

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

**Maria Eugênia da Costa Machado**

**PSICOLOGIA DA SAÚDE:  
um estudo ator-rede sobre a subárea no Brasil**

**Belo Horizonte**

**2017**

**Maria Eugênia da Costa Machado**

**PSICOLOGIA DA SAÚDE:  
um estudo ator-rede sobre a subárea no Brasil**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, apresentada à banca como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

**Linha de pesquisa:** Intervenções Clínicas e Sociais

**Orientadora:** Luciana Kind do Nascimento

**Belo Horizonte**

**2017**

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

M149p Machado, Maria Eugênia da Costa  
Psicologia da saúde: um estudo ator-rede sobre a subárea no Brasil / Maria Eugênia da Costa Machado. Belo Horizonte, 2017.  
105 f.: il.

Orientadora: Luciana Kind do Nascimento  
Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Psicologia clínica da saúde - Brasil. 2. Teoria ator-rede. 3. Brasil. Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Pós-graduação - Psicologia. 4. Subjetividade - Pesquisa. 5. CNPq - Avaliação. I. Nascimento, Luciana Kind do. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.979

*À Mariah, minha menina, que comigo está  
e aos meus meninos, que não mais estão fisicamente comigo.  
Por me proporcionarem o que de mais lindo já vivenciei  
e por me ensinarem a (re)significar o lugar da escrita  
na minha trajetória acadêmica.*

## AGRADECIMENTOS

Muitas são as pessoas que quero agradecer. Apesar de não haver alguém mais importante para iniciar os agradecimentos, começo pela Mariah, minha menina, símbolo de que a tempestade, o tempo nublado e o sol fazem parte de qualquer trajetória. Filha, você e seus irmãos, me ensinaram que obstáculos fazem parte do caminho, mas que quando temos pessoas generosas, esse caminho se torna mais leve e mais significativo. Como sou grata pela sua vida e por tudo que vivi para te ter comigo!

À minha família e familiares... meu marido, André, companheiro de vida; meus pais, Lourdinha e Rodolfo e minha irmã, Maria Luisa, por me motivarem e valorizarem minhas escolhas. Vocês me ensinam, cotidianamente, que são a base da minha vida e que estarão verdadeiramente e incondicionalmente comigo.

À Lu, minha querida orientadora, que com tanto carinho esteve comigo durante a trajetória do doutorado, de um jeito que ultrapassou as fronteiras da escrita. Ter seu respeito, generosidade e aceitação foi fundamental para que eu chegasse até aqui. Nosso combinado de que nossos encontros não cessarão com a defesa do doutorado é sério!

À Cíntia que me acolheu, me escutou e me ajudou a entender que essa trajetória poderia ser vivenciada com menos autocobrança. Flor, sou muito grata por ter te encontrado! Você abriu as portas das suas casas de um modo encantador e inspirador. Obrigada!

Ao João Henrique, menino prodígio, que tem um jeito de ser tão doce e competente que orgulha a quem quer que tenha a felicidade de lhe encontrar. Gratidão a você pela preciosidade da sua presença e apontamentos que com tanto cuidado me dedicou.

À Prima, Carol, que é minha irmã de alma. Sua presença na minha vida é tão importante que não consigo imaginar como seria se você não estivesse comigo.

À Paula que mais uma vez se esforçou, sem medidas, para acompanhar essa escrita. Você me ensina todo dia que amizade e cumplicidade traduzem nossa relação.

À Talita, minha Miguinha, por torcer por mim de uma forma única. Você é mais que minha melhor Amiga, é minha comadre, minha confidente.

Ao Wesley Santana, para quem me faltam palavras de agradecimento. Você me ensina a cada encontro que tudo tem um propósito e um tempo.

Ao Lupicínio Iñiguez-Rueda, à Vera Sonia Mincoff Menegon e à Cláudia Maria Filgueiras Penido pelas leituras e apontamentos preciosos na qualificação.

Ao Lupicínio Iñiguez-Rueda, à Vera Sonia Mincoff Menegon, à Cássia Beatriz Batista, à Luciana Gaudio Martins Frontzek, à Cíntia Maria Teixeira e ao Carlos Eduardo Carrusca Vieira por, prontamente, aceitarem ler e discutir este estudo.

Aos professores, professoras, funcionários e funcionárias da secretaria do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC Minas, que com tanta dedicação facilitam nosso percurso durante a pós-graduação *stricto sensu*.

Ao Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH por ter facilitado meu investimento financeiro no doutorado.

Aos atores que compuseram este estudo pelo empenho de contribuir para o desenvolvimento da Psicologia da Saúde no Brasil. Espero, de algum modo, poder participar dessa rede.

*“O objetivo da ciência não é produzir verdades indiscutíveis, mas discutíveis”*

*Latour*

## RESUMO

A pesquisa teve como objetivo descrever a constituição da Psicologia da Saúde no Brasil por meio de ferramentas teórico-metodológicas da Teoria Ator-Rede (TAR). Para tal, apresentamos os pressupostos teóricos que fundamentam a TAR, e seu enlace com as psicologias enquanto ciência, em especial a Psicologia da Saúde. Em seguida, nosso foco se voltou para os atores humanos e não-humanos da rede da Psicologia da Saúde no cenário brasileiro, buscando acompanhar os actantes que têm participado da constituição da Psicologia da Saúde no Brasil. Nessa direção, optamos, inicialmente, por uma apresentação geral dos programas de pós-graduação no Brasil em Psicologia da Saúde para, posteriormente, nos determos aos três programas que estão ligados à Associação Brasileira de Psicologia da Saúde (ABPSA) e/ou têm periódicos próprios. O ponto central para o mapeamento da rede da Psicologia da Saúde no Brasil foi a ABPSA, por se tratar da única entidade científica da Psicologia da Saúde que utiliza tal terminologia. Diante disso, buscamos, ainda, elucidar como essa Associação tem participado, no cenário brasileiro, em seu percurso, dos entrelaçamentos, das (re)associações, do (des)envolvimento da Psicologia da Saúde. Na ABPSA encontramos uma busca por um status científico, na qual há associações, com instituições internacionais, que visam um fortalecimento e visibilidade da entidade científica tanto a nível nacional quanto internacional. Em seguida, buscamos apresentar e discutir o modo como a Psicologia da Saúde aparece nas produções desenvolvidas nos Programas de Pós-graduação. Para isso, realizamos uma busca no Banco de Teses e Dissertações da CAPES e uma busca de artigos publicados nos periódicos vinculados aos programas. Da pesquisa, foram selecionados uma dissertação de mestrado e dois artigos publicados nas revistas alocados nos programas. Na análise dos textos buscamos identificar os elementos que nos ajudassem a pensar a rede de (re)associações da Psicologia da Saúde no Brasil. Enquanto actantes, estes textos nos mostram que as diferenças entre as Psicologias da Saúde perpassam por disputas que ultrapassam a nomenclatura do que de fato pode ser considerado como Psicologia da Saúde. Ademais, entendemos que o nosso trabalho avança no sentido de elucidar, na perspectiva da TAR, que o conceito da Psicologia da Saúde ainda não pode ser considerado uma caixa-preta; ainda não é um intermediário, pois não transporta um significado sem modificação e; ainda não há somente reprodução, ocorrendo produção de significado. O que percebemos foram mediadores, ou seja, atores que traduzem a multiplicidade das terminologias da Psicologia da Saúde. Concluímos que ao buscarmos o (des)envolvimento das Psicologias da Saúde no Brasil foi possível encontrar pontos de congruência que nos convidam a esboçar uma singularidade, em especial a questão da

interdisciplinaridade, a busca do status de cientificidade, a construção de redes de associações e o enfoque na prevenção e promoção da saúde, para além do foco nas doenças.

**Palavras-chave:** Psicologia da Saúde. Teoria Ator-Rede (TAR). Performatividade. Multiplicidade.

## ABSTRACT

The aim of the research was to describe the constitution of Health Psychology in Brazil through the theoretical-methodological tools of the Actor-Network Theory (ANT). To that end, we present the theoretical assumptions underlying ANT, and its link to psychologies as a science, especially Health Psychology. Next, our focus turned to the human and nonhuman actors of the Health Psychology network in Brazilian scenario, seeking to accompany the actants who have participated in the constitution of Health Psychology in Brazil. In this direction, we initially opted for a general presentation of the postgraduate programs in Brazil in Health Psychology in order to later decide on the three programs that are linked to the Brazilian Association for Health Psychology (ABPSA) and / or those that have periodicals themselves. The central point for the mapping of the Health Psychology network in Brazil was ABPSA, because it is the only scientific entity in Health Psychology that uses such terminology. Therefore, we seek to elucidate how this Association has participated, in the Brazilian scenario, in its course, interlacings and (re) associations, of development/involvement of this subarea. At ABPSA we found a search for a scientific status, in which there are associations, with international institutions, that aim at strengthening and visibility of the scientific entity both nationally and internationally. Next, we seek to present and discuss the way Health Psychology appears in the productions developed in the Graduate Programs. For this, we conducted a search in the Bank of Theses and Dissertations from CAPES and a search for articles published in the periodicals linked to the programs. From the research, a master's dissertation and two articles published in the journals allocated to the programs were selected. In the analysis of the texts, we sought to identify the elements that would help us to think the network of (re) associations of Health Psychology in Brazil as a subarea of knowledge. As actants, these texts show us that the differences between Health Psychologies are due to disputes that go beyond the nomenclature of what can in fact be considered as Health Psychology. In addition, we understand that our work advances in the sense of elucidating, from the perspective of ANT, that the concept of Health Psychology still can not be considered a black box; it is not yet an intermediary, since it does not carry a meaning without modification and; There is still no reproduction, generating meaning production. What we perceive were mediators, that is, actors who translate the multiplicity of the terminologies of Health Psychology, transforming and translating the meaning of the subarea. We conclude that in seeking the development/involvement of Health Psychology in Brazil it was possible to find points of congruence that invite us to outline a singularity that involves this subarea, especially the question of interdisciplinarity, the search

for the status of scientificity, the construction of Networks of associations and focus on prevention and health promotion, beyond the focus on diseases.

**Keywords:** Health Psychology. Actor-Network Theory (ANT). Performativity. Multiplicity.

## LISTA DE FIGURAS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Figura 1 – Rede das Psicologias da Saúde no Brasil a partir dos Programas estudados</b> | <b>59</b> |
| <b>Figura 2 – Instituições que mais publicam nos periódico estudados .....</b>             | <b>77</b> |

## LISTA DE QUADROS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Quadro 1 – A Psicologia da Saúde nos programas de pós-graduação brasileiros .....</b> | <b>46</b> |
| <b>Quadro 2 – Titulações dos atores das duas diretorias da ABPSA .....</b>               | <b>68</b> |
| <b>Quadro 3 – Congressos promovidos pela ABPSA e entre instituições .....</b>            | <b>70</b> |

## LISTA DE TABELAS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Tabela 1 - Docentes por programas de pós-graduação em Psicologia da Saúde no Brasil</b><br>..... | <b>47</b> |
|---|-----------|

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica  
AMEPSO - Asociación Mexicana de Psicología Social  
ANDE - Associação de Equoterapia  
ANT - Actor-Network-Theory  
APA – *American Psychological Association*  
ABPSA – Associação Brasileira de Psicologia da Saúde  
CAPES – Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior  
CFP – Conselho Federal de Psicologia  
CIAD - Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo  
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social  
CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social  
CTS – Ciência, Tecnologia e Sociedade  
EEL/USP – Escola de Engenharia de Lorena/ Universidade de São Paulo  
EUA – Estados Unidos da América  
FAENQUIL – Faculdade de Engenharia Química de Lorena  
FMU - Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas  
FPS – Faculdade Pernambucana de Saúde  
ISMT – Instituto Superior Miguel Torga  
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONG – Organização Não Governamental  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PSF - Programa de Saúde da Família  
PUC Goiás – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
SPPS – Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TAR – Teoria Ator-Rede  
UBC - Universidade Braz Cubas  
UCDB – Universidade Católica Dom Bosco  
UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

UFPB – Universidade Federal da Paraíba  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria  
UFU – Universidade Federal de Uberlândia  
UMESP – Universidade Metodista de São Paulo  
UNB – Universidade de Brasília  
UNICAMP – Universidade de Campinas  
UNIFOR – Universidade de Fortaleza  
UNILIM - Université de Limoges  
UNIP – Universidade Paulista  
UNITAU – Universidade de Taubaté  
UNIVAP - Universidade do Vale do Paraíba  
USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>17</b> |
| <b>2 TEORIA ATOR-REDE E A CONSTRUÇÃO DA PSICOLOGIA DA SAÚDE ENQUANTO CIÊNCIA.....</b>                     | <b>23</b> |
| <b>2.1 Pressupostos, princípios e conceitos da TAR .....</b>  | <b>23</b> |
| <b>2.2 A pesquisa na vertente ator-rede .....</b>   | <b>30</b> |
| <b>2.3 As Psicologias enquanto ciência na vertente da Teoria Ator-Rede .....</b>                          | <b>35</b> |
| <b>2.4 A performatividade e a multiplicidade da Psicologia da Saúde.....</b>                              | <b>38</b> |
| <b>3 OS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO NO BRASIL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE.....</b>                              | <b>44</b> |
| <b>3.1 Sobre o programa da UMESP .....</b>  | <b>48</b> |
| <b>3.2 Sobre o programa da UCDB.....</b>  | <b>52</b> |
| <b>3.3 Sobre o programa da UFSM.....</b>  | <b>57</b> |
| <b>4 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA DA SAÚDE (ABPSA) .....</b>                                       | <b>62</b> |
| <b>4.1 Os eventos científicos da ABPSA .....</b>  | <b>69</b> |
| <b>5 PRODUÇÕES DA PSICOLOGIA DA SAÚDE NO BRASIL .....</b>   | <b>77</b> |
| <b>5.1 Na revista <i>Mudanças – Psicologia da Saúde</i>, artigo de Alves e colaboradores (2011) .....</b> | <b>78</b> |
| <b>5.2 Na <i>Revista Psicologia e Saúde</i>, artigo de Daneluci (2013) .....</b>                          | <b>81</b> |
| <b>5.3 Na dissertação de Silva (2010) – defendida na UFSM.....</b>  | <b>86</b> |
| <b>5.4 Dos encontros e desencontros entre as produções .....</b>  | <b>90</b> |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>93</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>97</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A Psicologia da Saúde está presente na minha trajetória acadêmica desde a graduação, através da qual pude visitar alguns ângulos da associação Psicologia e Saúde e construir uma rede de pressupostos vinculados à essa temática. Apesar de não ter cursado nenhuma disciplina específica de Psicologia da Saúde, vários foram os estágios que fiz na atenção secundária e na atenção hospitalar e várias foram as participações em congressos cuja temática Psicologia e Saúde era o foco.

