



REVISTA INTERDISCIPLINAR ENCONTRO DAS CIÊNCIAS
V.1, N.3, 2018

VULNERABILIDADE E O TERRITÓRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RECONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS PARA A PSICOLOGIA?

VULNERABILITY AND THE TERRITORY OF PRIMARY HEALTH CARE:
RECONSTRUCTION OF PRACTICES FOR PSYCHOLOGY?

Emylio César Santos da Silva¹ | Mary Jane Paris Spink² | Lia Maristela da Silva Jacob³ | Ana Christina Martins Uchoa⁴ | Priscila França de Araújo⁵

RESUMO

O reconhecimento internacional da Atenção Primária à Saúde (APS) como fundamento para um novo modelo de cuidados de saúde levou a mudanças na teoria e na prática de várias profissões da saúde e bem-estar, entre elas a psicologia. No Brasil, a APS foi estabelecida como porta principal dos serviços ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e desenvolvida pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Apesar da notável expansão do papel das psicólogas na APS nos municípios de todas as regiões brasileiras, ainda são poucos os estudos que se dedicaram a abordar a questão relativa à formação e atuação profissional nesta conjuntura. Este artigo aborda aspectos do contexto da formação e atuação profissional das psicólogas brasileiras para a atuação nas das políticas públicas de saúde do SUS, especialmente no território da Atenção Primária, em grande parte marcado pela miséria, desigualdade social, econômica, cultural e vulnerabilidade em diversos aspectos.

PALAVRAS-CHAVE

Políticas Públicas. Sistema Único de Saúde (SUS). Psicologia e Atenção Primária à Saúde. Psicologia e Vulnerabilidade na APS.

ABSTRACT

The international recognition of Primary Health Care (PHC) as the foundation for a new model of health care has led to changes in the theory and practice of various professions of health and welfare, among them psychology. In Brazil, the PHC was established as the main entrance services to users of the Brazilian Health System (SUS) and developed by the Family Health Strategy (FHS). Despite the remarkable expansion of the role of psychologists in the PHC in the municipalities of all regions of Brazil, there are few studies that have dedicated themselves to address the issue on the training and professional performance at this juncture. This article discusses the context of aspects of training and professional performance of Brazilian psychologists to work in the public policies of SUS, especially in the territory of Primary Health Care, largely marked by poverty, social, economic, cultural inequality and vulnerability in several aspects.

Keywords: Public Policy. Brazilian Health System (SUS). Psychology and Primary Health Care. Psychology and Vulnerability in PHC.

INTRODUÇÃO

Uma variada aplicabilidade ao uso do termo vulnerabilidade tem sido observada na literatura científica, expressando dissemelhantes perspectivas de interpretação. A geografia ainda no início do

século XX ao buscar compreender os perigos naturais e como as populações percebiam o perigo trouxe ênfase para estudos sobre percepção e vulnerabilidade (TEDIM, 2013).

Ainda em relação a perigo, riscos naturais e a vulnerabilidade de pessoas e populações frente a desastres naturais, WISNER et al., a definem como “*the characteristics of a person or group and their situation that influence their capacity to anticipate, cope with, resist and recover from the impact of a natural hazard (an extreme natural event or process)*”.

Em outra perspectiva, usado na área de Segurança Alimentar e Nutricional, associa o termo à exposição de riscos, determinando a suscetibilidade de pessoas e grupos específicos, criando parâmetros de requerimentos nutricionais baseados em aspectos como: acesso físico e econômico aos alimentos; quantidade e disponibilidade de alimentos capazes de prover a nutrição; escolha, processamento, manuseio e distribuição dos alimentos dentro de uma dieta equilibrada (GOMES, PESSANHA; MITCHELL, 2010).

Na área da Saúde o termo vulnerabilidade também pode ser observado de forma bastante ampla em diferentes perspectivas e contextos. Na década de 1980, o termo vulnerabilidade começa a ser usado na Saúde Coletiva, especialmente nos estudos epidemiológicos, relacionado à epidemia da aids ao se tentar identificar “*the diversity of situations of vulnerability and in designing HIV/AIDS prevention programmes that fit these situations is the result of a long process*”(DELOS E HUNERT, 2000).

