Psicologia Sanitária e Saúde Coletiva: práticas interdisciplinares no contexto do Sistema Único de Saúde

JORGE ONDERE NETO*

Resumo: A mudança de paradigma da saúde pública para a saúde coletiva possibilitou o desenvolvimento de um modelo interdisciplinar. A psicologia se inseriu acompanhando esse processo a partir da elaboração de novas teorias e técnicas psicoterapêuticas. O presente trabalho tem, como objetivo geral, desenvolver modelo teórico-filosófico de análise ao sistema de saúde inspirado na Psicologia Sanitária. Os objetivos específicos são: apresentar a teoria da Psicologia Sanitária do psicólogo Enrique Saforcada e desenvolver entrelaçamentos dessa teoria com a prática do psicólogo que atua na saúde coletiva. Para isso, realizou-se uma revisão narrativa da literatura relacionada à Psicologia Sanitária e à Saúde Coletiva. Desenvolveu-se dois modelos que descrevem e problematizam o perfil do psicólogo atuante no novo paradigma da saúde e o funcionamento dinâmico e complexo do SUS.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde; Paradigma da Complexidade; Atuação do Psicólogo Sanitarista.

Health Psychology and Collective Health: interdisciplinary practices in the context of Unified Health System

Abstract: The paradigm shift from public health to collective health made the development of an interdisciplinary model. The psychology inserts itself following this process from the elaboration of new theories and psychotherapeutic techniques. The general objective of this work is to develop a theoretical-philosophical model of analysis of the health system inspired by Health Psychology. The specific objectives are: to present the theory of Health Psychology of the psychologist Enrique Saforcada and to develop connections between this theory and the practice of the psychologist who works in collective health. To do so, a narrative review of the literature related to Health Psychology and Collective Health was carried out.

Key words: Health Psychology; Complexity Paradigm; Action of the Health Psychologist.

* **JORGE ONDERE NETO** é Psicólogo formado pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); Especialista em Avaliação Psicológica pelo Núcleo Médico Psicológico; Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS; Graduando em Filosofia (Licenciatura) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Introdução

A noção de saúde teve uma mudança paradigmática desde o fim do século XVIII até a contemporaneidade. Conforme Birman (2005), a Saúde Pública, na modernidade, era fundamentada pelo modelo biológico baseado na universalidade naturalista do âmbito médico, cujo funcionamento impedia compreender as especificidades das demandas advindas dos sujeitos, bem como seu campo simbólico e histórico. O contraponto a esse modelo restrito à medicina adveio a partir da inserção das Ciências Sociais no campo da saúde – em meados da década de 1920 - as quais realizaram problematizações ao paradigma biomédico, destacando a importância dos aspectos político-sociais e simbólicos, dessa forma, houve o início da Saúde Coletiva (BIRMAN, 2005). Esta realiza críticas à hegemonia do saber biológico e desenvolve uma noção de saúde que é de ordem da complexidade, visto que "sua problemática demanda diferentes leituras e permite a construção de diferentes objetos teóricos" (p. 14). Assim, há uma relativização que permite ampliar o olhar para a saúde.

A Saúde Coletiva inaugura uma nova mentalidade, incluindo diferentes teorias (sociológicas, antropológicas e etc.) e desenvolvendo modificações nos métodos de pesquisa cuja interdisciplinaridade é o veículo de sustentação (BIRMAN, 1996). Seu funcionamento ocorre a partir de uma lógica pós-disciplinar por meio do paradigma da complexidade (ALMEIDA FILHO, 2005). Este, diferentemente do paradigma da simplicidade, tem como proposta a elaboração de um Projeto Inter-poli-transdisciplinar que compreende e atua em seu objeto – a saúde – com o objetivo de gerar complexificações (MORIN, 2003).

A inserção da psicologia no campo da saúde ocorreu no início do século XX no ensino médico, mas ainda seguindo o modelo simplista de saúde (CARVALHO; YAMAMOTO, 2002). No entanto, com o advento das mudanças e dificuldades ocorridas na sociedade, os psicólogos dirigem a atenção aos aspectos sociais os considerando como fatores influentes na dinâmica saúde-doença (Ibid). A partir da década de 80, em decorrência da redução de trabalho da psicoterapia privada devido à crise nacional, da crítica ao modelo tradicional da psicologia e da criação de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, os psicólogos se inserem em hospitais, ambulatórios e centros de saúde. (Ibid.). Esse movimento fez com que houvesse a necessidade de mudanças teóricas e técnicas na psicologia e no perfil do profissional para o desenvolvimento de manejos adequados em um contexto diferente da clínica tradicional (DIMENSTEIN, 1998, 2001).