Nesse percurso, me senti impulsionada a cursar a especialização *latu sensu* em Psicologia Hospitalar e, em seguida, o mestrado na Faculdade de Medicina. Na banca de defesa do mestrado, dentre vários questionamentos, surgiu a pergunta – o que de fato significa a Psicologia da Saúde? – que inspirou o presente estudo. No entanto, uma proposta de pesquisa foi apresentada após dois anos, ainda que não houvesse clareza de que era a partir do convite feito por aquela pergunta que a aventura do doutorado se materializaria.

Paralela à entrada no mestrado iniciei minha trajetória profissional como professora em disciplinas como “Psicologia Hospitalar”, “Intervenções em instituições de saúde” e supervisora de estágios em instituições de saúde. No decorrer desta trajetória, em vários momentos, vieram à tona discussões, com os alunos e com as equipes de saúde, sobre a caracterização da Psicologia da Saúde. Portanto, posso dizer que o amadurecimento para o desenvolvimento de uma pesquisa sobre a Psicologia da Saúde aconteceu aos poucos, à medida em que a aproximação com a associação Psicologia e Saúde foi se consolidando.

Ao pensarmos na associação Psicologia e Saúde, notamos que tal relação é alvo de discussões de autoras como Dimenstein (2001), Kind (2010) e Spink (2011) só para citar algumas. Há autores que se interessam pelos lugares da atenção à saúde em que a Psicologia está, outros se preocupam com as práticas em saúde desenvolvidas pelos psicólogos, outros enfocam a atuação do psicólogo nas equipes de saúde, enquanto poucos se voltam para as discussões acerca da Psicologia da Saúde.

A terminologia “Psicologia da Saúde” (*Health Psychology*) foi denominada assim pela Associação Americana de Psicologia (APA) no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, quando se estabeleceu a Divisão 381 daquela entidade. Esse estabelecimento foi resultado de debates antecipados por Engel (1977) e Matarazzo (1980), em artigos científicos. Engel (1977) apresentou oposição à psiquiatria biológica vigente, convocando a um modelo biopsicossocial

---

<sup>1</sup> Informações atualizadas da divisão 38 podem ser encontradas na página <http://www.health-psych.org>

de atuação nessa área, expressão que foi consolidada nas ciências da saúde de variadas maneiras. Segundo Reis (1999), com o modelo biopsicossocial, as dimensões biológica, psicológica e social da pessoa deve ser considerada, uma vez que uma dessas dimensões, isoladamente, não pode dar conta da saúde e da doença.

Matarazzo (1980), que era conselheiro na APA, afirmava que não havia nada de novidade no uso do termo biopsicossocial e, ampliando a discussão sobre o encontro entre práticas “psi” e saúde, estabeleceu uma interlocução com a biomedicina. Matarazzo explicita a delimitação da Psicologia da Saúde que passou a ser difundida pela APA, como se segue:

[Psicologia da Saúde é] o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia, utilizadas para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, identificação da etiologia e diagnóstico (de problemas) relacionados à saúde, doença e disfunções, para a análise do sistema de atenção à saúde e formação de políticas de saúde. (Matarazzo, 1980, p. 815).

Gioia-Martins e Rocha Júnior (2001, p.36) destacam que a Psicologia da Saúde, tal como proposta por Matarazzo, surgiu “da necessidade de promover e de pensar o processo saúde/doença como um fenômeno social.”

Com a disseminação dos contornos da Psicologia da Saúde, houveram distintas reverberações quanto ao reconhecimento da mesma no contexto brasileiro, podendo-se dizer que houve variações de como a terminologia chegou no nosso país. Aqui, a interlocução com as diretrizes da APA observadas por alguns autores (Castro & Bornholdt, 2004; Gorayeb, 2010) se fez em meio a variadas denominações, a partir de experiências científicas e profissionais distintas, que produziram derivações como Psicologia Social da Saúde, Psicologia Hospitalar, Psico-oncologia, Psicossomática e Psicologia Médica, só para citar algumas, sendo que a especialização mais difundida é a Psicologia Hospitalar.

A Psicologia Hospitalar é reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) desde o ano 2000, cuja descrição é bastante abrangente e envolve, nos níveis secundário e terciário da atenção à saúde, práticas clínicas, intervenções psicossociais e diversidade teórico-conceitual. De acordo com o CFP (2010), o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar atua em instituições de saúde, nos níveis mencionados; nas instituições de ensino superior buscando o aprimoramento profissional e; com atendimentos e intervenções, buscando o bem estar biopsicossocial, com práticas em diferentes níveis de tratamento.

No trabalho com a equipe multidisciplinar, preferencialmente interdisciplinar, participa de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe, objetivando promover apoio e segurança ao paciente e família, aportando informações pertinentes à sua área de atuação, bem como na forma de grupo de

reflexão, no qual o suporte e manejo estão voltados para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe. (CFP, 2010).

Castro e Bornholdt (2004) afirmam que a tão difundida especialização em Psicologia Hospitalar no Brasil, é inexistente em outros países, ainda que se reconheça a equivalência com a denominação Psicologia da Saúde no nosso país. Nas palavras das autoras, “a aproximação ao que seria no Brasil a Psicologia Hospitalar é denominada Psicologia da Saúde em outros países.” (Castro & Bornholdt, 2004, p.48). No entanto, saúde e hospital, são conceitos distintos; o conceito de saúde se relaciona às funções orgânicas, psíquicas e sociais e as intervenções ocorrem nas atenções primária, secundária e terciária (hospitalar)<sup>2</sup>, enquanto o hospital equivale a uma instituição onde pessoas doentes são tratadas, estejam elas internadas ou não; portanto as intervenções ocorrem a nível secundário e terciário, já que quando nos referimos ao hospital, automaticamente, pensamos em algum tipo de doença já instalada. Para as autoras, então, a Psicologia Hospitalar deveria estar incluída na Psicologia da Saúde, sendo “mais adequado referir-se à Psicologia no contexto hospitalar como um trabalho que faz parte da Psicologia da Saúde.” (Castro & Bornholdt, 2004, p. 55).

Seja na atenção terciária (hospital), seja na atenção secundária ou na atenção primária, ainda de acordo com Castro e Bornholdt (2004), o trabalho do(a) psicólogo(a) da saúde com outros profissionais é imprescindível, assim como o domínio de outras áreas da própria Psicologia, como por exemplo a Psicologia Clínica e a Psicologia Comunitária.

Sobre a distinção da Psicologia da Saúde, Gorayeb (2010) argumenta que:

... o que distingue o campo da Psicologia da Saúde de outros campos da Psicologia é o fato que os indivíduos aqui atendidos têm, em geral, um problema ligado à sua saúde física, de diversas ordens ou gravidades possíveis. Usualmente, trata-se de um indivíduo que tem um problema orgânico relacionado a aspectos comportamentais ou emocionais, podendo tanto o problema orgânico quanto os aspectos comportamentais/emocionais serem causa ou consequência da relação. (Gorayeb, 2010, p.119).

Kerbaui (2002) complementa que a Psicologia da Saúde se distingue dos demais campos da Psicologia por compreender o comportamento no contexto da saúde e da doença, focalizando principalmente os aspectos físicos da saúde e da doença.

Por outro lado, Almeida e Malagris (2011) defendem que a Psicologia da Saúde se interessa pelos aspectos individuais de como a pessoa vive e experimenta o seu estado de saúde ou de doença, além de se interessar pela relação que a pessoa estabelece consigo mesma, com

---

<sup>2</sup> A atenção primária se dá nos postos de saúde com o intuito de tratar alterações do estado de saúde mais simples; a atenção secundária se dá em um nível de especialidade, em geral em situação ambulatorial; e a atenção terciária é prestada em hospitais. (Gorayeb, 2010).

os outros e com o mundo. Nesse sentido, objetiva compreender, através de pesquisas e de intervenções, como as variáveis psicológicas se relacionam com a manutenção da saúde e com o desenvolvimento de doenças.

Para Jacó-Vilela e Degani-Carneiro (2015) há um duplo sentido na expressão Psicologia da Saúde: tanto é uma vertente dentre as diferentes interfaces da Psicologia com a Saúde, quanto uma denominação que abrange o conjunto de relações que a Psicologia mantém nas instituições de saúde. Almeida e Malagris (2011, p. 191) reforçam, nessa direção, que as funções da Psicologia da Saúde “estão se expandido à medida que o campo amadurece.”

Percebemos esse “amadurecimento” a partir de algumas “conquistas”, como por exemplo a Associação Brasileira de Psicologia da Saúde (ABPSA), os eventos científicos, os programas de pós-graduação *stricto sensu* e as publicações, que são marcados pela diversidade de abordagens, formas de atuação e definições múltiplas acerca da Psicologia da Saúde. É sobre essa multiplicidade o nosso interesse, de modo que questionamos quais são as condições que possibilitam a constituição da Psicologia da Saúde no Brasil. Para estudar essa multiplicidade escolhemos a Teoria Ator-Rede (TAR), a qual nos convida a olhar para o múltiplo, e definimos como objetivo geral descrever a constituição da Psicologia da Saúde no Brasil por meio de ferramentas teórico-metodológicas da TAR. Como objetivos específicos delineamos três, a saber: estudar o contexto histórico, social e científico da constituição da Psicologia da Saúde no cenário brasileiro; identificar debates e aproximações da Psicologia da Saúde que promovem a interface entre Psicologia e Saúde no Brasil; e, conhecer os atores humanos e não-humanos, as associações e a multiplicidade que contribuem para a constituição da Psicologia no cenário brasileiro.

Com o intuito de alcançar os objetivos delimitados apresentamos a tese em cinco grandes momentos, além desta introdução: teoria ator-rede e a construção da Psicologia da Saúde enquanto ciência; os programas de pós-graduação no Brasil em Psicologia da Saúde, Associação Brasileira de Psicologia da Saúde (ABPSA); produções da Psicologia da Saúde no Brasil e; considerações finais.

No capítulo intitulado “Teoria Ator-Rede e a construção da Psicologia da Saúde enquanto ciência” apresentamos os pressupostos teóricos que fundamentam o nosso estudo, os quais dividimos em quatro tópicos, de modo a detalhar as leituras que fizemos a partir de Law, Latour, Mol e outros autores que trabalham com a TAR, além de situar a revisão bibliográfica sobre a conexão entre Psicologia e Saúde. Nossa ideia, nesse primeiro momento, foi restringir as discussões teóricas às duas principais palavras-chaves que envolvem a pesquisa: Teoria Ator-Rede e Psicologia da Saúde. É importante ressaltarmos que esse capítulo foi construído para

estruturar nosso entendimento acerca da Teoria Ator-Rede. Portanto, foi um capítulo fundamental para conseguirmos avançar nos níveis conceitual, teórico e metodológico.

Nos terceiro, quarto e quinto capítulos da tese, os quais intitulamos respectivamente “Os programas de pós-graduação no Brasil em Psicologia da Saúde”, “Associação Brasileira de Psicologia da Saúde (ABPSA)” e “Produções da Psicologia da Saúde no Brasil” nosso foco se voltou para os atores humanos e não-humanos da rede da Psicologia da Saúde no cenário brasileiro. Nossa tentativa com tais capítulos foi acompanhar os actantes que têm participado da constituição da Psicologia da Saúde no Brasil.

No sexto e último momento do texto – considerações finais – apresentamos uma síntese com as principais conclusões do estudo, assim como o alcance dos objetivos propostos, buscando, sucintamente, demonstrar como está ocorrendo a construção da rede da Psicologia da Saúde no Brasil.

Não pretendemos esgotar a descrição acerca da constituição da Psicologia da Saúde no Brasil, até porque sabemos que esse seria um objetivo inatingível, uma vez que essa tal Psicologia está em crescimento. Por isso, sua rede continuará a ser construída através de (re)associações. Ainda assim, apostamos na contribuição deste estudo, pois nossa preocupação central é elucidar a Psicologia da Saúde que é apontada por ser constituída, no nosso país, por desarticulações. Além disso, esperamos que esta pesquisa possa contribuir para novas reflexões sobre a Psicologia da Saúde no contexto brasileiro, assim como possa instigar outros pesquisadores a vislumbrarem outras investigações, com a expectativa de que nosso texto também seja um actante da rede de tal Psicologia.

Os objectos performados não vêm sozinhos: trazem consigo modos e modulações de outros objectos (MOL, 2007).