Seguindo a mesma trajetória, Jonathan Mann, primeiro coordenador da Coalização Global de Políticas Contra a Aids e principal organizador do livro “A Aids no Mundo”, pesquisa o tema da vulnerabilidade global à aids e apresenta uma metodologia de avaliação da vulnerabilidade à infecção pelo hiv e aids. Para o autor e seus colaboradores, o comportamento do indivíduo é absolutamente decisivo para torná-lo vulnerável à infecção, o que requer, portanto, o foco das ações no indivíduo (MANN, TARANTOLA; NETTER, 1993).

No Brasil, com a iniciativa de ampliar o que havia sido proposto pelo grupo de Mann, Ayres e colaboradores apontam a vulnerabilidade como sendo determinada por aspectos interdependentes e não com foco apenas no comportamento individual. Segundo os autores, alguns fatores dependem diretamente das ações individuais constituindo um comportamento pessoal e conseqüentemente uma vulnerabilidade individual. Ainda assim, existe um conjunto de fatores sociais que estão relacionados à vulnerabilidade, como: o acesso à informação; o financiamento e os recursos dispensados à saúde; o acesso e a qualidade dos serviços de saúde; aspectos sociais, políticos e culturais (AYRES et al., 1999).

DESENVOLVIMENTO

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE

A construção do sistema de saúde brasileiro se dá num longo processo. No Brasil imperial, a assistência à saúde tinha como foco principal os trabalhadores ligados à exportação de café. Na época as pesquisas científicas eram ligadas à definição dos perfis de risco e à epidemiologia e tinham como objetivo adotar medidas sanitárias de combate às vulnerabilidades que expusessem os indivíduos às epidemias e endemias, impulsionadas pelas descobertas bacteriológicas de Pasteur e pelas descobertas de vacinas que controlassem as epidemias e com isso garantir a permanência dos trabalhadores em seus postos de trabalho. A população era instruída a arejar e higienizar o ambiente domiciliar e as grandes cidades passavam por constantes reurbanizações com o objetivo de higienizar os espaços e evitar a disseminação de epidemias. Os hospitais faziam o isolamento daqueles que poderiam propagar as epidemias, assim como mantinham afastados os que eram considerados vulneráveis ou mentalmente incapazes do convívio em sociedade (FOUCAUT; MACHADO, 2005).

A partir do final dos anos de 1960 e em meados dos anos 1970, uma revolução de modos de vida acontece no mundo. Surge na Inglaterra o movimento por uma nova saúde pública. Na França, o Maio de 68 convida a sociedade a um reconhecimento das diferenças; na América Latina e, em vários países, um novo conceito de saúde se anuncia pelo reconhecimento de que a vida é muito mais complexa do que o paradigma biomédico consegue explicar.

O agravamento da crise da saúde no Brasil durante a década de 1970 com serviços de saúde filantrópicos e públicos impróprios e insuficientes e serviços privados financeiramente inacessíveis a maior parte da população, favorece o aparecimento do Movimento pela Reforma Sanitária, Reforma esta produto de um extenso movimento de defesa da democracia e direitos sociais, em busca de melhores condições sociais para a nação (PAIM, 2002).

Na década de 1980, essas reformas sociais se intensificam e sob o impacto de acontecimentos internacionais no âmbito da saúde pública, como a primeira carta de Promoção da Saúde no Canadá (Carta de Ottawa) e, no caso do Brasil, o marco da Reforma Sanitária Brasileira, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ambos acontecidos em 1986 (FRANÇA; VIANA, 2006).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde se configura como um marco importante na construção do SUS ao ratificar os princípios anunciados pelo Movimento, além de levantar questões cruciais, como o reconhecimento da Saúde Como Direito de Todos e Dever do Estado, uma total reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o Financiamento Setorial.

Em cinco de outubro de 1988 é promulgada a Constituição Federal. Com ela o SUS passa a ter existência jurídico-legal, ficando assegurado que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2013).

Assim, as ações e serviços públicos de saúde integrantes deste sistema ficariam organizados de acordo com as diretrizes: descentralização, integralidade do atendimento e a participação da comunidade (BRASIL, 2013).

A diretriz de atendimento integral engloba o conjunto organizado de ações e serviços que cuidam da promoção, proteção e recuperação individuais e coletivas, em todos os níveis de complexidade do sistema, com ênfase nas ações preventivas sem causar, contudo, prejuízo aos serviços assistenciais (BRASIL, 2009).