Portanto, a psicologia acompanhou as mudanças do âmbito sanitário, ou seja, sua relação ocorre de maneira intrínseca à saúde, sendo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) um dos fatores que implicaram em uma reestruturação da área psicológica (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011). Atualmente, discute-se de que maneira esta pode contribuir para a saúde coletiva, visto que a relação entre psicologia e saúde coletiva possui uma zona de relação mútua (BENEVIDES, 2005). Por isso, estudos que investigam a atuação do psicólogo na promoção da saúde (SANTOS; QUINTANILHA; DALBELLO-ARAUJO, 2010), na atenção primária (GORAYEB; BORGES; OLIVEIRA, 2012), nas

políticas sociais de saúde (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012) e nas equipes interdisciplinares (COUTO; SCHIMITH; DALBELLO-ARAUJO, 2013) estão sendo desenvolvidos para que possa haver compreensões teórico-práticas da psicologia em relação ao SUS.

Com o desenvolvimento desse novo formato de saúde, a psicologia social e a psicologia sistêmica têm sido áreas de significativa importância para nortear o trabalho do psicólogo da saúde, pois permitem o profissional lidar com o fenômeno complexo e estar de acordo com os princípios do SUS (BÖING; CREPALDI; MORÉ, 2009; SPINK, 2010). Da mesma forma, a psicanálise, devido à sua técnica se ater nos aspectos simbólicos e na subjetividade do usuário (FIGUEIREDO, 2002). Além delas, a Psicologia Sanitária, proposta pelo psicólogo argentino Enrique Saforcada (2002), também é uma área que se propõe a estabelecer diretrizes teóricas, metodológicas e técnicas à atuação do psicólogo no âmbito da saúde coletiva.

Com intuito de ampliar e de contribuir à área da psicologia da saúde, o presente trabalho tem como objetivo geral desenvolver modelo teórico-filosófico de análise do sistema de saúde inspirado na Psicologia Sanitária. Os objetivos específicos são: apresentar a teoria da Psicologia Sanitária do psicólogo Enrique Saforcada e desenvolver entrelaçamentos dessa teoria com a atuação do psicólogo que atua na saúde coletiva. A partir da literatura consultada, foi possível desenvolver dois modelos de saúde que descrevem e problematizam tanto a atuação do psicólogo sanitarista quanto a dinâmica complexa do SUS no âmbito do paradigma da Saúde Coletiva.

História da Psicologia Sanitária

Em 1969, o Centro de Investigación em Psicología Social (CIPS) foi fundado na Facultad de Filosofía y Humanidades na Universidade Nacional de Córdoba (UNS) – Argentina - com a proposta de desenvolver projetos nos eixos da administração e saúde públicas e da psicologia dos comportamentos infratores, tendo como influência a psiquiatria comunitária e a medicina social. Na década de 70, o Centro inicia projetos de práticas em saúde nos bairros da periferia e, com esta experiência, desenvolve disciplinas de psicologia social aplicadas no âmbito da saúde mental, bem como um programa de intervenção que tinha como objetivo analisar as necessidades advindas da população investigada (SAFORCADA, 2002).

As mudanças sócio-políticas na Argentina, advindas do golpe de 1976, ocasionaram a expulsão do pessoal do CIPS, assim como a destruição do Centro. Uma década depois, os trabalhos retomam na Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) e, em 1987, novamente em Córdoba, é criada a disciplina de Psicologia Sanitária. Após dois anos, o Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba desenvolve a especialidade em Psicologia Sanitária bem como sua regulamentação profissional. Por fim, em 1995, há a regulamentação do título de especialista, conferindo titulação de Psicólogo Sanitarista e, em 1996, ocorre o exame para obter esse título (SAFORCADA, 2002).

O psicólogo argentino Enrique Saforcada foi quem participou na elaboração e na criação da Psicologia Sanitária. Assim como Birman (2005), Saforcada também critica o modelo biomédico da Saúde Pública o qual visa apenas à enfermidade e a não atenção aos

aspectos sociais, destacando a importância de um novo paradigma: a Saúde Coletiva (SAFORCADA, 2012). Para o psicólogo argentino, esta funciona por meio de um Paradigma Social-Expansivo, visto que defende a atuação de uma equipe interdisciplinar que participe do processo saúde-doença de maneira em que a coesão seja sustentada e atue a partir de um enfoque holístico e integral; diferentemente do Paradigma Individual-Restritivo cujo funcionamento ocorre a partir de um modelo linear centrado somente na figura do médico e de um enfoque reduzido ao biológico (SAFORCADA, 2010). Por isso, a Psicologia Sanitária tem como proposta realizar uma integração entre a Psicologia e a Saúde Coletiva a partir do trabalho comunitário e do desenvolvimento de políticas públicas em saúde (SAFORCADA, 2002, 2012).