## **2 TEORIA ATOR-REDE E A CONSTRUÇÃO DA PSICOLOGIA DA SAÚDE ENQUANTO CIÊNCIA**

Nesta seção do texto, colocaremos em discussão os pressupostos, princípios e conceitos, que foram fundamentais para o desenvolvimento desta tese. O foco se restringe à discussão teórico-metodológica acerca da Teoria Ator-Rede e seu enlace com as psicologias enquanto ciência, em especial a Psicologia da Saúde.

Como dito na introdução, a construção desse capítulo foi fundamental para estruturar nosso entendimento acerca da Teoria Ator-Rede. Para essa elaboração buscamos alguns autores da TAR, em especial Latour, Law e Mol, assim como alguns comentaristas. Consideramos que os conceitos de mediador, intermediário, actante, controvérsia, caixa-preta, performatividade e multiplicidade foram estruturantes para o desenvolvimento da tese. Nossa tentativa foi de acompanhar os conceitos principais da teoria, discutidos pelos autores estudados, a fim de construir um arcabouço teórico-metodológico que subsidiasse uma leitura da construção da Psicologia da Saúde enquanto ciência.

Os tópicos construídos nos ajudaram a compreender que o percurso metodológico da tese seria produzido no decorrer de seu desenvolvimento, assim como escolhas sobre os atores humanos e não-humanos que participariam da tese seriam necessárias. Buscamos, ainda, uma construção teórico-metodológica que nos subsidiasse no acompanhamento e mapeamento da Psicologia da Saúde, de modo que fosse possível apresentar um panorama das mesmas.

### **2.1 Pressupostos, princípios e conceitos da TAR**

A Teoria Ator-Rede (TAR) tem sido apresentada como “sociologia das associações” ou “sociologia crítica” (Latour, 2012), “sociologia das associações ou da tradução”, ou ainda “sociologia da mobilidade” (Lemos, 2013). A TAR foi concebida na esfera dos Estudos de Ciência e Tecnologia no decorrer dos anos 1980 e é considerada uma sociologia da ciência e da tecnologia, que se ampliou para uma crítica à sociologia do social, sendo que hoje suas contribuições alcançam as discussões acerca da produção e estabilização da ordem social.

A TAR - ou ANT sigla para *Actor-Network-Theory* – desenvolveu-se a partir de Michel Callon, John Law, Madeleine Akrich, Andy Barrym Annemarie Mol e Antonie Hennion (Latour, 2012), além de Wiebe Bijker (Lemos, 2013), entre outros. Trata-se de uma teoria que pode ser empregada a qualquer associação, a qualquer ação ou controvérsia, cujos elementos fornecidos dissociam das formas predominantes de explicação do social.

A sigla em inglês, ANT, é metaforicamente utilizada por Latour, comparando o trabalho com a teoria a uma formiga (palavra, em inglês, homônima à sigla): “míope, viciado em trabalho, farejador de trilhas.” Acreditamos que essa comparação decorra da importância, quando utilizamos tal teoria como fundamentação teórico-metodológica, de olharmos de perto o que estamos investigando, além do interesse genuíno pelo foco do trabalho e da importância de se rastrear o caminho realizado pelos actantes que construíram a rede social do nosso estudo.

Queiroz e Melo (2008) afirmam que a TAR tem sido aplicada nas mais distintas áreas de pesquisa dos diversos saberes científicos: engenharia, medicina, música, psicologia, religião, direito, “enfim, nas ciências duras ou moles, onde quer que as controvérsias se instalem, onde quer que algo esteja surgindo como invenção ou polêmica.” (Queiroz e Melo, 2008, p. 262).

Lemos (2013) assinala que os pressupostos da TAR estão relacionados aos trabalhos de Michel Serres, Gabriel de Tarde, Isabel Stengers, Algirdas Greimas, Alfred Whitehead, Étienne Souriau, Marshall McLuhan e Harold Garfinkel, entre os mais importantes. Tirado-Serrano & Domènech-Argemí (2005) e Tonelli (2012) afirmam que, de modo convergente, a TAR foi elaborada e desenvolvida principalmente por Bruno Latour, Michel Callon e John Law, sendo que o segundo foi o responsável pela proposição inicial do termo.

A conexão da Teoria Ator-Rede se faz com muitos campos: antropologia, filosofia, sociologia, epistemologia e história, dentre outros. No entanto, constitui uma área específica, conhecida como CTS (Ciência, Tecnologia e Sociedade). Ferreira (2015) esclarece que:

Essa área, estabelecida a partir dos anos 1970, situa-se no espaço vazio entre a antiga divisão entre as ciências sociais e a história geral (que abordavam as atividades humanas em geral, deixando intactas as atividades científicas) e um discurso epistemológico (que detinha a exclusividade no trato das práticas científicas, abordando-as de modo evolutivo. (Ferreira, 2015, p.303).

A proposta da TAR está ancorada em três características críticas. A primeira rompe com a dicotomia entre micro e macrosocial, motivo pelo qual recorre a um novo vocabulário de trabalho e desenvolve uma proposta de investigação que consiste em seguir e examinar os atores humanos e não humanos em suas ações. A segunda questiona a dicotomia existente entre a dimensão social e a dimensão cognitiva, sendo que no lugar de aceitar esta diferenciação como um ponto de partida para entender a realidade cotidiana e suas interações, argumenta que estamos diante da construção de um emaranhado de relações heterogêneas. A terceira considera que os elementos sociais utilizados pelo pensamento social como dimensões causais em suas explicações não são mais que outro produto das interações dos atores. Portanto, as explicações constituem um problema, algo a discernir, e não a solução para nossas investigações.

A teoria do ator-rede se caracteriza por realizar um minucioso e persistente trabalho de desmantelar as dicotomias que tradicionalmente se apresentam nas análises sociológica e psicossociais, a saber, natureza-sociedade, sujeito-objeto, macro-micro, humano-não humano e assim por diante<sup>3</sup>. Seus pressupostos apostam numa forma de explicação em que os atores se caracterizam pela heterogeneidade, dissolvendo a ideia de fronteira entre o domínio do social e o domínio natural; as características que tradicionalmente enfatizam os atores humanos aparecem na TAR relacionadas aos elementos não-humanos; e a diferenciação entre níveis de explicação se torna irrelevante. (Tirado-Serrano & Domènech-Argemí, 2005).

Callon (1986, 2008) esclarece que o objetivo da TAR é abdicar dos conceitos tradicionais da sociologia, os quais se baseiam em categorias sociais estabelecidas *a priori* e na rigorosa divisão entre social e natural. Os fenômenos são, portanto, analisados sem qualquer hipótese sobre o que e/ou quem são. A realidade não possui um *status* estável e definitivo. Segundo Latour (2012), a realidade é um enunciado difícil de demolir, pois é composta por redes heterogêneas que se reúnem momentânea e localmente. Não se trata de algo externo, que passivamente observamos e interpretamos; é algo que, por meio das nossas práticas, se torna real. (Re)construímos uma realidade que também nos constrói. Portanto, devemos evitar dar “explicações sociais” às relações e tentar seguir as associações que se fazem em determinado momento e lugar. Nas palavras de Latour (2000),

Não tentaremos analisar os produtos finais, um computador, uma usina nuclear, uma teoria cosmológica, a forma de uma dupla hélice, uma caixa de pílulas anticoncepcionais, um modelo econômico; em vez disso, seguiremos os passos de cientistas e engenheiros nos momentos e nos lugares nos quais planejam uma usina nuclear, desfazem uma teoria cosmológica, modificam a estrutura de um hormônio para a contracepção ou desagregam os números usados num novo modelo econômico. Vamos dos produtos finais à produção, de objetos estáveis e “frios” a objetos instáveis e mais “quentes”. (Latour, 2000, p. 39).

A proposta da TAR é seguir os envolvidos no desenvolvimento de artefatos, acompanhando as discussões. A ideia é que entremos nas atividades internas da ciência para depois sairmos e explicarmos como tudo funciona, ou seja, descrever como a produção dos elementos está sendo construída. Como Latour (2000, p.17) nos convida a pensar, a entrada “no mundo da ciência [...] será pela porta de trás, da ciência em construção, e não pela entrada mais grandiosa da ciência acabada.”

---

<sup>3</sup> Apesar de estarmos nesse momento apresentando a TAR, consideramos pertinente ressaltar que Jesus e Rezende (2006) afirmam que, como disciplina autônoma e interdisciplinar, a Psicologia da Saúde visa à superação das dicotomias existentes entre indivíduo/sociedade, natureza/sociedade, saúde/doença. No nosso entendimento há uma proximidade entre as ideias da TAR e da Psicologia da Saúde quando ambas se propõem à extrapolar dicotomias. Nossa intenção não é comparar as duas perspectivas, e sim marcar essa semelhança, que nosso entendimento, buscam romper com o tradicional que está posto em suas áreas/ disciplinas.

Desde o início, os teóricos da TAR desenvolveram um vocabulário alternativo ao utilizado pelo pensamento sociocultural. Noções como social, intermediário, mediador, actante, rede, ator-rede, humanos e caixa-preta, são alguns dos termos habituais que identificamos nos trabalhos produzidos a partir desse enfoque, os quais apresentaremos, brevemente, a seguir.

De origem latina (*socius*), a palavra “social” designa sociedade, associação. Ao retomar à etimologia da mesma palavra, Latour (2012) dá-se conta de que seu significado original é seguir/acompanhar, ou seja, impõe-se a tarefa de seguir outros, ser um acompanhador ou um associador. Assim, a sociologia pode tanto ser o estudo da sociedade quanto ser o estudo das associações. Como estudo das associações, pode-se investigar elementos heterogêneos, humanos e não-humanos, o que indica que há conexões “entre coisas que não são, em si mesmas, sociais.” (Latour, 2012, p. 23). Por isso, ressaltamos, acompanhando as palavras de Latour (2012), que

... não há nada de específico na ordem social; [...] não existe nenhuma dimensão social, nenhum “contexto social”, nenhuma esfera distinta da realidade a que se possa atribuir o rótulo “social ou sociedade”, [...] nenhum “força social” está aí para “explicar” os traços residuais que outros domínios não explicam; [...] os atores nunca estão inseridos num contexto social e são, por isso mesmo, muito mais que meros “informantes”; [...]. (Latour, 2012, p. 21-22).

A compreensão do social, nesse sentido, passa pelo movimento e pelas associações que se estabelecem entre os elementos heterogêneos presentes numa rede de relações. Nos dizeres de Latour (2012, p.65) o social é “o nome do tipo de associação momentânea, caracterizada pela maneira como se reúnem as novas formas.” Ou seja, está em constante reconstrução. Daí a importância de se “prestar atenção àquilo que circula, às mediações em andamento, às associações se fazendo.” (Lemos, 2013, p. 25). Não se trata de pensar o social como um pano de fundo das práticas científicas e tecnológicas, cuja proposta foi desenvolvida pelas escolas de Columbia<sup>4</sup> e de Edimburgo<sup>5</sup>, mas tomar o social enquanto elemento construído no desenvolvimento das ciências e das técnicas. Nessa direção, Lemos (2013, p.35) marca a impossibilidade de “separar questões econômicas, simbólicas, institucionais, jurídicas, das ditas científicas.”

Assim, a definição de social está ancorada na ideia de que o social é um movimento peculiar de reassociação e reagregação de elementos heterogêneos. O social, para Latour (2012, p.17-18), “não pode ser construído como uma espécie de material ou domínio, em que se

<sup>4</sup> Escola que desenvolveu a sociologia da ciência e tem como principal expoente Robert Merton, que marcou enfaticamente a externalidade do social e o *ethos* interno da ciência (Baptista, 2009).

<sup>5</sup> Conhecida como o “Programa Forte da Sociologia do Conhecimento Científico”, incluindo a tecnologia como objeto de pesquisa, cujos nomes de destaque são David Bloor e Barry Barnes. (Baptista, 2009).

assume a tarefa de fornecer uma ‘explicação social’ de algum outro estado de coisa.” Portanto, podemos dizer, a partir de Latour, que o social está longe de ser estável, estagnado. Mais do que elucidar os fatos científicos causados pela sociedade ou pelo social, a teoria coloca-os como consequência de uma circulação em redes complexas.

Portanto, o que a TAR se propõe a perceber são as amarrações existentes na instabilidade que existe entre os elementos heterogêneos, sendo que tais elementos são compreendidos como humanos e não humanos – micróbio, máquinas, pedras – como atores que compõem uma determinada rede de associações, pois são igualmente capazes de gerar significados. Segundo Latour (2012), tais elementos deixam de ser apenas componentes, pois participam das ações, produzem diferenças, desvios, e provocam transformações, ou seja, têm agência. Os não-humanos deixam de ser meros intermediários para se tornarem mediadores da ação, o que advém da característica de ser agência.

Por intermediários, Latour (2000) entende que são os atores que transportam significado sem transformá-lo. O intermediário só o é em um determinado contexto. Para que algo se caracterize como intermediário é preciso que o evento se encerre. Nos dizeres de Lemos (2013),

[O intermediário] não produz diferença, apenas transporta sem modificar. Ele transporta (leva de um lugar a outro no espaço), mas não transforma [...]. Ele circula sem mexer nem no espaço, nem no tempo. [...] podemos dizer que tudo que está no fundo, transportando sem modificar, é um intermediário. (Lemos, 2013, p. 47).

Já mediadores, Latour (1994, p. 80) define como sendo “os atores dotados da capacidade de traduzir aquilo que eles transportam, de redefini-lo, desdobrá-lo, e também de traí-lo.” Sendo assim, “os mediadores transformam, traduzem, distorcem e modificam o significado ou os elementos que supostamente veiculam.” (Latour, 2012, p. 65). A diferença entre ambos é que os intermediários somente reproduzem, ou mais precisamente, transportam um significado ou força sem que exista transformação no processo, enquanto que um mediador transforma a força ou o significado inicial. Faz-se importante salientar que para a TAR não existe uma classificação fixa, pois um mediador ou actante se torna intermediário e um intermediário se torna mediador ou actante, seja humano ou não-humano.