A complementação destas diretrizes citadas no artigo 198 da Constituição Federal seguem os princípios estabelecidos na Lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990 e que dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Dentre eles, podemos citar a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, resolutividade, participação popular, regionalização e hierarquização.

Neste sentido, o cenário atual das políticas públicas da saúde tem como norteador a integralidade da atenção assim como outros princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde; a Política Nacional da Atenção Básica, que preconiza a coordenação do cuidado a partir da Atenção Primária organizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que desde 2008 passa a contar com Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da Atenção Primária à Saúde (APS). Estas equipes multidisciplinares são formadas por profissionais de várias áreas do conhecimento e que tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais são orientadas a incluírem pelo menos um profissional da área da saúde mental em cada núcleo, dentre eles a Psicóloga (BRASIL, 2009).

Segundo Dimenstein (1998), a absorção de psicólogas para a atuação em instituições públicas de saúde se dá via saúde mental ainda no final dos anos 1970 e através da implementação do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) a partir de 1983. Apesar desta inserção não ser um fato recente na história da profissão, é inegável o impacto que a ampliação de novos espaços de trabalho e o surgimento de novas demandas de responsabilidade social que se faz para a psicóloga tem para a práxis da categoria a partir da estruturação de políticas públicas de Estado de abrangência nacional de fortalecimento do modelo de APS com ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Faz-se necessário compreender que o conceito de saúde como “ausência de doença” não correspondia mais aos anseios da sociedade brasileira que idealizava o Sistema Único de Saúde (SUS), se reorientando para uma compreensão mais abrangente de sujeito e sociedade que reconhece que saúde é resultante de determinantes e condicionantes sociais, como: alimentação, posse da terra, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, lazer, liberdade, emprego, transporte e acesso aos serviços de saúde.

Assim, não se pode mais considerar a saúde de forma isolada das condições e vulnerabilidades que cercam o indivíduo e a coletividade. Falar, hoje, em saúde sem levar em conta o modo como o homem se relaciona com o seu meio social e ambiental é um retrocesso à época em que a doença era observada como um fenômeno essencialmente biológico, desprovido de qualquer outra interferência que não fosse tão somente o homem e seu corpo. Este novo modelo de atenção, cuja organização assistencial tenha como pilares a APS em detrimento do modelo caracterizado pela prática médica essencialmente voltada para uma abordagem biológica e hospitalocêntrica, e o gerenciamento não mais no nível federal e sim no municipal, será construído fundamentado na concepção de que a unidade básica de saúde deve ser o espaço primordial de interligação de ações individuais e coletivas, desde ações de promoção da saúde, àquelas de prevenção e cura. É também um espaço privilegiado de intersetorialidade entre políticas públicas e não governamentais de saúde, assistência social, meio ambiente, etc., em todo o território de abrangência da unidade básica de saúde.

As pressões conjunturais por novas formas de atuação alinhadas com os princípios do SUS vêm produzindo um impacto significativo no campo de atuação de várias categorias profissionais, ampliando o espaço profissional e criando possibilidades de serem implementadas práticas integrais de saúde com o respaldo do trabalho de equipes multiprofissionais (SPINK; MATTA, 2007).

De acordo com Dantas, Oliveira e Yamamoto (2010):

[...] é inegável que a inserção profissional ampliada tem obrigado a psicóloga a buscar novas fontes de conhecimento para fundamentar a sua prática, assim como a diversificação das suas formas de atuação, procurando superar a intervenção individual em direção daquela que exige a inserção em equipes multiprofissionais. Tal busca é reflexo da mudança nos contextos de intervenção e das pressões por uma atuação socialmente comprometida.

Neste sentido concorda-se com Bardagi (2008) ao alertarem para a necessidade de reformulações na formação profissional das psicólogas por parte das instituições de ensino, no sentido de que se ofereça uma formação mais diversificada e generalista, que leve em consideração o conhecimentos de áreas emergentes da Psicologia, possibilitando a ampliação da atuação a contextos diferenciados de intervenção.