Compreendendo a Psicologia Sanitária

Para auxiliar a compreensão sobre a Psicologia Sanitária, é possível realizar, para fins didáticos, uma divisão do conceito (LEMES; ONDERE NETO, 2015). De um lado há Psicologia; de outro, Sanitária. A primeira é uma disciplina de graduação que possui um campo epistemológico o qual lhe sustenta: Psicanálise, Cognitivo, Comportamental, Humanismo, Transpessoal e etc. A segunda está relacionada à Disciplina Saúde Coletiva que, por sua vez, também é uma disciplina de graduação e pós-graduação e que engloba quatro áreas principais: Epidemiologia; Política, Planejamento e Gestão; Ciências Sociais e Humanas; Ciência e Tecnologia (ABRASCO, 2016).

Essas duas disciplinas – Psicologia e Saúde Coletiva – podem realizar uma conexão compartilhando um campo em que há uma troca mútua entre elas cuja dinâmica interdisciplinar pode ser estabelecida. Uma vez conectadas, interagem entre si com a influência de leis, regras, normas, políticas e princípios do SUS que realizam uma forma de gestão no funcionamento da Psicologia e da Saúde Coletiva a partir do atravessamento e transversalidade[1] (BAREMBLITT, 2002). Portanto, a Psicologia Sanitária é uma interação entre Psicologia e Saúde Coletiva sendo influenciada pelo Sistema de Saúde no qual ela está inclusa (o SUS) a partir dos atravessamentos e transversalidades desse sistema.

Necessidades Sócio-Político-Epistemológicas: Por que Psicologia Sanitária?

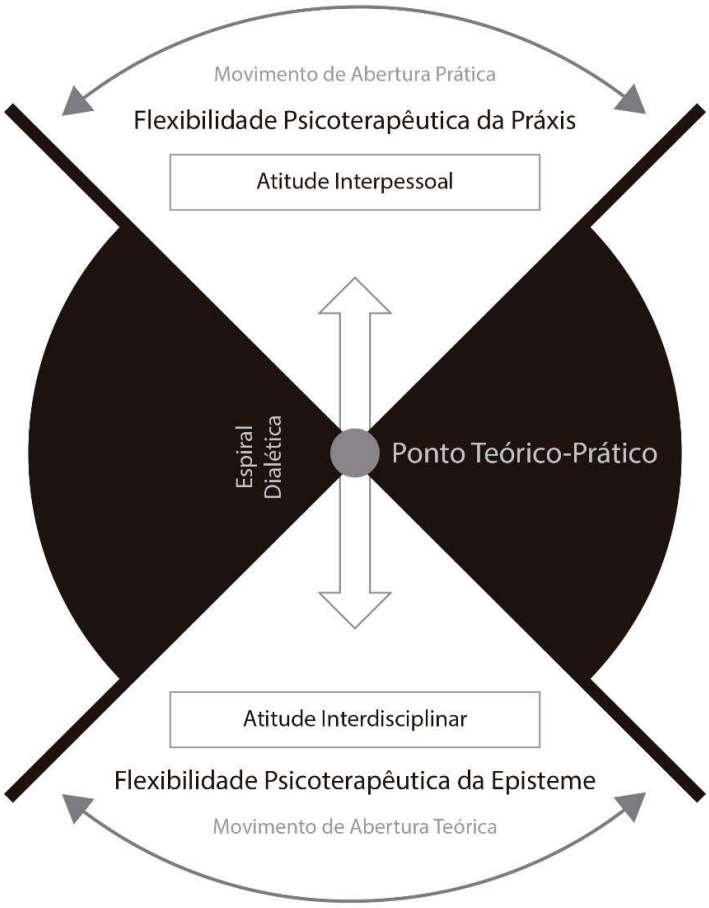
Enrique Saforcada (2012) destaca quatro quesitos necessários da Psicologia Sanitária que norteiam o trabalho do psicólogo sanitarista, a saber: 1) maior enfoque nos aspectos sócio-políticos e culturais; 2) mais contato com a teoria e a dinâmica da interdisciplinaridade; 3) maior atuação e participação no âmbito público da saúde; 4) maior engajamento e envolvimento político. Além desses quatro, pode se destacar um quinto, a saber, é necessário o psicólogo sanitarista desempenhar maior atuação

1 Atravessamento e transversalidade são conceitos advindos do Movimento Institucionalista a partir do psiquiatra argentino Baremblitt. O primeiro conceito faz referência à interpenetração institucional que reproduz e conserva as funções instituídas; o segundo, por sua vez, está relacionado às mudanças que ocorrem a partir do movimento instituinte e criativo. Os dois coexistem em uma instituição, sendo assim, o SUS tem como função realizar atravessamentos e transversalidades na psicologia sanitária assim como, também, nas outras áreas da saúde (medicina, enfermagem, sociologia e etc.).

na Atenção Primária em Saúde (APS), visto que esta é um dos elementos primordiais de atuação do profissional da saúde no campo sanitário (DEMENECK, 2008; SAFORCADA, 2011).