A relação entre os humanos e os não-humanos é dialógica e simétrica. Por isso, não existe supremacia entre sujeito e objeto. Law (1992) esclarece que dizer que não há nenhuma diferença fundamental entre humanos e não-humanos é uma postura analítica, não uma posição ética. Dessa forma, os objetos não são dominados pelos humanos, de tal modo que as relações são complexas e enredadas ao ponto de não ser possível separá-las, sendo necessário

compreender como os vínculos se estabelecem entre os humanos e os não-humanos, que são os atores ou actantes.

Actante é o ator da expressão ator-rede. Latour chega a preferir utilizar a expressão actante e não ator para se referir aos integrantes da rede porque a palavra ator encontra-se associada aos humanos. Lemos (2013, p. 42) afirma que o actante “é o mediador, o articulador que fará a conexão e montará a rede nele mesmo e fora dele em associação com outros. Ele é que ‘faz fazer’.” Ou seja, é o que/quem atua ou move a ação. No entanto, a ação nunca é propriedade de um actante, mas de uma rede composta por várias associações, por vários fios. Dito de outro modo, as redes se constituem de fatos, poder, discurso, atravessando as fronteiras da crítica, pois não são nem objetivas, nem sociais, nem efeitos de discurso. Elas são, ao mesmo tempo, reais, e coletivas, e discursivas, sendo importante destacar a interconectividade expressiva no “e”. Como acentua Latour (1994, p. 12), “[as] redes são ao mesmo tempo reais como a natureza, narradas como o discurso, coletivas como a sociedade.”

Law (1992) assinala que as redes são constituídas por materiais heterogêneos. Portanto, o social nada mais é do que redes de materiais heterogêneos. Assim, a ideia da rede perpassa pelo entendimento de que existem vários fios que se conectam, sem obrigatoriamente formar uma unidade, mas sim um processo ininterrupto de associações. Lemos (2013, p. 36) delimita que “[rede] é o movimento da associação, do social em formação [...]. A rede não é conexão, mas composição. [...] o social será aquilo que emerge das associações, das redes”

Nessa perspectiva, a rede é o próprio movimento associativo que forma o social. É o espaço e o tempo em movimento, criados nas associações. Não é, destarte, “por onde as coisas passam, mas aquilo que se forma na relação das coisas.” (Lemos, 2013, p. 54). Para uma rede existir ela precisa ser construída; e quem a constrói são os atores, daí a expressão ator-rede, a qual é compreendida por Law (1992) pela perspectiva de que um ator também, é sempre, uma rede. Sobre a noção de ator, Latour (2012) propõe a seguinte formulação:

O ‘ator’, na expressão hifenizada ‘ator-rede’, não é a fonte de um ato e sim o alvo móvel de um amplo conjunto de entidades que enxameiam em sua direção. [...] Empregar a palavra “ator” significa que jamais fica claro quem ou o quê está atuando quando as pessoas atuam, pois o ator, no palco, nunca está sozinho. (Latour, 2012, p. 75).

Um ator que não faz diferença, na verdade, não é um ator. Um ator, na perspectiva de Latour (2006), é o que não é substituível; é evento único e totalmente irreduzível a qualquer outro, sendo que ele nunca age sozinho, seja humano ou não-humano. Para acompanharmos como um ator age, precisamos entender, mapear, rastrear as associações que ele estabelece com

os outros atores da rede, atentando para os efeitos e para as resistências que essas associações produzem.

Lemos (2013) sintetiza: “na expressão 'ator-rede', o ator não é o indivíduo e a rede não é a sociedade. O ator é rede e a rede é um ator, ambos são mediadores em uma associação.” (Lemos, 2013, p. 23). No entanto, para se constituir uma rede é preciso considerar o tipo de ação que flui do ator para a rede, não bastando estar conectado, interconectado ou ser heterogêneo. Deve-se, portanto, ressaltar o movimento, o fluxo, as mudanças e as controvérsias (Arendt, 2008), sabendo que “olhar para as controvérsias é olhar as redes em formação na disputa pela estabilização.” (Lemos, 2013, p. 55).

Quando as controvérsias cessam, surgem as caixas-pretas, “entendendo que as [...] 'caixas-pretas' se formam como algo momentâneo.” (Lemos, 2013, p. 24-25). Para Nobre e Pedro (2010) essa formação se dá a partir de um fato que cria autonomia, sendo que quanto mais independente, “mais humanos e não-humanos trabalham para mantê-lo.” (Nobre & Pedro, 2010, p. 50).

Latour criou a expressão “caixa-preta” para se referir a “clichês, estereótipos, lugares-comuns, enunciados e objetos estabilizados.” (Lemos, 2013, p. 23). Portanto, temos uma caixa-preta quando há certa estabilização e a resolução de um problema. Em situações de controvérsia, explica Lemos, após sua resolução “tudo se estabiliza, passa por um fundo e desaparece, até o momento em que novos problemas apareçam e a rede se torne mais uma vez visível.” (Lemos, 2013, p. 55). Nesse sentido, é coerente afirmarmos que as caixas-pretas são intermediários, pois transportam sem modificar até que algo aconteça e novos eventos comecem a surgir. De acordo com Lemos (2013),

Toda associação tende a virar uma caixa-preta, a se estabilizar e cessar a controvérsia. O interesse é sempre abrir as caixas-pretas, colocar de novo em causa [...] os elementos estabilizados, ressaltando a necessidade de olhar para as controvérsias (a construção das associações) e as suas novas e futuras estabilizações (em outras caixas-pretas). (Lemos, 2013, p. 56).

A TAR busca identificar as associações entre os atores, que são vistos como mediadores ou intermediários, merecendo destaque as redes que se formam com a circulação da ação entre eles, que poderá ou não se tornar uma caixa-preta. Examinar uma caixa-preta significa atentar para as controvérsias que ocorrem entre os múltiplos atores.

A ênfase da TAR, nessa perspectiva, é no híbrido, pois associa “múltiplos atores em uma circulação de mediações e delegações atravessando espaços e contextos.” (Lemos, 2013, p. 24). Desse modo, para compreendermos determinado contexto, é preciso entender as relações

entre os diversos atores através de boas descrições e análises de seus rastros, cruzamentos e associações. São os próprios atores que “produzem seus referenciais, suas teorias, seus contextos.” (Arendt, 2008. p. 8). Por isso, a palavra de ordem da TAR é descrever, ou seja, “estar atento aos estados concretos e encontrar a forma adequada de dar conta de uma determinada situação.” (Arendt, 2008, p.8). Sobre isso, Arendt (2008) acentua que a TAR “abre mão da explicação” em prol de uma boa descrição, que seja capaz de descrever o que *faz fazer*.

Descrever o que *faz fazer* implica em considerar além do que está fazendo, pois importa, igualmente, o que está sendo feito e como (com que associações e reassociações) está sendo feito. Com isso em vista, é mais interessante acompanhar e descrever o que *faz fazer* do que identificar o motivo pelo qual se *faz fazer*. É por isso que Latour (2000) alega que para se compreender a ação e os atores é preciso abrir mão da oposição causa e efeito, que é o que encontramos quando a busca é pelo porquê fazer.

Ainda sobre o *faz fazer* consideramos ser relevante apontar que a importância é no processo, “no que se dá enquanto se dá, são as performances muito mais do que as coisas em si que fazem parte do nosso interesse”. (Lomba, Quadros & Soares, 2015, p. 32). E se é o processo que interessa a TAR, precisamos compreender a proposta de tal teoria acerca de como devemos descrever o processo o qual nos propomos a pesquisar, não antes de apresentarmos o que a vertente ator-rede considera como pesquisa.

## **2.2 A pesquisa na vertente ator-rede**

Pesquisar, a partir dos pressupostos da Teoria Ator-Rede, incide numa tomada de posição diante de caixas-pretas, “seja para acompanhar as controvérsias que as encerram, seja para acompanhar as controvérsias que as reabrem.” (Queiroz & Melo, 2007). É tarefa do(a) pesquisador(a) permitir aos interessados o acompanhamento de controvérsias acerca de como os atores se interligam uns com os outros, como se articulam em redes, por meios de ligações. (Latour, 2000).

Essas controvérsias advêm da premissa de que “os fatos são construídos coletivamente: passam de mão em mão, se deformam e se traduzem, dificilmente mantendo-se estáveis e inalterados.” (Latour & Woolgar, 1997, p. 423-424). Portanto, tal como ressaltam Queiroz e Melo (2007), não há objeto ou teoria que não passe por várias mãos e se ampare em elementos heterogêneos (humanos e não-humanos) que trocam domínios, fazendo-se e refazendo-se incessantemente. E cabe ao(a) pesquisador(a) descrever da forma mais completa possível essa(s) troca(s) de domínio(s) entre os elementos, pois seu papel na construção do material

empírico deve ser similar à dos(as) antropólogos(as): seguir os atores e considerar tudo como informação de campo.

Ao resgatar o verso de Milton Nascimento, “bola de meia, bola de gude”, Lomba, Quadros e Soares (2015), ilustram a ideia de que “o solitário não quer solidão”, associando essa realidade ao contexto do(a) pesquisador(a) da TAR. Nas palavras das autoras: “em TAR, o pesquisador, embora tido como solitário, não está sozinho, mas em plena parceria com os pesquisados.” (Lomba, Quadros & Soares, 2015, p. 34). Então, a condução da pesquisa é com os atores e não sobre os atores.

O(a) pesquisador(a) é “antes de tudo, um fabricante de fatos: mobiliza partes da realidade para transportá-la, combiná-la e recombina-la nos centros em que se acumulam as informações.” (Queiroz & Melo, 2007, p. 172). Segundo Latour e Woolgar (1997), o(a) pesquisador(a) é resultante dos conflitos de apropriação ocorridos no contexto de produção científica, decorrentes de uma ampla e heterogênea rede de elementos e/ou fenômenos. Nesse sentido, a tarefa do(a) pesquisador(a) é mais do que pensar as redes, é pensar com a rede. Devemos seguir os atores, uma vez que a relação entre a produção do conhecimento e os fatos é simétrica. Sobre isso, Arendt (2010), salienta que:

[...] nem ele [o pesquisador] sabe mais (como nas pesquisas tradicionais em que o cientista era responsável por todo o design da pesquisa e interpretação dos dados), nem o sujeito pesquisado é suposto de tudo saber. É [o] problema interessante colocado pelo pesquisado, que permitirá formular as perguntas que interessam ao pesquisado, estabelecendo uma relação que os conectará a outras proposições numa rede de articulações e assim sucessivamente. (Arendt, 2010, p. 34-35).

Ainda assim, cabe ao(a) pesquisador(a), a partir do que elege como material empírico, decidir a forma de considerá-los para, conseqüentemente, apresentá-los, sendo que a postura do(a) pesquisador(a) ator-rede deve ser simétrica. Law (2004) e Mol (2007) enfatizam que o(a) pesquisador(a) é quem decide o que fica dentro e o que fica de fora da sua pesquisa. Essas decisões é que constituem o percurso metodológico delineado para o desenvolvimento do estudo proposto pelo(a) pesquisador(a). Lomba, Quadros e Soares (2015) acrescentam que as decisões do(a) pesquisador(a) sobre a descrição de como conduziu e foi conduzido a “sua pesquisa constitui-se numa ação viva ou estática de chegar ao outro, podendo excluí-lo ou incluí-lo de várias formas.” (Lomba, Quadros & Soares, 2015, p. 33).

No entanto, para que isso seja possível, Latour (2000) apresenta sete regras metodológicas, as quais servem como diretrizes para pesquisar a produção do conhecimento científico, uma vez que dizem respeito às decisões que se deve tomar acerca dos fatos empíricos. Além disso, segundo Lemos (2013), essas regras possibilitam flexibilizar a nossa

postura enquanto pesquisadores(as), ao ser possível assumir que o mundo é muito mais desordenado do que imaginamos, o que desqualifica nossa pretensão de fazer da metodologia uma prescrição de higiene.

A primeira regra é assim enunciada: “estudamos a ciência em ação, e não a ciência ou a tecnologia pronta; para isso, ou chegamos antes que fatos e máquinas se tenham transformado em caixas-pretas, ou acompanhamos as controvérsias que as reabrem.” (Latour, 2000, p. 421). Essa regra apresenta a ideia de que, ao analisarmos o desenvolvimento de determinado fenômeno, seremos mais bem-sucedidos se admitirmos que a dimensão é processual, ou seja, se tomarmos as controvérsias geradas pelos discordantes, reabriremos a discussão entre os atores sobre determinadas afirmações, o que poderá resultar ou não em um novo fato.

Latour delimita assim a segunda regra: “para determinar a objetividade ou subjetividade de uma afirmação, a eficiência ou a perfeição de um mecanismo, não devemos procurar por suas qualidades *intrínsecas*, mas por todas as transformações que ele sofre *depois*, nas mãos dos outros.” (Latour, 2000, p. 421). A regra resulta do entendimento de que uma teoria bem sucedida depende dos atributos que a mesma possui, assim como do julgamento que a sociedade faz dela, que pode ou não legitimá-la.