A FORMAÇÃO DA PSICÓLOGA PARA ATUAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA

A Psicologia enquanto profissão foi regulamentada no Brasil pouco antes do golpe militar de 1964, através da Lei número 4.119, de 27 de agosto de 1962. A ditadura que permaneceu no país por quase duas décadas influenciou, entre outras coisas, no processo de formação e atuação profissional da psicóloga e, historicamente, a configuração profissional da Psicologia se dá de forma „elitista“, direcionada principalmente para uma atuação em clínicas privadas, com a predominância de formações curriculares voltadas para esta área, calcados no modelo médico de intervenção e cura, privando os currículos de contemplarem a temática social- aspectos históricos, políticos e ideológicos - e levando a profissão a se organizar de maneira alienada, não politizada e elitista. Não à toa se construiu a ideia de que psicóloga faz somente Psicoterapia (MACEDO E DIMENSTEIN, 2011).

Para Magda Dimenstein torna-se imprescindível fazer-se a análise da relação que existe entre alguns aspectos relacionados à cultura profissional da psicologia no Brasil, pois dela parte o entendimento acerca das práticas atuais. Dentre estes elementos, podemos citar: (a) a história e ideologia da profissão na sociedade brasileira; (b) o contexto da formação profissional no Brasil; (c) a representação social da profissão e (d) a clientela que busca os cursos de psicologia no Brasil. A autora define “cultura profissional” como:

O conjunto de ideias, visão de mundo e estilo de vida profissional adotado por um grupo profissional específico, que vem determinar a adesão e preferência por certos modelos de atuação, por certos referenciais teóricos, assim como, por certos padrões, códigos e regras de relacionamento entre os pares e com a comunidade leiga; além de definir suas formas de organização e representação na sociedade (DIMENSTEIN, 2000).

A autora ainda chama a atenção para o distanciamento que se observa entre os profissionais da saúde e destes com os usuários fruto do desinteresse, das práticas mecanizadas e da burocracia, da alienação, da falta de compromisso profissional com a instituição, com as práticas de saúde humanizadas, evidenciando fragilidades na vinculação que se constrói com o campo de atuação (DIMENSTEIN, 2001).

A qualidade do vínculo que as psicólogas imprimem à sua atuação e o desenvolvimento das suas práticas têm relação direta na dinâmica e nas características do campo profissional da categoria tanto no sentido da atuação individual como também de responsabilidade pelo futuro da profissão (CAMPOS, 2017).

Muito embora tenha havido uma grande ampliação no campo de atuação das psicólogas, a psicologia clínica ainda é reconhecida pelos leigos e pelas próprias profissionais como a área de atuação mais tradicional e com maior inserção (BARDAGI, 2008).

Neste sentido, tem sido frequentes as discussões sobre a necessidade de uma reforma curricular e implementação de mudanças que permitam a incorporação de uma nova concepção de atuação que se constrói a partir da ampliação das práticas de intervenção, do rompimento com o modelo clínico hegemônico centrado no indivíduo ou em processos individualizantes e de distanciamento da realidade social do país para uma reforma que garanta a diversidade da formação que busque o envolvimento e a participação da psicologia na construção e execução de um projeto sólido, amplo e contínuo de mudança social no sentido de minimizar as desigualdades sociais ora gritantes em nossa sociedade.

Assim, a Psicologia Social Comunitária Latino-americana tem influenciado no desenvolvimento de uma Psicologia Social comprometida com o nosso povo e nossa realidade, diferentemente de como se construiu nos Estados Unidos e Europa, contribuindo não somente na construção do corpo teórico, mas também para a construção de uma práxis transformadora da realidade social do continente, marcada pela miséria, desigualdade social, econômica e cultural (SILVA; BOMFIM, 2013).

Intenta consolidar o comprometimento da Psicologia com a investigação e compreensão de temas implicados com a realidade local, dentro de uma perspectiva da integralidade, que amplia o olhar sobre o sujeito, baseados na justiça, na igualdade e na dignidade, reafirmando o seu aspecto de ciência e profissão que não são de neutralidade nem isenção, mas, sobretudo a serviço das classes oprimidas.

Buscar fazer com que a articulação entre teoria, metodologia, pressupostos epistemológicos e éticos se convertam para uma prática de enfrentamento de vulnerabilidades e desigualdades historicamente determinadas estão entre os grandes desafios que a Psicologia tem se deparado nos últimos anos, especialmente ao ser inserida nas políticas públicas de Estado de âmbito nacional, dentre elas as desenvolvidas na APS.