Essas necessidades listadas ocorrem, como visto na introdução desse texto, em função da mudança paradigmática do âmbito teórico-prático do processo saúde-doença, gerando uma postura profissional que contemple um enfoque multiperspectival, atendo-se na complexidade dos fenômenos biopsicossociais (SAFORCADA, 2002). Por isso, Saforcada desenvolve a noção de *Posição Clínica* que está relacionada ao paradigma individual-restritivo direcionado ao indivíduo descontextualizado de seu ambiente, à passividade onde o profissional espera a demanda, à monodisciplina e à enfermidade para diferenciá-la da *Posição Salubrista* que possui características relacionadas ao paradigma sócio-expansivo[2].

Primeiro modelo de Saúde proposto: a flexibilidade psicoterapêutico-sanitária



2 Saforcada (2002) confere à posição salubrista uma teoria denominada "teoria integral do processo de saúde-enfermidade" para conceber essa posição de acordo com o novo paradigma da saúde orientado pela interdisciplinaridade visando à dinâmica social, global e sistêmica do âmbito sanitário. Por isso, denomina-a de paradigma sócio-expansivo.

A flexibilidade psicoterapêutico-sanitária consiste em um modelo de saúde proposto para ilustrar o perfil e a postura que são aconselháveis ao trabalho do psicólogo sanitarista bem como demonstrar a dinâmica da Psicologia Sanitária (ONDERE NETO; CARRASCO, 2014; LEMES; ONDERE NETO, 2015). Esse modelo (Figura 1) é inspirado na teoria da Psicologia Sanitária, obedecendo ao que ela propõe como sendo indispensável ao profissional: a interdisciplinaridade, a posição salubrista, a complexidade e a necessidade de conhecimento teórico-prático (SAFORCADA, 2002).

O modelo está dividido em dois âmbitos, a saber: *Atitude Interdisciplinar (AID)* e *Atitude Interpessoal (AIP)* – (ONDERE NETO; CARRASCO, 2014; LEMES; ONDERE NETO, 2015). A atitude interdisciplinar é um conceito já trabalhado pela pedagoga Irani Fazenda (2002); no entanto, no contexto da Psicologia Sanitária, a AID consiste no estudo ativo e constante do psicólogo sanitarista de diferentes teorias e disciplinas relacionadas à demanda com que está lidando e atendendo (antropologia, sociologia, política, medicina, nutrição, biologia e etc.). Por isso, quanto mais ampla for a sua compreensão das diferentes teorias e disciplinas que expliquem o caso de estudo em questão e, dessa forma, for possível relacioná-las de maneira interdependente, o profissional poderá ter um conhecimento não fragmentado de seu objeto de investigação (ONDERE NETO; CARRASCO, 2014; LEMES; ONDERE NETO, 2015). Para isso, é necessária a atitude de ler, estudar e se esforçar para compreender as teorias assim como, também, a flexibilidade para expandir a compreensão para praticar a interdisciplinaridade. Sem sombra de dúvida, o alcance desejável de saber e de estudar todas as áreas teóricas existentes é praticamente inviável – questão que o próprio Enrique Saforcada concorda (2012) -; entretanto, o que está em pauta, nesse caso, não é o quanto sabe, mas, sim, sua atitude para buscar conhecimento. Como esta flexibilidade está relacionada com a atitude interdisciplinar, denomina-se *Flexibilidade Psicoterapêutica da Episteme* cuja dinâmica consiste no *Movimento de Abertura Teórica* (ONDERE NETO; CARRASCO, 2014).

Para complementar a definição da AID, o filósofo brasileiro Hilton Japiassu conceitua a interdisciplinaridade como "uma atitude de espírito. Atitude feita de curiosidade, de abertura, de sentido de aventura, de intuição das relações existentes entre as coisas e que escapam à observação comum" (JAPIASSU, 1979, p.15). Essa conceituação do filósofo destaca de maneira clarificada o significado da AID, visto que descreve o enfoque amplo necessário ao psicólogo sanitarista para que seu entendimento ultrapasse o senso comum (ONDERE NETO; CARRASCO, 2014).