A terceira regra – “como a solução de uma controvérsia é a *causa* da representação da Natureza, e não sua consequência, nunca podemos utilizar essa consequência, a Natureza, para explicar como e por que uma controvérsia foi resolvida” (Latour, 2000, p. 421) – corresponde ao entendimento de que as representações da natureza são geradas pelas controvérsias. Para Latour, o conhecimento científico constrói procedimentos que estão sujeitos à reprodução pelos pares da comunidade científica, os quais, como expõe Ferreira (2013),

... disputam pelo melhor discurso capaz de explicar o mundo natural. Esse discurso, ao ser socialmente validado, encerra as controvérsias e converte-se em asserções cientificamente indiscutíveis, que passam a ser difundidas na sociedade como um conhecimento legítimo, até que um discordante reabra as controvérsias pela replicação malsucedida do método. (Ferreira, 2013, p.278).

A quarta regra é desenhada do seguinte modo: “como a resolução de uma controvérsia é a causa da estabilidade da sociedade, não podemos usar a sociedade para explicar como e por que uma controvérsia foi dirimida. Devemos considerar simetricamente os esforços para alistar recursos humanos e não-humanos.” (Latour, 2000, p. 421). Essa regra deriva da ideia de que a ênfase do(a) pesquisador(a), não deve ser deslocada da natureza para a sociedade. Neste sentido, para Latour, os humanos e os não-humanos é que determinam os fatos científicos.

A quinta regra perpassa pela identificação dos atores que participam do processo de fazer ciência, como expõe Latour (2000):

... com relação àquilo de que é feita a tecnociência, devemos permanecer tão indecisos quanto os vários atores que seguimos; sempre que se constrói um divisor entre interior e exterior, devemos estudar os dois lados simultaneamente e fazer uma lista (não importa se longa ou heterogênea) daqueles que realmente trabalham. (Latour, 2000, p. 421-422).

A sexta regra – “diante da acusação de irracionalidade, não olhamos para que regra da lógica foi infringida nem que estrutura social poderia explicar a distorção, mas sim para o ângulo e a direção do *deslocamento* do observador, bem como para a *extensão* da rede que assim está sendo construída” (Latour, 2000, p. 422) – emerge da ideia de que devemos observar a relação entre o mundo de dentro e o mundo de fora da Ciência. Ou seja, devemos, enquanto pesquisadores(as), nos ater ao movimento e à extensão da rede, pois só assim compreenderemos como o que está dentro e o que está fora em algum momento se tocam, se modificam e se complementam, de maneira que as fronteiras sejam cada vez mais tênues entre quem faz ciência e a sociedade.

Na sétima regra há a recomendação de que os estudos busquem compreender também como a documentação é produzida, codificada, combinada e interligada, pois é a documentação em seu aspecto burocrático que viabiliza os resultados das atividades científicas resultando, ou não, numa grande rede de saberes. Nos dizeres de Latour (2000),

... antes de atribuir qualquer qualidade especial à mente ou ao método das pessoas, examinemos os muitos modos como as inscrições são coligadas, combinadas, interligadas e devolvidas. Só se alguma coisa ficar sem explicação depois do estudo da rede é que deveremos começar a falar em fatores cognitivos. (Latour, 2000, p. 422).

São, então, estas regras metodológicas que embasam as principais orientações que previnem pesquisadores de assumirem roteiros metodológicos aprioristicamente. A proposta da teoria ator-rede se ancora na ideia de acompanhar os movimentos realizados pelos atores, em que materialidade e sociabilidade se misturam, tendo como resultado a descrição que o(a) pesquisador(a) expõe em sua produção de pesquisa.

Sobre a exposição do(a) pesquisador(a), que quase sempre é textual<sup>6</sup>, Latour (2006), nos lembra que o texto, dependendo de como for escrito, poderá ou não capturar a rede de atores

---

<sup>6</sup> Especialmente nas ciências humanas, os relatórios de pesquisa, dissertações e teses, são apresentadas em forma de texto. São raras as exceções. Em uma delas, a tese de Nick Sousanis (2015), apresentada em forma de quadrinhos. Sousanis (2015) problematiza exatamente a hegemonia do texto sobre a imagem na produção do pensamento. Sua defesa é pela indissociabilidade entre texto e imagem em processos de aprendizagem, desconcertando as narrativas científicas convencionais.

estudadas. Nas palavras de Arendt (2008, p. 8-9), “dependendo do que acontece ali haverá ou não um ator ou rede sendo traçados. E isto depende inteiramente da maneira precisa na qual isto está sendo escrito e cada simples novo tópico requer uma nova maneira a ser operada pelo texto.” Ou seja, depende do como o(a) pesquisador(a) decide apresentar a descrição de sua investigação. Lomba, Quadros e Soares (2015, p. 34) acrescentam que “[...], o texto constrói-se à medida que o lemos – somos tanto actantes como atuados. [...] Este [o texto] é vividamente produtor de efeitos, portanto, um actante criando novos mundos e versões da realidade.”

Além disso, Latour (2006) equipara a escrita de textos com o método, pois a escrita de um texto é composta por tantas palavras, advindas de entrevistas, observações, documentos etc., e é escrito em determinado tempo. Nesse sentido, a escrita de um texto equivale ao funcionamento de um laboratório, uma vez que é o local da descrição dos testes, dos experimentos e das simulações em que as peças fundamentais são os atores. O que os atores fazem para expandir, relatar, comparar e organizar também deve ser descrito, sendo que o trabalho, o movimento, o fluxo e as mudanças é que devem ser enfatizados.

Descrever ou pesquisar fatos equivale “a entender a tessitura das redes que lhes dão sustentação em suas associações mais fracas ou mais fortes” (Queiroz & Melo, 2007, p.172), as quais decorrem de um social composto de atores heterogêneos. Nas palavras de Latour (2006, p. 343-344), “os próprios atores fazem tudo, inclusive seus próprios quadros, suas próprias teorias, seus próprios contextos, sua própria metafísica, até mesmo sua própria ontologia.”

Cabe ao(a) pesquisador(a) seguir os atores e formular a eles as boas questões, pois os *experts* da pesquisa são os atores e não o(a) pesquisador(a), tendo em vista que a TAR busca dar aos atores um espaço para eles se expressarem. (Latour, 2006). Assim, para serem considerados atores, os mesmos não podem ser apenas ocupantes de determinado lugar; têm que fazer algo, marcar uma diferença. Se eles não fizerem diferença, devemos abandoná-los e recomeçar a descrição.

Nesse ponto, vale destacar que quando nos propomos a pesquisar um assunto, ou seja, quando abrimos as caixas-pretas, estamos (re)abrindo controvérsias e colocando à prova a dureza dos fatos, pois os mesmos são fabricados. A pesquisa é, portanto, uma oportunidade de examinar os fatos duros, promovendo um movimento para dissipar preconceitos, a partir do acompanhamento das controvérsias, para originar novas inscrições que possam ser confrontadas com as, até então, construídas, para eventualmente criar novos objetos. (Lemos, 2013). No exercício de abertura dessas caixas-pretas e busca das controvérsias, via banco de

teses da Capes<sup>7</sup> e portal Domínio Público<sup>8</sup>, verificamos que as dissertações e teses que mencionam a TAR como arcabouço dos trabalhos não apresentam nenhuma articulação com a Psicologia da Saúde, tampouco envolvem, explicitamente, discussões cuja relação Psicologia e Saúde esteja presente.

Antes de chegarmos mais enfaticamente na discussão acerca da saúde na Psicologia, consideramos ser importante apresentarmos, mesmo que sucintamente, tal ciência na perspectiva da Teoria Ator-Rede, uma vez que essa disciplina é complexa do ponto de vista teórico, metodológico e epistemológico.

### **2.3 As Psicologias enquanto ciência na vertente da Teoria Ator-Rede**

São muitos os contextos, os atores, os mediadores, os intermediários, as caixas-pretas e as redes que compõem a ciência “psi”. Moraes (2003) esclarece que:

Considerar a psicologia como uma ciência em rede, uma ciência em ação, significa pensar um novo estilo de ciência para a psicologia e, conseqüentemente, significa deixar derivar as suas formas estabelecidas: as discussões em torno de sua cientificidade, as controvérsias em relação aos seus métodos e objetos, as questões relativas à sua unidade ou dispersão, as polêmicas quanto à sua autonomia frente aos demais saberes. (Moraes, 2003, p. 539).

Quando assumimos o pressuposto de que as Psicologias são uma ciência em rede, tal como fazemos na nossa pesquisa, encontramos a pista para a resposta de um dos questionamento que Ferreira (2006) indica acerca do conhecimento psicológico, a saber, “por que existem tantas psicologias (sistemas, projetos, escolas, teorias, hipóteses, orientações práticas, marcas autorais etc.)?” (Ferreira, 2006, p. 228). Para compreender essa diversidade é fundamental considerarmos que as controvérsias se relacionam à definição do que é Psicologia.

Antes de prosseguirmos, precisamos salientar o fato de que, nos estudos de Latour, a psicologia não assume um protagonismo. (Ferreira, 2006). No entanto, o sociólogo das associações levanta dois temas que consideramos, concordando com Ferreira (2006), indicar direções importantes para se pensar a Psicologia em um lugar não tão coadjuvante no campo das ciências. O primeiro, especificado em seu “modelo circulatório” (Latour, 2011), aponta as condições necessárias ao saber científico; o segundo, aponta “condições de possibilidade”, em seu projeto de cisão entre o Ser Humano e a Natureza (ou entre subjetividade e objetividade), que o projeto de uma modernidade é impossível (Latour, 1994). De acordo com Ferreira (2006),

<sup>7</sup> <http://bancodeteses.capes.gov.br/>

<sup>8</sup> <http://www.dominiopublico.gov.br/>

esse duplo esquema fornece, uma vez em que o conhecimento passa a circular por vias distintas das demais ciências, uma marcação histórica e paradoxal do surgimento e lugar em que a psicologia ocupa.

O “modelo circulatório” ou “sistema circulatório”, utilizado por Latour (2011) como analogia ao trabalho científico, se refere à ideia de que não faz sentido questionarmos apenas pelo “coração da ciência”, e não por todo o seu conjunto, cujo sistema de rede é vasto e denso. Nas palavras de Ferreira (2006, p. 231) “da mesma maneira que em nosso sistema circulatório não faz sentido nos perguntarmos se em essência ele é coração ou veias e artérias, nas ciências não devemos nos bastar apenas em sua rede conceitual ou no contexto social.” Se não considerarmos essa perspectiva, continuaremos concordando que o saber científico é produzido dissociado da rede social.

Com o intuito de superar tal dicotomia é que Latour (2011) propõe o “sistema circulatório” que é composto por uma série de cinco circuitos, os quais Ferreira (2006) sintetiza da seguinte forma:

- 1) “Mobilização do mundo”, ou o conjunto de mediações aptas a fazer circular os não-humanos através do discurso (instrumentos, levantamentos, questionários e expedições);
- 2) “Autonomização”, ou a delimitação de um campo de especialistas em torno de uma disciplina, capazes de serem convencidos ou entrarem em controvérsia;
- 3) “Alianças”, ou o recrutamento do interesse de grupos não científicos, como militares, governamentais e industriais;
- 4) “Representação Pública”, ou o conjunto de efeitos produzidos em torno do cotidiano dos indivíduos;
- 5) “Os vínculos e nós”, que dizem respeito ao coração conceitual, que amarra todos os demais circuitos. (Ferreira, 2006, p. 232).

Para entender o desenvolvimento de uma área enquanto ciência é preciso considerar como esses circuitos circulam, sabendo que suas existências são interdependentes. “Excluir um deles é fazer desaparecer o sistema”, argumenta Costa (2008, p. 33). Na tentativa de compreender como as Psicologias circulam nesses circuitos, Ferreira (2006) aponta que tal campo do saber é composto por “vários sistemas circulatórios, mas que não se comunicam entre si. [...] É como se fosse uma máquina múltipla, que operasse na captura de modelos oriundos das ciências naturais e de certas práticas sociais tradicionais e na produção de certas formas de existência.” (Ferreira, 2006, p. 233-234).

Desse modo, há uma dispersão da(s) psicologia(s) enquanto ciência, o que, para Latour (1994), fundamenta-se na ideia de que o campo psicológico é produto da “impossível modernidade”, que foi constituída no século XVII na tentativa irrealizável de divisão e purificação do homem e da natureza, cuja consequência é a proliferação dos híbridos. Por isso “a psicologia não seria nem moderna, nem pré-moderna, nem mesmo pós-moderna – que nada

mais seria que o sentimento de desencanto e impossibilidade mediante o fracasso moderno –, mas nas palavras de Latour: simplesmente a-moderna na sua prática.” (Ferreira, 2006, p. 237).

Além disso, Latour argumenta que a(s) psicologia(s) opera(m) de modo simétrico ao da epistemologia, tendo em vista que seu trabalho “é dar conta do que a epistemologia excluiu criticamente dos nossos seres objetivos.” (Ferreira, 2006, p. 237). E como desdobramento dessa tentativa, diversas foram as formas nas quais a(s) psicologia(a) foi(ram) fundada(s), a saber: para fornecer uma desculpa aos nossos erros; para estudar os estados mentais mórbidos; para conhecer, classificar e ajustar os indivíduos às novas distintas instituições modernas e suas condições de trabalho; para comparar populações a partir de uma curva tida como normal, em confronto com as faculdades e habilidades humanas; para fazer uma psicologia advinda das críticas de pensadores como Kant e Comte, ou seja, fazer uma psicologia social. Ferreira (2006) sintetiza seus argumentos delimitando os hibridismos que compõem o campo:

Trocando em miúdos, a psicologia é um espaço forte de mestiçagem, onde operadores científicos das ciências naturais se fundem a conceitos antropológicos, reificando certas práticas sociais. [...] Deve-se dizer que esse efeito hibridizante é contrário às intenções puristas dos diversos fundadores da psicologia, e que se radicaliza a cada nova refundação [...]. (Ferreira, 2006, p. 236).