São vários os autores, dos mais diversos campos do conhecimento científico que têm dado contribuições significativas para o desenvolvimento e consolidação de uma Psicologia Social Comunitária que insere uma metodologia de pesquisa-ação cuja caracterização se dá a partir da problemática do cotidiano ao qual está inserida. Dentre eles podemos citar: Paulo Freire, Orlando Fals Borda, Silvia Lane, Martín-Baró, Maritza Montero, Leonardo Boff.

Assim como na América Latina, esta Psicologia Social surge no Brasil a partir da necessidade do questionamento acerca da vida e do cotidiano das pessoas inseridas num contexto social, econômico e histórico-cultural singular e marcado por contrastes e vulnerabilidades, dentro

de uma perspectiva de mudança social e desenvolvimento das potencialidades humanas a partir de uma práxis libertadora. Toma como base modelos teóricos e práticos da Sociologia, da Ecologia e da Educação Popular, reforçados por experiências realizadas em diversos estados brasileiros, em especial a partir de trabalhos de enfoque sócio-políticos a partir das produções de Silvia Lane (LANE, 2017).

PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM DIÁLOGO INDISPENSÁVEL

A implementação de políticas sociais importantes como os Sistemas Únicos de Saúde (SUS) e de Assistência Social (SUAS) contribuíram fortemente para a ampliação do espaço de atuação para as psicólogas em todo o país. Entretanto, faz-se necessário que se invista na formação adequada para que a práxis da psicóloga se construa alinhada com as diretrizes do SUS e do complexo contexto sócio-político e econômico em que vivemos e que causam impactos significativos no processo saúde-doença dos indivíduos.

Neste sentido, torna-se essencial o diálogo entre a Psicologia Social Comunitária e a APS frente à complexidade que é exigida ao lidar-se com a multiplicidade e a diversidade encontrados no nível do cuidado primário. A APS exige de fato uma práxis ético-politizada de engajamento social em saúde que contribua com uma atuação baseada no acolhimento da subjetividade dos sujeitos em questão.

Tomando como referência a Psicologia Social Comunitária, compreendesse como sendo de fundamental importância a construção de processos de trabalhos da ESF que reconheçam a necessidade do sujeito exercer um papel ativo na construção de sua saúde e na coletividade que , segundo Aragaki *et al* somente será possível se constituído dentro da perspectiva da cidadania onde as psicólogas “*trabajen con la noción ampliada de salud, produciéndose, de esta manera, una práctica clínica en esa misma concepción*” (ARAGAKI; SPINK EBERNARDES, 2012).

A mudança no perfil profissional de profissões da saúde como a Psicologia, se dá principalmente a partir da mudança de concepções em que o compromisso social com o SUS e seus usuários se efetive nas práticas do cotidiano de trabalho. Segundo Dimenstein (2001):

A modificação do modelo assistencial hegemônico e a melhoria real no atendimento à saúde passam necessariamente pelo desenvolvimento de serviços mais próximos da população, das suas necessidades e prioridades. Para isso, exige-se uma nova mentalidade profissional e organizacional, participação e compromisso na busca da qualidade da saúde. Ou seja, é preciso uma reconstrução da subjetividade dos trabalhadores do campo da saúde, bem como alterar a cultura organizacional hegemônica, sendo esse, então, o grande desafio que a Reforma Sanitária enfrenta no país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Urge a necessidade de mudanças nos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos de graduação que participam diretamente das políticas públicas sociais, dentre eles o SUS e o SUAS. Neste sentido concordamos com Dimenstein (2009) quando esta afirma que é obrigação da universidade pública garantir a formação profissional daqueles que atuarão nos espaços públicos. Fazem-se necessárias também mudanças profundas nas matrizes curriculares destes cursos no sentido de que estas possam ser repensadas quanto a sua estrutura, objetivos e acima de tudo que sejam feitas articulações entre o processo formativo e o serviço, assim como com as comunidades e os usuários destas políticas públicas, fomentando a ampliação das perspectivas de atuação profissional, que no caso da Psicologia, ainda se restringem às práticas tradicionais da clínica individual particular ou organizacional.