A AIP, por sua vez, também consiste na postura ativa, mas, nesse caso, ao invés de ser com o âmbito teórico, é com sujeitos envolvidos e relacionados, de alguma forma, com a demanda (profissionais ligados direta ou indiretamente com a saúde, familiares, comunidade, próprio paciente e etc.) com intuito de obter informações de diferentes vieses acerca de seu objeto de investigação. Dessa forma, é possível gerar um quadro íntegro do parecer dado pelos sujeitos e do contexto (comunidade, serviços de saúde e etc.), contribuindo para um *Movimento de Abertura Prática.* Por isso, essa dinâmica tem o nome de *Flexibilidade Psicoterapêutica da Práxis*, visto que designa o quanto flexível o psicólogo sanitarista é em sua prática, em sua

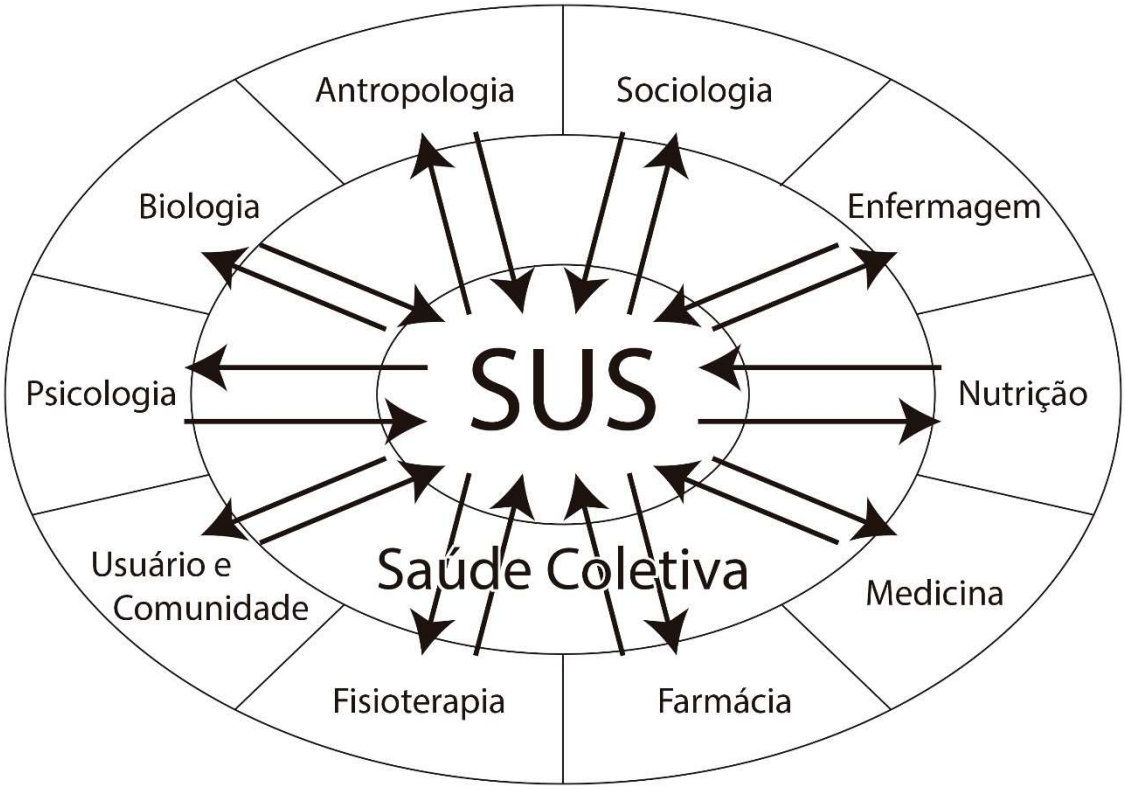
técnica e em sua relação com as diferentes pessoas envolvidas com a demanda que necessita conhecer (ONDERE NETO; CARRASCO, 2014). Isso significa que o psicólogo sanitarista, no âmbito da AIP, utiliza a sua técnica a partir da prática discursiva cujas representações subjetivas constituídas pelo processo saúde-doença são enunciadas tanto ou pelo paciente ou pela comunidade. Dessa forma, ao analisar os discursos, é possível delinear um quadro de conhecimento amplo e aprofundado dos conflitos e problemáticas existentes (FOUCAULT, 1997).