Como consequência, a(s) psicologia(s) é(são) constantemente atacada(s) por críticos advindos da epistemologia e por críticos sociais, o que instiga novas tentativas de fundações e o surgimento de mais e mais híbridos. Nesse sentido, tendo em vista a Psicologia da Saúde, questionamos se essa decorre de mais uma tentativa de responder a essas críticas. Por outro lado, podemos compreender que assim como no campo do saber denominado psicologia, a Psicologia da Saúde caracteriza-se pela hibridez, tal como descrevemos, nos capítulos subsequentes.

Na tentativa de superar as críticas de Latour à(s) psicologia(s), Arendt, Moraes e Tsallis (2015) sugerem a suplantação das clássicas separações entre sujeito e objeto, pesquisador e pesquisado, que é o que os autores consideram ser fundamental para a(s) psicologia(s) não moderna(s). Tal ideia relaciona-se com o pensamento latouriano de que o foco deve ser na ciência em ação, na ciência se fazendo “nas bancadas dos laboratórios e definindo no mesmo processo o seu conteúdo e o contexto social” (Moraes, 2001), e não na ciência feita, pronta e acabada.

Com o intuito de focar na ciência em ação da Psicologia da Saúde, a seguir, faremos algumas considerações acerca da performatividade e da multiplicidade da “Psicologia da

Saúde”, pois julgamos ser fundamental localizar as controvérsias que permeiam tal definição, para, posteriormente, expor o mapeamento da rede desta Psicologia.

#### **2.4 A performatividade e a multiplicidade da Psicologia da Saúde**

Nesse momento, apresentamos, a partir do mapeamento do material bibliográfico acerca da Psicologia da Saúde, as definições, os aspectos históricos e institucionais que permeiam essa Psicologia, tendo em vista a proposição de Mol (2007), do não perspectivismo. Ou seja, não vamos nos referir à Psicologia da Saúde como um objeto singular e definido, pronto e acabado, que pode ser interpretado, analisado e olhado de várias perspectivas, mas sim alguma coisa que pode ser construída, performada de maneiras distintas.

Tal como aponta Cordeiro (2012), a principal crítica que Mol assinala sobre o perspectivismo é o fato dele focar nas interpretações em detrimento do objetivo que se interpreta, dando uma ênfase muito maior às palavras do que às coisas. Para, então, escapar do perspectivismo, segundo Mol (2002), devemos considerar as materialidades, os eventos e as práticas que produzem e/ou envolvem um objeto. Dito de outro modo, devemos levar em consideração os actantes, pois para que os objetos sejam produzidos há pessoas e coisas, cabendo ao pesquisador atentar ou deixar em segundo plano inúmeros elementos heterogêneos que constituem o fazer, o construir dos objetos.

No entanto, quando consideramos a proposta de Mol (2002), devemos usar a palavra *performar*, advinda da metáfora teatral, ao invés de *fazer* ou de *construir*. Cordeiro (2012), ancorada nas ideias de Mol, esclarece que essa metáfora produz a ideia de existência de um roteiro, que está sujeito ao contexto e equipara, em um grau de igual importância, as pessoas e os objetos.

Porém, a palavra “performar” pode, segundo Mol (2002), indicar que seja nos bastidores onde a realidade se esconde, ou que uma tarefa precisa ser alcançada para que uma situação difícil seja resolvida, ou ainda que o que está sendo realizado no momento tem repercussões que ultrapassam o aqui e agora. Para escapar de tais conotações, a autora propõe o uso da palavra *enact*, uma vez que esse verbo se relaciona à estabelecer, determinar e resolver. Especificamente no campo de investigação científica – a qual aqui nos interessa – o verbo *enact* diz respeito à forma como determinada ciência estabelece, determina, resolve os seus objetos. Assim, o questionamento que interessa às/aos investigadoras/es da ciência – como é o nosso caso – tem a ver com o modo como os objetos são manuseados, ou seja, como é que tais objetos se relacionam com as práticas. As Psicologias da Saúde, portanto, são diferentes, são *enacted*

distintamente onde quer que esteja sendo praticada (hospital, empresa, ONG, clínica, escola etc.). Se olharmos de perto para cada uma das Psicologias da Saúde, veremos que chegam a ser contraditórias, não se reduzindo a um único objeto e que são múltiplas.

Considerar que a Psicologia da Saúde é múltipla é sustentar que ela não é completamente fragmentada e que suas várias facetas mantêm alguma relação. Não significa dizer que essas várias facetas não estão relacionadas, pois há programas de pós-graduação, associação de classe, eventos técnico-científicos, livros-manuais, pesquisadores/as bolsistas de produtividade e revistas científicas. As Psicologias da Saúde são *enacted* de modos múltiplos, contraditórios, distintos e sem um único objeto.

Partindo dessa premissa, nossa tentativa a seguir é apresentar a multiplicidade e a performatividade que constituem a Psicologia da Saúde, a começar pelos acontecimentos que, em distintos momentos, influenciaram o “surgimento” dessa Psicologia.

É possível que a Psicologia da Saúde tenha se originado a partir de alguns acontecimentos de repercussão mundial, como a definição do conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948; o Relatório Lalonde, em 1974, sobre a saúde dos canadenses; a declaração de Alma-Ata, em 1978; e, o Relatório Richmond, em 1979, sobre a saúde dos estadunidenses. (Ribeiro, 2011). A terminologia “Psicologia da Saúde”, foi oficialmente apresentada pela APA, como assinalamos anteriormente, quando foi criada a divisão 38 (*Health Psychology*). No Brasil, acreditamos que houve a influência, além das já citadas, da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda na década de 1970 foi estabelecida a Sociedade Cubana de Psicologia da Saúde, o que nos indica que possivelmente a primeira sociedade científica com essa denominação no mundo foi estabelecida alguns anos antes da criação da Divisão de Psicologia da Saúde pela APA. (Almondes, 2013; Sebastiani, 2011). Além disso, Calatayud (2011) afirma que nos congressos nacionais de Psicologia da Saúde realizados em Cuba, que ocorreram nesta década, houve importante participação de psicólogos latino-americanos, norte-americanos e espanhóis. Ou seja, antes mesmo que a APA lançasse sua definição, em Cuba já se falava em Psicologia da Saúde.

Conforme defende a APA (1976), a terminologia “Psicologia da Saúde”, se relaciona com a criação de uma força-tarefa sobre investigação em saúde (*Task Force on Health Research*), fomentada pela Associação, com o intuito de pesquisar a função do comportamento nas doenças físicas e na manutenção da saúde. (APA, 1976). Mas foi em 1978 que a associação instituiu a Divisão 38, cuja conceituação revela que as contribuições da Psicologia da Saúde perpassam por “avaliações do papel do comportamento na etiologia e no tratamento da doença,

elaboração de prognósticos dos comportamentos prejudiciais para a saúde, promoção de comportamentos saudáveis e prevenção do aparecimento das doenças.” (Almondes, 2013, p. 648).

Ribeiro (2011) afirma que a primeira definição de Psicologia da Saúde foi proposta por Stone, em 1979, quando o mesmo alegou que esta é “qualquer aplicação científica ou profissional de conceitos e métodos psicológicos, a todas as situações próprias do campo da saúde, não apenas nos cuidados de saúde mas também na saúde pública, educação para a saúde, planificação da saúde, financiamento, legislação, etc.” (Ribeiro, 2011, p. 24).

No entanto, foi a definição de Matarazzo (1980) que concentrou a fonte da definição da APA. Para o autor a Psicologia da Saúde é:

o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia, utilizadas para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, identificação da etiologia e diagnóstico (de problemas) relacionados à saúde, doença e disfunções, para a análise do sistema de atenção à saúde e formação de políticas de saúde. (Matarazzo, 1980, p. 815).

Nessa direção, a definição da APA afirma, de acordo com Almondes (2013, p. 648), que a “Psicologia da saúde constitui estratégia de atuação que agrega o conhecimento educacional, científico e profissional da Psicologia para as discussões do processo de saúde-doença.”

A partir da consideração de que a definição de Matarazzo é muito ampla, uma vez que abrange tudo o que é possível fazer no sistema de saúde em geral, durante a Conferência de Arden House, que foi realizada em Nova York, cujo objetivo era propor recomendações acerca da formação na Psicologia da Saúde, afirmou-se que esta seria uma área genérica da Psicologia, que teria o próprio corpo teórico e científico, que se diferenciaria de outras áreas da Psicologia.

Esses embates indicam que ainda não se conseguiu estabelecer uma definição muito clara que permeia os debates acerca da Psicologia da Saúde. Sebastiani e Maia (2005) defendem que a Psicologia da Saúde nasceu para dar resposta às demandas nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, pautando no modelo biopsicossocial e ambiental, numa perspectiva interdisciplinar. Ribeiro (2011) acrescenta que:

Uma das características da Psicologia da Saúde, para além de focar o seu interesse nos aspectos de saúde e de doenças não mentais é, também, a deslocação da atenção do polo ‘doença’ para o polo ‘saúde’, passando a considerar este polo como objeto epistemológico diferente das doenças, com definição própria e métodos de intervenção e de avaliação específicos. (Ribeiro, 2011, p. 26).

Nessa mesma perspectiva, Gorayeb (2010) argumenta que a distinção entre a Psicologia da Saúde das demais PsicoLOGIAS envolve o tipo de problema que os indivíduos têm. A

preocupação da Psicologia da Saúde é com os indivíduos que têm um problema ligado à sua saúde física. Ou seja, os indivíduos não necessariamente apresentam um distúrbio psicológico.

Ribeiro (2011) acredita, assim como Gorayeb (2010), que a Psicologia Clínica continua sendo a que se faz na esfera da saúde mental, e a Psicologia da Saúde é a que se pratica no âmbito das doenças físicas, o que denota a continuidade do dualismo mente/corpo. Kerbauy (2002, p.12) também defende o ponto de vista “de que a Psicologia da Saúde se preocupa principalmente com os aspectos físicos da saúde e doença”, o qual se associa com a definição da APA. A terminologia Psicologia Clínica da Saúde foi assim denominada para superar a dualidade entre o mental e o físico. Conforme assinala Ribeiro (2011, p. 32), “a par desta divisão, muitas outras existem e variam de significado em países diferentes.”

Esses três atores, Ribeiro, Gorayeb e Kerbauy, dentre outros, se dedicam aos estudos da avaliação psicológica e indicam, em suas produções acadêmicas, serem afiliados da perspectiva comportamental ou comportamental-cognitiva.

Também encontramos definições da Psicologia da Saúde que se ancoram, de maneira explícita, no modelo biopsicossocial como parâmetro básico. A busca nessa conjectura, cujo principal representante é Straub (2005), é por transmitir os componentes deste modelo de uma forma dinâmica para influenciar o bem-estar do indivíduo, em uma visão cognitivo-comportamental, na qual um dos principais objetivos é na mudança de comportamento.

Myers (1999), da mesma forma, defende a noção de que a Psicologia da Saúde pode ser entendida como a “contribuição da psicologia à medicina comportamental”, o que nos indica que essa perspectiva é individualizada, pois parte-se de perguntas que questionam a influência das emoções e personalidades sobre o risco de doença, a aceitação e busca por tratamento, e comportamentos de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Ainda com o argumento de que o comportamento está no cerne da definição da Psicologia da Saúde, Miyazaki, Domingos e Caballo (2001), Barros (2002), e Almeida e Malagris (2011) tem posições convergentes. Esses autores apresentam a ideia de que as pesquisas e aplicações da Psicologia da Saúde visam investigar e intervir na inter-relação entre comportamento e doenças e comportamento e saúde.

No Brasil, notamos a particularidade, tal como Sebastiani (2011) defende, de que é preciso insistir no emprego do termo Psicologia da Saúde, pois várias são as denominações que distintos atores utilizam para se referir ao trabalho do psicólogo na área da saúde, a saber Psicologia Hospitalar, Psicologia Hospitalar/Saúde, Psicologia Clínica da Saúde, Psicologia Social da Saúde, Psicologia da Saúde-Hospitalar.

Nessa mesma perspectiva, Kerbaux (2002), concorda que a denominação Psicologia da Saúde ainda é baseada em distintos referenciais teóricos e discussões acerca da aplicação dos princípios da Psicologia a problemas de saúde. No entendimento de Sebastiani (2011):

Para compreender seu significado, há de se partir do processo saúde-enfermidade, da análise dos fatores que o condicionam e de como influi nesse processo a sociedade num sentido geral. É também necessário precisar como se vinculam a psicologia e as experiências práticas acumuladas em diferentes instituições de um dado sistema de saúde. (Sebastiani, 2011, p. 279).

Sobre o processo de saúde-enfermidade, encontramos o argumento de que a Psicologia da Saúde preocupa-se com os comportamentos de prevenção e cuidados com a saúde (Silva, 2005) e que “sempre esteve voltada para as questões éticas ligadas à vida e a morte, frente aos desafios suscitados por [essas] situações concretas e complexas” (Torres, 2003, p. 477), que envolvem inclusive a discussão sobre a eutanásia/distanásia. É importante ressaltar que esse último argumento é um ponto sem muita associação na rede da Psicologia da Saúde.

Para Spink (2011) é difícil aceitar a terminologia Psicologia da Saúde, pois a mesma deriva de uma colcha de retalhos de teorias que mal conversam entre si. Como consequência desse argumento, a autora, e outros autores, conforme apontamos na introdução da nossa pesquisa, validam a terminologia Psicologia Social da Saúde.