REFERÊNCIAS

- ARAGAKI, S. S ; SPINK M.J; BERNARDES, J.S. La Psicología de la Salud en Brasil: transformaciones de las prácticas psicológicas en el contexto de las políticas públicas en el área de la salud. **Pensamiento Psicológico**, v.10, n.2 p.74, 2012.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA,R; PARKER,R. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. **Relume Dumará**, Rio de Janeiro, p. 50-71,1999.
- BARDAZI, T.M. et al. Avaliação da Formação e Trajetória Profissional na Perspectiva de Egressos de um Curso de Psicologia. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n.2, p.304-315,2008.
- BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 39, de 19 de dezembro de 2002., da Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988, São Paulo, 31. Ed, 2003.
- BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**, Brasília, 3. Ed , 2009.
- CAMPOS, R.C. Avaliação psicológica em contextos clínicos: três breves notas epistemológicas com relevância para a formação de psicólogos. **Revista Educação Temas e Problemas**. nº 17, p. 42-54, 2017.
- DANTAS, C.M.B; OLIVEIRA, I.F. e YAMAMOTO, O. H. Psicologia e pobreza no Brasil: produção de conhecimento e atuação do psicólogo. **Psicologia & Sociedade**. v.22, n.1, p.104-111, 2010.
- DELOR, F; HUNERT, M. Revisiting the concept of “vulnerability”. **Social Science & Medicine**, n.50, p.1558, 2000.
- DIMENSTEIN, M.D.B. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**,v.5, n.1, p. 95-122, 2000.

DIMENSTEIN, M.D.B. Conversando com o psicólogo. Sem medo de repensar. Entrevista. **Psi Jornal de Psicologia**, São Paulo, jun./jul., 2009.

DIMENSTEIN, M.D.B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, Natal; v.3, n.1, p. 53-81, 1998.

DIMENSTEIN, M.D.B. O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez de 2001.

FOUCAULT M, MACHADO, R. Microfísica do poder. **Graal**, Rio de Janeiro, 26.ed, p.295, 2005.

FRANÇA ,A.C.P, VIANA ,B.A. Interface psicologia e programa saúde da família – PSF: reflexões teóricas. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.26, n.2,p. 246-257, 2006.

GOMES, N.N; PESSANHA, L; MITCHELL, P.V. Acesso à alimentação como direito social no Brasil: implicações para a sociedade e para o sistema nacional de informações. **Ser Social (UnB)**, n.12, p.116-144, 2010.

LANE, S.T.M. **O que é psicologia social**. Editora Brasiliense. 1ªed eBook, 2017.

MACEDO, J.P; DIMENSTEIN, M.D.B. Expansão e Interiorização da Psicologia: Reorganização dos Saberes e Poderes na Atualidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.31, n.2, p.296-313, 2011.

MANN, J; TARANTOLA; D.J.M; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R. *A AIDS no mundo*. **Relume Dumará**, Rio de Janeiro, p. 276-300, 1993.

MENDES, E.V. As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. **Hucitec**, São Paulo p. 19-92, 1993.

PAIM, J. S. Saúde Política e Reforma Sanitária. **Fred Lima**, Salvador, p. 447, 2002.

SILVA, E.C.S, BOMFIM, Z.A.C. Os caminhos da Psicologia Comunitária na América Latina. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n.1, p. 251-253, 2013.

SPINK, M.J.P; MATTA, G.C. A Prática Profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, M.J.P. (Org.) *A Psicologia em Diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. **Casa do Psicólogo**, São Paulo, 1 ed, v. 1, p. 25-51, 2007.

TEDIM, F. O contributo da vulnerabilidade na redução do risco de incêndio florestal. In: LOURENÇO, L. F; MATEUS, M. A. Riscos naturais, antrópicos e mistos. Homenagem ao Professor Doutor Fernando Rebelo. **Departamento de Geografia**, Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra, p.653-666, 2013.

WISNER, B. et al. At Risk, Natural Hazards, People's Vulnerability and Disasters. **Routledge**, London, p. 11, 2004.

Recebido em: 02 de Agosto de 2018

Aceito em: 28 de Agosto de 2018

¹Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). E-mail: emylios@gmail.com

²Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

³Programa de Pós-graduação em Ciência da Saúde- Universidade de Campinas (UNICAMP).

⁴Programa de Pós-graduação em Ciência da Saúde- Universidade de Campinas (UNICAMP).

⁵ Programa de Pós- graduação em Saúde Coletiva- Universidade Federal do Ceará- UFC. E-mail: ilafranca@yahoo.com.br