Portanto, o Modelo da Flexibilidade Psicoterapêutico-Sanitária possui dois âmbitos: AID e AIP. O primeiro relacionado ao campo teórico cujas disciplinas e teorias estão inseridas; o segundo, relacionado ao campo prático cuja técnica ocorre a partir da análise discursiva do objeto de estudo. É necessário destacar que a AID e a AIP estão interligadas, havendo uma troca mútua de retroalimentação entre elas, ou seja, o campo teórico não está desconexo do campo prático, sendo assim, um influencia o outro. O encontro entre eles ocorre no *Ponto Teórico-Prático* (ver figura 1) onde o psicólogo sanitarista, ao unir a teoria com a prática, pode formular hipóteses, ser auxiliado pela literatura e, inclusive, deparar-se com divergências as quais possibilitam refutar determinada teoria ou tese formulada em função da prática ocorrer de maneira oposta à literatura (ONDERE NETO; CARRASCO, 2014). Esse *Ponto* é de significativa importância, visto que é por meio dele que ocorre o modelo de fazer ciência/o *modus operandi* científico, pois é possível conhecer a teoria na prática ou modificá-la por meio dessa práxis a partir de projetos de pesquisas.

A dinâmica de funcionamento que ocorre nessa retroalimentação entre teoria e prática pode ser explicada a partir daquilo que Pichón-Riviére (2000) denomina de *Espiral Dialética*. Este termo descreve que os sujeitos estão constantemente em transformação em função dos vínculos que estabelecem ao operarem na realidade. Dessa forma, a aprendizagem ocorre "por meio de um permanente movimento de estruturação, desestruturação e reestruturação" (PEREIRA, 2013, p. 25) a partir do encontro teórico-prático. Sendo assim, a teoria (saber) pode modificar a prática (fazer) e vice-versa a partir da Espiral Dialética, visto que ela gera uma reestruturação que implica mudanças tanto da teoria quanto da prática ou, em outras palavras, conforme Pereira (2013), tanto para a pesquisa quanto para a intervenção.

Para finalizar, vale ressaltar que o movimento de abertura prática e teórica podem ter limitações, nesse caso, dependendo da atitude do psicólogo, da demanda e dos recursos de seu ambiente de trabalho, sua abertura pode ser ora ampla ora restrita (ONDERE NETO; CARRASCO, 2014). Por isso, as necessidades vistas no subtítulo "Necessidades Sócio-Político-Epistemológicas: Por que Psicologia Sanitária?" são aconselháveis para o psicólogo sanitarista (participar de projetos políticos assim como desenvolvê-los, atuar de maneira interdisciplinar e etc.), pois, ao serem realizadas, possibilitam maior abertura no âmbito teórico e prático assim como maior engajamento nos processos que ocorrem no âmbito social e nas políticas públicas (SAFORCADA, 2012).

Segundo modelo de Saúde proposto: o Círculo Interdisciplinar Dialético da Saúde Coletiva



O Modelo do Círculo Interdisciplinar Dialético da Saúde Coletiva consiste em três círculos concêntricos (Figura 2) onde o externo é composto pelos profissionais das diversas áreas da saúde (medicina, enfermagem, psicologia, sociologia, antropologia, nutrição, farmácia e etc.), o intermediário é onde está a Saúde Coletiva, pois é uma área a qual envolve o paradigma sanitarista contemporâneo e realiza o meio-campo entre os profissionais (círculo externo) com o SUS (círculo central), este, por fim, é o interno. O funcionamento dinâmico desse modelo ocorre devido à relação mútua entre os três círculos, ou seja, os profissionais, ao trabalharem por meio da lógica da saúde coletiva, ora atravessam ora "transversalizam" – em termos do Movimento Institucionalista de Baremblitt vistos acima – o SUS e este, por sua vez, gera repercussões na Saúde Coletiva, influenciando os profissionais em seu saber-fazer. Tal dinâmica implica que as ações feitas pelos profissionais no âmbito da Saúde Coletiva afetam, de alguma forma, o SUS; este, então, repercutirá no saber-fazer dos profissionais de acordo com a dialética que é intrínseca ao funcionamento do Círculo Interdisciplinar (LEMES; ONDERE NETO, 2015).

Por isso, a partir desse modelo, pode-se observar que quando uma categoria profissional tem como objetivo reforçar ou modificar sua atuação na saúde coletiva (seja por reivindicação, ou por petição, ou por greves, ou por projetos políticos, ou movimentos sociais), realiza mudanças nas leis, regras e normas do SUS e este, caso as modificações forem atendidas, repercute na Saúde Coletiva, fazendo com que as mudanças solicitadas pelas categorias tenham retorno (LEMES; ONDERE NETO, 2015). A transversalidade modifica tanto a categoria profissional que inicia o processo, quanto pode gerar mudanças às outras, pois todas as áreas da saúde estão inseridas no coletivo (círculo intermediário da saúde coletiva).