Partindo da perspectiva latouriana, de que uma coisa que suporta muitos pontos de vista é altamente complexa, intrincada e bem organizada, a Psicologia da Saúde permeia esse grau de complexidade, pois vários foram e são os pontos de vista do que pode ser assim denominado.

Mol (2002) nos alerta que, às vezes, os objetos podem coincidir, mas às vezes não coincidem, como é o caso da Psicologia da Saúde. Nesse sentido, em concordância com Cordeiro (2012, p. 53), temos que “quando objetos que levam o mesmo nome não coincidem, tendemos a buscar explicações para essa incoerência.” Nesse sentido, podemos considerar que não há apenas uma Psicologia da Saúde.

Nos próximos capítulos apresentaremos como as Psicologias da Saúde são *enacted* no Brasil, tendo como base os programas de pós-graduação, a entidade de classe (ABPSA), os textos-manuais e revistas científicas de tal Psicologia.

O que a multiplicidade implica é que embora as realidades possam ocasionalmente colidir umas com as outras, noutras alturas as várias performances de um objecto podem colaborar e mesmo depender umas das outras (MOL, 2007).

### 3 OS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO NO BRASIL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Para a descrição dos programas de pós-graduação no Brasil em Psicologia da Saúde realizamos duas buscas, a saber referente à avaliação de 2010 e 2013, cuja intenção foi acompanhar essa rede após os resultados das avaliações trienais da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), 2007/2009 e 2010/2012, o que compreende os resultados mais próximos ao tempo do desenvolvimento da nossa pesquisa<sup>9</sup>. Tais buscas foram realizadas no *site* da Capes. No desenvolvimento da pesquisa, fizemos o levantamento de todos os programas e suas respectivas notas. Em seguida, entramos no *site* dos Programas identificados com o intuito de selecionar as informações relativas aos mesmos, como área de concentração e linhas de pesquisa, que pudessem subsidiar nossa análise. Quando encontramos os Programas cuja titulação era Psicologia da Saúde ou que houvesse alguma conexão, via áreas de concentração ou linhas de pesquisa, com tal terminologia, selecionamos as informações detalhadas dos Programas e, posteriormente, produzimos a tessitura da rede de construção dessa Psicologia. Também buscamos nos *Lattes* dos docentes as informações relativas a trajetória acadêmica deles, as quais compuseram nossa descrição sobre os atores humanos associados aos Programas.

Nesse capítulo, optamos por uma apresentação geral dos programas para, posteriormente, nos determos aos programas que estão ligados à ABPSA e/ou têm periódicos próprios. Consideramos ser importante já anunciar que o nosso ponto central para o mapeamento da rede da Psicologia da Saúde no Brasil foi a ABPSA, pois esta é a única entidade científica da Psicologia da Saúde que utiliza tal terminologia. Apresentaremos o mapeamento dessa Associação no próximo capítulo.

Os programas de pós-graduação no Brasil relativos explicitamente à Psicologia da Saúde, seja como programa, área de concentração ou linha de pesquisa, são oito atualmente, mas o programa da Universidade de Brasília (UNB) intitulado “Processos de desenvolvimento humano e saúde” parece não oferecer mais vagas para a linha de pesquisa denominada “Psicologia da Saúde”; em contrapartida, o programa Psicologia Clínica e Cultura, vinculado à mesma instituição, passou a oferecer a linha de pesquisa intitulada “Psicologia da Saúde e

---

<sup>9</sup> Vale ressaltar que a avaliação do triênio 2013/2016, período concomitante ao desenvolvimento dessa pesquisa, não foi possível ser analisada pois os resultados serão divulgados posteriormente à defesa da tese.

processos clínicos”. Portanto, consideramos que atualmente há sete<sup>10</sup> programas que ofertam, explicitamente, vagas para trabalhos sobre a Psicologia da Saúde.

No total de 92 programas que existentes em 2016, quatro oferecem mestrado e doutorado, dois oferecem apenas o mestrado e um oferece o mestrado profissional. O mestrado profissional é uma nova tendência que “busca colocar o conhecimento como tributário da aplicação [...] embora não exista claramente um norte bem definido sobre como se dará a convivência destes tipos de formatação da pós-graduação.” (Cirani, Campanario & Silva, 2015, p. 166).

Quando fizemos o primeiro levantamento relativo aos programas de pós-graduação no território brasileiro referente à Avaliação Trienal de 2010, o número total era de 63, sendo que seis<sup>11</sup> eram relativos à Psicologia da Saúde. Em outras palavras, tínhamos, no país, 9,5% de programas relativos a essa Psicologia na Avaliação Trienal de 2010. Na avaliação de 2013, o número caiu para 7,3%, pois além do número de programas ter aumentado, a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), que oferecia a linha de pesquisa Psicologia da Saúde, passou a não mais ter tal linha de investigação, a qual esteve disponível entre 2003 e 2014, como já dissemos anteriormente. Dos sete programas, referentes à Psicologia da Saúde, quatro<sup>12</sup> encontra-se em instituições privadas e três<sup>13</sup> em instituições públicas. De acordo com Cirani, Campanario e Silva (2015) há um crescimento elevado de cursos criados pelo setor privado, o que se confirma, ainda que ligeiramente, no nosso estudo.

O programa mais antigo é o da UMESP, que foi criado em 1978 e o mais recente é o da FPS, que iniciou em 2016. Desde que começamos nossa pesquisa, houve a abertura de mais dois<sup>14</sup> programas, além do oferecido pela FPS, e o encerramento de uma linha de pesquisa e uma área de concentração em programas distintos<sup>15</sup>. Os programas da UCDB e da PUC Goiás abriram na década de 90, respectivamente em 1997 e em 1999.

---

<sup>10</sup> Universidade Metodista de São Paulo (UMESP), Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Universidade de Brasília (UNB), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

<sup>11</sup> UMESP, UCDB, UNB, UFSM, PUC Goiás e UFU.

<sup>12</sup> UMESP, UCDB, FPS e PUC-Goiás.

<sup>13</sup> UEPB, UFSM e UNB.

<sup>14</sup> UNB (2015) e UEPB (2015).

<sup>15</sup> UFU e UNB. Com a reformulação do Programa da UFU, as três linhas de pesquisa que existiam, deram lugar para quatro novas linhas; dentre elas uma intitulada “Processos psicossociais em saúde e educação”, cuja descrição é a seguinte: “esta linha abrange grandes temas da área de saúde e educação e de sua articulação envolvendo aspectos do desenvolvimento humano e da aprendizagem, psicologia e saúde em diferentes contextos, tendo como fundamentos os processos psicossociais mais amplos e as diferentes visões teórico-metodológicas e possibilidades de interação. São dois grandes temas de nossa vida contemporânea aqui articulados por meio de uma temática de pesquisa que vise o desenvolvimento do homem como um todo, em diferentes contextos, buscando o bem-estar, a qualidade de vida em diferentes contextos e em diferentes momentos do ciclo vital.” (“Processos Psicossociais em Saúde,” s.d.). Na UNB, o Programa “Processos de desenvolvimento humano e saúde” tem uma área de

A seguir, no Quadro 1, encontra-se o detalhamento dos programas de pós-graduação no Brasil, cuja expressão Psicologia da Saúde aparece atualmente.

**Quadro 1 – A Psicologia da Saúde nos programas de pós-graduação brasileiros**

| Instituição | Programa                     | Áreas de concentração | Linhas de pesquisa   | Oferta de titulação   | Avaliação Capes |
|-------------|------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------|
| UMESP       | Psicologia da Saúde          | Psicologia da Saúde   | Processos saúde-doença e psicofisiologia   | Mestrado e doutorado  | 4               |
|             |                              |                       | Processos psicossociais  |                       |                 |
| UEPB        | Psicologia da Saúde          | Psicologia da Saúde   | Processos Psicossociais e saúde  | Mestrado              | 3               |
|             |                              |                       | Trabalho, saúde e subjetividade  |                       |                 |
| UCDB        | Psicologia                   | Psicologia da Saúde   | Avaliação e assistência em saúde   | Mestrado e doutorado  | 4               |
|             |                              |                       | Políticas públicas, cultura e produções sociais                                    |                       |                 |
| UNB         | Psicologia clínica e cultura | Psicologia Clínica    | Processos interacionais no contexto do casal, da família, do grupo e da comunidade | Mestrado e doutorado  | 5               |
|             |                              |                       | Psicanálise, subjetivação e cultura  |                       |                 |
|             |                              |                       | Psicopatologia, psicoterapia e linguagem   |                       |                 |
|             |                              |                       | Saúde mental e cultura   |                       |                 |
| UFSM        | Psicologia                   | Psicologia da Saúde   | Saúde, desenvolvimento e contextos psicossociais                                   | Mestrado              | 3               |
|             |                              |                       | Problemáticas de saúde e contextos institucionais                                  |                       |                 |
| FPS         | Psicologia da Saúde          | Psicologia da Saúde   | Processos clínicos e dos ciclos de vida  | Mestrado profissional | 3               |
|             |                              |                       | Avaliação psicológica e promoção de ações em saúde                                 |                       |                 |
| PUC-Goiás   | Psicologia                   | Psicologia            | Psicopatologia clínica e <b>psicologia da saúde</b>                                | Mestrado e doutorado  | 4               |
|             |                              |                       | Análise e evolução do comportamento  |                       |                 |
|             |                              |                       | Psicologia social, do trabalho e das organizações                                  |                       |                 |

Fonte: Elaborado pela autora.

Então, no contexto atual, temos a terminologia Psicologia da Saúde expressa em três programas, cinco áreas de concentração e parcialmente em duas linhas de pesquisa. Dos sete

---

concentração com a terminologia “Psicologia da Saúde”, mas não consta no *site* o detalhamento e tudo indica que não está mais sendo ofertada vaga para a mesma, pois no último edital disponível no site não há menção à área de concentração.

programas, um tem nota 5, três têm nota 4 e outros três têm nota 3. Nenhum programa, dos que foram avaliados em 2016, aumentou a nota, quando comparados com as avaliações anteriores realizada pela Capes.

Quando buscamos nas páginas dos programas de pós-graduação/ áreas de concentração/ linhas de pesquisa em Psicologia da Saúde os docentes que participam dos mesmos, encontramos o de total noventa e quatro atores, tal como encontra-se na Tabela 1. Em 2015, o número total de professores era de cinquenta e oito, o que corrobora os achados de Cirani, Campanario e Silva (2015) de que o corpo docente da pós-graduação *stricto sensu* tem crescido sistematicamente no Brasil.

**Tabela 1 - Docentes por programas de pós-graduação em Psicologia da Saúde no Brasil**

| Instituição | Quantidade de docentes |
|-------------|------------------------|
| UMESP       | 10                     |
| UEPB        | 08                     |
| UCDB        | 11                     |
| UNB         | 27 <sup>16</sup>       |
| UFSM        | 13                     |
| FPS         | 17 <sup>17</sup>       |
| PUC-Goiás   | 8                      |
| Total       | 94                     |

**Fonte: Elaborada pela autora.**

As instituições públicas são as que têm o maior número de docentes. A soma dos professores das instituições públicas equivale a quarenta e oito, enquanto os docentes das instituições particulares totalizam quarenta e seis. Como era de se esperar todos os docentes tem pelo menos o Doutorado como titulação.

Geograficamente, temos instituições no centro-oeste<sup>18</sup>, no nordeste<sup>19</sup>, no sul<sup>20</sup> e no sudeste<sup>21</sup> do Brasil. Portanto, a região Norte ainda não tem programas, áreas de concentração ou linhas de pesquisa referentes à Psicologia da Saúde. Quando foi criado o primeiro programa, o da UMESSP, a concentração da Psicologia da Saúde enquanto pós-graduação *stricto sensu* esteve na região Sudeste, a qual hoje tem, juntamente com a região Sul, o menor número do

<sup>16</sup> Número total de docentes do programa. No *site* não há especificação acerca dos docentes de cada linha de pesquisa.

<sup>17</sup> Entre professores permanentes e professores colaboradores. O número de professores permanentes é de 10, enquanto que o número de professores colaboradores é 7.

<sup>18</sup> UCDB, PUC Goiás e UNB.

<sup>19</sup> UEPB e FPS.

<sup>20</sup> UFSM.

<sup>21</sup> UMESSP.

programas, áreas de concentração e linhas de pesquisa. Seguindo a tendência apontada por Cirani, Campanario e Silva (2015) as regiões Nordeste e Centro-Oeste ganharam participação significativa nos últimos tempos.

Com relação aos programas que se relacionam atualmente e explicitamente à ABPSA encontramos apenas dois, o da UMESP e o da UFSM, dos quais há docentes que participam da atual Diretoria da Associação. Também encontramos apenas dois programas, o da UMESP e o da UCDB, que têm periódicos próprios relacionados à Psicologia da Saúde. Portanto, nos deteremos nos três programas – UMESP, UFSM e UCDB – por serem os programas que mais fortemente apresentam um projeto científico relacionado à Psicologia da Saúde.

### 3.1 Sobre o programa da UMESP

Como apontamos anteriormente o programa de pós-graduação mais antigo dentre os que olharemos de perto é o da UMESP<sup>22</sup>. Inicialmente a formação oferecida foi a do mestrado; a formação em doutoramento é recente, já que começou a acontecer em 2014. Até o ano de 1996 era o único programa de Psicologia da Saúde no Brasil. Na página da instituição consta que:

o Programa de Pós-Graduação em Psicologia iniciou suas atividades em 1978. No decorrer das décadas de 80 e 90, atento às necessidades regionais e a importância dos estudos de psicologia e saúde, firmou-se na área de concentração da “psicologia da saúde”. O programa de Pós-Graduação – Mestrado e Doutorado em Psicologia da Saúde – vinculado à Escola de Ciências Médicas e da Saúde, trata especificamente das questões comuns à Psicologia e à Saúde, definida como a aplicação dos conhecimentos e métodos da psicologia na promoção e manutenção da saúde, na prevenção das doenças e no aperfeiçoamento do sistema de políticas públicas na área da Saúde. Assim, todo o conhecimento produzido na área de Psicologia da Saúde revelou-se importante e de interesse para toda a área da saúde e de seus profissionais. (“Apresentação,” s.d.a).

