prevenção da instalação de doenças e/ou dos seus agravos, além de estimular a saúde integral do ser humano para a melhoria da sua qualidade de vida (REMOR, 1999; SAFORCADA et al., 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme exposto ao longo deste artigo, a Psicologia da Saúde tem por meta o estímulo à melhoria da qualidade de vida. Torna-se, assim, essencial o estreito vínculo entre serviço e comunidade, facilitando a adesão do usuário ao tratamento. Da mesma forma, a equipe de saúde também deve agir de forma humanizada com os seus integrantes — o que acaba por refletir, da mesma maneira, na sua relação com o usuário.

No Brasil, o setor da saúde está submetido a um significativo processo de reforma de Estado, protagonizado por fundamentais segmentos sociais e políticos, sendo sua ação necessária à continuidade e ao avanço do movimento pela Reforma Sanitária, assim como para a concretização do SUS (CECÍLIO, 1997). Desta forma, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido da mudança, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional

(CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para Müller (2001), a psicologia se insere no cotidiano através da compreensão do vínculo nas relações humanas. Este vínculo se dá pelas atitudes de respeito à dignidade e à integridade do outro. Isto significa, em termos de Bioética, o respeito à autonomia, à beneficência, à não-maleficência e à justiça em relação à vida da pessoa.

A “porta de entrada” nos serviços de saúde geralmente surge a partir da “doença”, o que acaba por deixar em segundo plano os aspectos sadios da pessoa. Assim, a Psicologia da Saúde busca promover uma qualidade de vida satisfatória, abrangendo todas as dimensões do ser humano. Neste contexto, Angerami-Camon (2002), aponta a necessidade de uma psicologia que resgate a ética humana.

Os aspectos a serem compreendidos no vínculo entre profissional e usuário devem ser dos campos biopsicossocial e espiritual. Muitas vezes, tais questões podem não estar explícitas na “queixa” dos usuários, mas perpassam, de alguma forma, o seu dia-a-dia. Por isso, torna-se fundamental que o profissional de saúde seja receptivo aos aspectos da integralidade da pessoa atendida.

Neste âmbito, o atendimento torna-se humanizado na medida em que o serviço e o profissional buscam o seu próprio cuidado além da saúde dos usuários. Infelizmente, a concepção de saúde que perpassa a formação desses profissionais parece ainda não condizer com o entendimento amplo do conceito preconizado pelo Ministério da Saúde, e tampouco em referência à prática em saúde. Em sua atuação, costuma-se observar que o cuidador se depara com questões humanas além de se defrontar com a doença física a ser resolvida, ou seja, a pessoa é muito mais do que um simples diagnóstico, ela é uma totalidade complexa a ser — além de tratada — ouvida e compreendida. Neste sentido, faz-se importante problematizarmos os modos como o profissional da saúde lida com os usuários dos serviços e com a equipe de saúde como um todo. Além disso, a

prática de capacitações deve ser uma constante no cotidiano dos serviços, tendo em vista o papel social que estes profissionais possuem de constituir novas formas de pensar e agir frente à diferença destes sujeitos.

Cabe ressaltar que a relação entre o profissional e a pessoa que está sendo atendida é facilitada quando este reconhece seus sentimentos frente a ela, visto que as emoções estão sempre presentes nesta interação. Desta forma, os profissionais da saúde, estando ainda mais qualificados, são recursos valiosos para o entendimento da totalidade da pessoa que está doente.

Faz-se significativo ressaltar como é importante que o profissional da saúde desenvolva constantemente seus valores e princípios éticos, bem como sua técnica — que deve ser cada vez mais aperfeiçoada. Neste contexto, a interface entre saúde coletiva e Psicologia da Saúde pode auxiliar no entendimento e no avanço do planejamento de ações que visem a valorização da condição humana e na integração entre usuários, profissionais e gestores como finalidade da PHAS.

REFERÊNCIAS

- ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicologia da saúde**: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira, 2002.
- ANGNES, D. Humaniza saúde: diferencial do atendimento na saúde. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre. v. 18, n. 2, p.09-15, 2004.
- BRASIL. Legislação Federal e Estadual do SUS. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Legislação Federal e Estadual do SUS**. Porto Alegre, 2000. p. 22-41.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e Adminis-

- tração de Pessoal. In: MERHY, E; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, São Paulo, v.14, n.1, p.41-65, 2004.
- CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, São Paulo, v.13. 1997.
- _____. As necessidades de saúde como conceito estruturante. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. 180 p.
- CLOTET, J. Por que bioética? In: ARCHER, L.; BISCAIA, J.; OSWALD, W. (Ed.) **Bioética**. Lisboa: São Paulo: Verbo, 1996.
- CLOTET, J.; FEIJÓ, A.; OLIVEIRA, M. **Bioética: uma visão panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.
- FRANCISCONI, C. F.; GOLDIM, J. R. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: COSTA, S. I. F. et. al. (Ed.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- KIPPER, D. J.; CLOTET, J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: COSTA, S. I. F. et. al. (Ed.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- KUNRATH, A.; KANTORSKI, I.; BORGES, R. **Organização regional da coordenação de atenção integral à saúde**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2002.
- MATARAZZO; J. D. Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. **American psychologist**, n. 35, p. 807-817, 1980.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO. 2001. 180 p.
- MÜLLER, M. C. Psicologia e bioética. In: CLOTET, J. (Org.). **Bioética**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001. p. 85-92
- NOGUEIRA, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- ORTIZ, J. et al. **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 2004.
- PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Bioética**, Brasília, DF, v. 10, n. 2, 2002.
- REMOR, E. Psicologia da saúde: apresentação, origens e perspectivas. **Revista Psico**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, jan./jun., p. 205-217, 1999.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Guia de serviços de saúde mental do Rio Grande do Sul: cuidar sim, excluir não**. Porto Alegre, 2002.
- SAFORCADA, E. et al. **El factor humano en la salud pública: una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva**. Buenos Aires: Proas XXI, 2001.
- SEIDL, E.; ZANNON, C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.
- SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2005.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSICOLOGIA DA SAÚDE. **O que compreendemos sobre psicologia da saúde**. Disponível em: <http://www.sp-ps.com/frame_apresenta.html> Acesso em 09 jan. 2004.
- STRAUB, R. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.