Para destacar um exemplo, é possível realizar uma breve análise do Movimento Antimanicomial para descrever essa dinâmica (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007). A atuação no campo psiquiátrico era realizada, predominantemente, pela medicina, dessa forma, de acordo com os autores, as outras áreas da saúde tinham ou pouca ou nenhuma participação no que tange às questões legislativas do funcionamento psiquiátrico. Desse modo, o modelo funcionava a partir de uma dinâmica unidimensional fazendo com que as decisões tomadas pela psiquiatria, assim como planejamentos de políticas públicas, fossem pouco acessadas por outras áreas da saúde. Com o novo paradigma da saúde coletiva, designado por Saforcada de Sócio-Expansivo (2010), ocorreu um formato em que as outras áreas da saúde também tivessem participação ativa nas decisões e elaborações de ações e planejamento, fazendo com que se iniciasse a Reforma Psiquiátrica (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007). Portanto, essa transversalidade que a categoria dos psicólogos, dos antropólogos e etc. realiza, gera mudanças na saúde coletiva que tem como objetivo modificar o âmbito legislativo do SUS referente à lógica psiquiátrica instituída anteriormente.

Vale ressaltar que essa dinâmica descrita é passível de conflitos em seu *modus operandi* em função de quatro fatores observados até o momento (LEMES; ONDERE NETO, 2015):

> 1) Divergências entre profissionais de mesma categoria: retomando o exemplo da Reforma Psiquiátrica, há conflito quando determinados psiquiatras são contrários à RP enquanto outros são a favor;
>
> 2) Divergências entre profissionais de diferentes categorias: quando uma determinada categoria realiza movimentos para modificar questões legislativas do SUS para favorecer a si e/ou ao outro, mas gera, como consequência, prejuízos de algum tipo para outra categoria profissional;
>
> 3) Divergências entre profissionais que não são da área da saúde e planejam leis no SUS com profissionais da área da saúde: profissionais que não trabalham diretamente na área da saúde podem planejar leis no SUS modificando questões que podem divergir em relação aos profissionais que atuam na área;
>
> 4) Divergências entre os paradigmas Saúde Pública x Saúde Coletiva: mesmo o paradigma contemporâneo estar fundamentado pela Saúde Coletiva, ainda há profissionais que trabalham com a lógica da Saúde Pública, e isso pode gerar conflitos no funcionamento da saúde.

Portanto, o Modelo do Círculo Interdisciplinar Dialético da Saúde Coletiva (LEMES; ONDERE NETO, 2015) tem como objetivo descrever o funcionamento dinâmico do âmbito da saúde de maneira a circunscrever a forma pela qual os profissionais atuam na saúde, modificando questões legislativas do SUS e de que forma isso repercute no saber-fazer das categorias. Esse modelo é proposto para destacar a complexidade existente no *modus operandi* da saúde onde o todo é maior do que a soma das partes, gerando um quadro não fragmentado. Além disso, ele obedece ao que a Psicologia Sanitária menciona acerca das características da

saúde coletiva como sendo um âmbito complexo, interdisciplinar, não fragmentado, social e político. Por isso, é necessário o psicólogo sanitarista se envolver nos planejamentos e ações organizadas pelos movimentos sociais, nas políticas públicas e trabalhar com a lógica da interdisciplinaridade (SAFORCADA, 2002, 2011, 2012).

Considerações finais

A Psicologia Sanitária é uma área que está envolvida diretamente com a Saúde Coletiva e com o SUS, pois o seu movimento foi se envolver com as mudanças advindas do paradigma sócio-expansivo (SAFORCADA, 2010). Como consequência, o estudo e o trabalho do psicólogo sanitarista requerem que orientem atitudes em função da dinâmica de funcionamento característico da interdisciplinaridade. Além disso, foi possível analisar de que maneira as áreas da saúde também estão envolvidas com o novo paradigma, a saber, a Saúde Coletiva, e de que forma ocorrem as transversalidades e atravessamentos entre elas.

A Psicologia Sanitária é uma área que possibilita aos psicólogos ampliar e aprofundar a área da saúde coletiva a partir da área psicológica. Sendo assim, as diferentes epistemologias podem ser utilizadas para contribuir com seus aportes teóricos, metodológicos e técnicos ao campo sanitário cujo enfoque se dá no comportamento, no afeto e na cognição, bem como nos processos psicodinâmicos, sociais, cognitivo e comportamentais.

O Círculo Interdisciplinar (LEMES; ONDERE NETO, 2015) demonstra que a Psicologia Sanitária, assim como as demais áreas, tem uma atuação no SUS por meio da Saúde Coletiva. Isso significa que o trabalho do psicólogo está atrelado de maneira mútua com os outros profissionais da saúde, dessa forma, o paradigma científico contemporâneo fundamenta a realização de um trabalho coletivo. Por isso, pode-se refletir acerca da necessidade de um código de ética interdisciplinar que tenha diretrizes e regulamentos cujo enfoque é o trabalho feito em equipe multi e interdisciplinar. Esta é questão que possivelmente está aberta para discussões no âmbito científico contemporâneo e que parece ser necessária para as diretrizes profissionais.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n.3, p. 30-50, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *Comissões*. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/. Acesso em 03.02.2016.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes:** teoria e prática. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BENEVIDES, R. A. psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais interfaces? **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005.

BIRMAN, J. A. *Physis* da Saúde Coletiva. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 15, p. 11-16, 2005.

BIRMAN, J. A interdisciplinaridade na Saúde Coletiva. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1-2 p. 7-13, 1996.

BÖING, E.; CREPALDI M. A.; MORÉ C. L. O. O. A Epistemologia Sistêmica como Substrato à Atuação do Psicólogo na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, p. 828-845, 2009.

CARVALHO, D. B.; YAMAMOTO, O. H. Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. **Psicología para America Latina**, v. 1, p. 1-8, 2002.

COUTO, L. L. M.; SCHIMITH, P. B.; DALBELLO-ARAUJO, M. Psicologia em ação no SUS: a Interdisciplinaridade Posta à Prova.

Psicologia: Ciência e Profissão, v. 33, n., 2, p. 500-511, 2013.

DEMENECK, K. A. Características da Atenção Primária à Saúde. **Arquivo Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, p. 84-90, 2008.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, v. 3, p. 53-81, 1998.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, v. 6, n. 2, p. 57-63, 2001.

FAZENDA, I. A. **Interdisciplinaridade**: história, teoria e pesquisa. São Paulo: Papirus, 2002.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos**: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

GORAYEB, R.; BORGES, C. D.; OLIVEIRA, C. M. Psicologia na atenção primária: ações e reflexões em programa de aprimoramento profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 3, p. 674-685, 2012

JAPIASSU, H. Prefácio. In: FAZENDA, I. C. A. (Org.), **Integração e Interdisciplinaridade no ensino brasileiro:** efetividade ou ideologia? São Paulo: Loyola, 1979.

LEMES, C. B.; ONDERE NETO, J. Apresentação da Psicologia Sanitária e a sua Aplicabilidade no Sistema Único de Saúde. In: ENCONTRO CIENTÍFICO DOS ESTUDANTES DE SAÚDE COLETIVA, 1., 2015, São Leopoldo. **Anais...** São Leopoldo: UNISINOS, 2015. p. 80-80.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O Movimento Antimanicomial no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 30, n. 1, p. 182-192, 2012.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. p. 128.

ONDERE NETO, J.; CARRASCO, L. K. A. Flexibilidade Psicoterapêutica no Contexto Hospitalar: Desafios na Intervenção Psicológica. In: SEGUNDO SALÃO DA GRADUAÇÃO, 1. 2014, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2014. p. 9-10.

PEREIRA, T. T. S. O. Pichon-Rivière, a Dialética e Os Grupos Operativos: Implicações para Pesquisa e Intervenção. **Revista SPAGESP**, v. 14, n. 1, p. 1-9, 2013.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do Vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SCARCELLI, I. R.; JUNQUEIRA, V. O SUS como desafio para a formação em Psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 2, p. 340-357, 2011.

SAFORCADA, E. Psicología Sanitaria. Historia, Fundamentos y Perspectivas. **Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica**, v. 4, n. 2, p. 120-130, 2012.

_____. **Psicología Sanitaria**: Análisis Crítico de los Sistemas de Atención de la Salud. Buenos Aires: Paidós, 2002.

_____. Psicología Comunitaria y Política: em busca de lucidez. **Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica**, v. 3, n. 2, p. 120-134, 2011.

_____. Perspectiva ecológico-sistêmica da saúde. In: SARRIERA, J. A.;

SAFORCADA, E. T. (Orgs.), Introdução à Psicologia Comunitária. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 49-75.

SANTOS, K. L.; QUINTANILHA, B. C.; DALBELLO-ARAUJO, M. A atuação do psicólogo na promoção da saúde. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 12, n. 1, p. 181-196, 2010.

SPINK, M. J. P. Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. **Quaderns de Psicología**, v. 12, n. 1, p. 41-56, 2010.

Recebido em 2022-12-26
Publicado em 2023-03-13