Apesar de o Programa ter iniciado suas atividades em 1978, foi em 1983 que passou a denominar-se Psicologia da Saúde, termo que na época causou estranhamento, pois “era pouco usual, na Psicologia brasileira, esta nomenclatura para nomear estudos do processo saúde e doença fora do âmbito da Saúde Mental.” (Jesus & Rezende, 2006, p. 122). A definição assumida pelo Programa na sua apresentação se refere à de Matarazzo<sup>23</sup>, que é, ainda hoje, a

<sup>22</sup> As informações referentes ao programa foram extraídas do site: <http://portal.metodista.br/pospsico> acessado em 04/04/2017.

<sup>23</sup> Para atualizar o leitor(a), a Psicologia da Saúde se refere ao “conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia, utilizadas para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, identificação da etiologia e diagnóstico (de problemas) relacionados à saúde, doença e disfunções, para a análise do sistema de atenção à saúde e formação de políticas de saúde.” (Matarazzo, 1980, p. 815).

mais conhecida. A aposta do Programa é de que o interesse pela Psicologia da Saúde envolve profissionais da área da saúde, não se restringindo aos psicólogos. Portanto, a concepção de Psicologia da Saúde assumida pelo Programa consegue abarcar outros profissionais de áreas afins à Psicologia, o que acentua uma perspectiva interdisciplinar e multiprofissional. Ribeiro (2011), no livro *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*, afirma que a formação interdisciplinar em psicologia da Saúde é essencial e que “o vocabulário médico e o conhecimento do sistema de saúde são essenciais para trabalhar em vários contextos de investigação e de prática.” (Ribeiro, 2011, p. 42). No mesmo livro, Alves e colaboradores (2011) ressaltam que a interlocução multiprofissional é fundamental entre os profissionais da saúde.

Tendo em vista a perspectiva interdisciplinar e multiprofissional do Programa da UMESp, há professores com formação em Psicologia, Medicina e Ciências Sociais, cujas áreas de pesquisa são diversas, a saber: trabalho, saúde mental, violência, personalidade, neuropsicologia, avaliação psicológica, qualidade de vida, comunidade, psicofisiologia, dependência química, promoção de saúde, comportamento organizacional, psicanálise, adolescência, parto, justiça restaurativa etc. Quando consideramos que a Psicologia da Saúde fundamenta-se no modelo biopsicossocial, a formação dos docentes da UMESp atende diretamente tal fundamentação.

As atividades do Programa estão orientadas por três linhas de pesquisa, a saber: “Processos saúde-doença e psicofisiologia”; “Violência e adaptação humana”; “Trabalho, organizações e saúde.” “Essas linhas se assentam nas perspectivas da Psicologia da Saúde que visam à prevenção-tratamento de doenças e à proteção-promoção da saúde nos variados contextos.” (“Linhas de pesquisa,” s.d.a). A linha “Processos saúde-doença e psicofisiologia”:

desenvolve estudos no âmbito da consciência, dos afetos, da cognição, dos mecanismos neurofisiológicos e do comportamento. Neste contexto, fomentam-se pesquisas com ênfase na promoção, proteção, prevenção de riscos e de agravos à saúde de acordo com os eixos temáticos: processos psicossociais e saúde; psicopatologia, grupalidade e saúde; avaliação da personalidade; neuropsicologia, saúde mental e violência; consciência, atenção e neuroeletrofisiologia. (“Linhas de pesquisa,” s.d.a, para. 3).

Como podemos perceber na descrição dessa linha de pesquisa, há uma aproximação consistente com os aspectos biológicos da saúde, apesar de um dos eixos temáticos ser processos psicossociais e saúde.

A linha “Saúde, violência e adaptação humana” acolhe pesquisas que se dedicam mais especificamente aos aspectos sociais da saúde, como podemos observar na apresentação abaixo:

dedica-se ao estudo e à investigação de fatores de risco e de proteção envolvidos nas situações de violência, tanto na perspectiva do agressor quanto da vítima; investiga ainda conflitos e fatores de crise e adaptação humanas. Mais especificamente, procura examinar gênero, relações materno/paterno infantil, familiares e institucionais relacionadas à crise e à violência, bem como aqueles fatores que envolvem a proteção e restauração dos processos salutares. (“Linhas de pesquisa,” s.d.a, para. 4).

Já a linha “Trabalho, organizações e saúde” recebe trabalhos que se interessam pela investigação dos aspectos psicológicos da saúde:

estuda característica dos indivíduos, do trabalho e das organizações para predizer e proagir na gestão do comportamento e das organizações, visando o bem-estar do ser humano, de grupos e das organizações, visando o bem-estar do ser humano, de grupos e da organização. Investiga os níveis de análise individual, grupal e sistêmico, e suas dimensões dinâmicas. Examina processos de saúde e adoecimento psíquicos, vínculos que articulam pessoas e bem-estar, comportamentos individual, social e organizacional, poder e justiça organizacionais, conflitos grupais, violência, exclusão e movimentos sociais. Inscreve-se no campo do conhecimento e adota orientações teóricas da Psicologia Social e Organizacional, em interface com outras áreas das Ciências Humanas. Utiliza abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas. (“Linhas de pesquisa,” s.d.a, para. 5).

Um outro ponto que nos chama a atenção nesta última linha de pesquisa é a clareza quanto às orientações teóricas, assim como quanto à utilização das abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas, o que não acontece nas outras duas linhas.

Ainda a respeito das linhas de pesquisa do Programa da UMESP, podemos dizer que elas estão “divididas” de acordo com os aspectos da definição do conceito de saúde – completo bem-estar físico, social e psicológico.

Atualmente, o Programa conta com dez professores, número que aumentou desde o mapeamento que fizemos em 2015, o qual era de nove docentes, assim como no levantamento que fizemos em 2013. Sobre o crescimento da Psicologia da Saúde, vários autores (Castro & Bornholdt, 2004; Gorayeb, 2010; Cunha, 2016) afirmam que nos últimos anos têm ocorrido um aumento no interesse pela Psicologia da Saúde, o que conseqüentemente faz com que ocorra um aumento pela procura de programas de pós-graduação que oferecem a formação em tal Psicologia.

Nenhum docente do Programa da UMESP foi ou é bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq desde que começamos o mapeamento. Sacco e colaboradores (2016) afirmam que apenas 10 universidades concentram 56,7% dos pesquisadores contemplados com bolsas de produtividade, sendo que a maioria dos bolsistas estão em universidades públicas federais, o que não é o caso da UMESP.

Poucos professores são associados da ABPSA, enquanto vários docentes estão envolvidos diretamente com a revista *Mudanças – Psicologia da Saúde*, seja como revisor(a) e/ou membro do corpo editorial, seja como autor ou coautor de artigos. A revista é uma

publicação sob a responsabilidade do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da UMESP. Na delimitação do escopo lê-se:

[...] é um periódico científico semestral, que tem contemplado os avanços e as inovações metodológicas na Psicologia da Saúde, definida em correspondência à Health Psychology, Divisão 38 da American Psychological Association [...] É uma área interdisciplinar [...], que considera a saúde o resultado do conjunto de variáveis estudadas por diferentes profissionais. A Psicologia da Saúde corresponde, portanto, ao conjunto de ciências e de medidas de prevenção da doença mental e intervenção biopsicossocial e proporciona uma visão monista do ser humano, aquele que se constitui no principal motivo da atenção psicológica em programas de saúde. O periódico “Mudanças” tem fornecido espaço para que pesquisadores da área de saúde mental e afins publiquem artigos e divulguem os resultados de investigação psicológica, cabendo ao leitor a reflexão e as ações para uma saúde mental mais efetiva do cidadão. (“Publicações,” s.d.).

Atualmente, o *Qualis* do periódico é B4 em Psicologia, ou seja, uma avaliação baixa, sem fator de impacto. Vale destacar que na área de avaliação Interdisciplinar o periódico é avaliado com B2. A equipe editorial em sua totalidade é composta por atores humanos da UMESP. As categorias aceitas para publicação são as seguintes: resenhas de livros; artigos científicos e/ou clínicos originais; artigos de revisão da literatura; artigos de discussão metodológica em qualquer abordagem teórica, com delineamento de pesquisa definido e sobre temas relacionados à Psicologia da Saúde e suas interfaces; informativos (congressos, cartas, reuniões científicas, fóruns de debates, simpósios etc). As publicações começaram em 1993, mas estão disponíveis para acesso *online* as publicações a partir de 2005<sup>24</sup>, um ano antes da fundação da ABPSA.

Como apresentamos, o periódico abarca várias modalidades de publicação, assim como aceita a publicação de profissionais e pesquisadores de várias áreas e subáreas do conhecimento. O fato de o início da revista *Mudanças* ter começado a ter acesso *online* um ano antes da fundação da Associação nos faz pensar que o fortalecimento da Psicologia da Saúde na UMESP foi acontecendo aos poucos, a começar pelo início do Programa de Pós-graduação, seguido pela criação da revista *Mudanças* e, por último, pela fundação da ABPSA. Hoje, portanto, no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da UMESP, há tanto produção de conhecimento quanto divulgação do conhecimento da Psicologia da Saúde.

Além de ser possível publicar o que se produz no Programa no periódico *Mudanças*, ainda há a Editora Metodista, desde a década de 80, como um caminho de divulgação de conhecimento produzido na Psicologia da Saúde circunscrito na UMESP. Só para ilustrarmos, uma obra publicada da Editora, o livro “Psicologia da Saúde: teoria e pesquisa” foi escrito por

---

<sup>24</sup> Todos os números publicados desde 2005 estão disponíveis na página:  
<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/issue/archive>

professores e pesquisadores das Universidades do Algarve e Metodista de São Paulo, parceria já indicada por nós no tópico “Os eventos científicos da ABPSA.”

Todas estas (re)associações heterogêneas entre atores humanos e não-humanos têm contribuído para que a Psicologia da Saúde se amplie e ganhe consistência institucional na UMESP. Por isso, a composição da rede da Psicologia da Saúde na UMESP tem sido constituída a partir de ações e (re)associações institucionais.

### 3.2 Sobre o programa da UCDB

O Programa de Pós-graduação da UCDB em Psicologia, nota 4 desde o início do nosso mapeamento, conta com uma área de concentração e duas linhas de pesquisa<sup>25</sup>. A área de concentração intitulada “Psicologia da Saúde”

propõe pesquisas em Psicologia da Saúde enquanto ciência e profissão, tem um papel importante na otimização do trabalho multi, inter e transdisciplinaridade, promoção de saúde e a prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação, bem como a análise de sistemas de saúde, que possam satisfazer as demandas e necessidades de nossas populações. (“Psicologia da saúde,” s.d.).

É possível nesse Programa desenvolver pesquisas que envolvam um dos níveis de atenção de saúde (primária, secundária e terciária – hospitalar), além da possibilidade de se estudar os sistemas de saúde, levando em consideração as perspectivas multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar.

No nosso acompanhamento, a descrição da área de concentração se manteve a mesma. Já nas linhas de pesquisa identificamos, recentemente, a extinção e conseqüente substituição de uma delas. Até o mapeamento de 2015 existia a linha “Práticas em saúde e qualidade de vida”, além da linha “Políticas públicas, cultura e produções sociais”. Já em 2017 a primeira foi extinta e substituída por “Avaliação e assistência em saúde”, linha que está apresentada da seguinte maneira:

sustenta-se nas políticas contemporâneas no que tange aos aspectos de proteção, promoção e recuperação em saúde. Esta linha abarca estudos voltados para avaliação psicológica, psicopatologia e saúde mental, validação de medidas, procedimentos clínicos, perfil epidemiológico e medidas estatísticas, desenvolvidos no campo da Psicologia da Saúde, considerando características específicas dos contextos nos quais indivíduos e coletivos encontram-se situados. As pesquisas, a partir de distintas modalidades de avaliação, focalizam a articulação entre as dimensões psicológicas, biológicas e sociais relacionadas à saúde e qualidade de vida. (“Linhas de pesquisa,” s.d.b, para. 1).

---

<sup>25</sup> As informações referente ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da UCDB foram extraídas do site: <http://site.ucdb.br/cursos/4/mestrado-e-doutorado/32/mestrado-e-doutorado-em-psicologia/13135/> acessado em 04/04/2017

Como podemos perceber a perspectiva da qualidade de vida continua presente na linha de pesquisa, assim como o conceito de saúde mais recentemente adotado pela OMS<sup>26</sup>, o qual considera que a saúde abarca as dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Calvetti, Figuera, Muller e Poli (2006) enfatizam que é fundamental para o sucesso da Psicologia da Saúde o reconhecimento de sua complexidade e, que haja comprometimento com o modelo biopsicossocial, o que significa destacar a interdisciplinaridade e o desenvolvimento de teorias e pesquisas que considerem a natureza multivariada dos processos de saúde.

Já a linha “Políticas públicas, cultura e produções sociais” traz a seguinte descrição:

tem como característica investigações que focalizam a subjetividade a partir da articulação entre saúde, política, cultura e produções sociais. Sustenta-se nas discussões sobre Políticas Públicas e a expressão de indivíduos e coletivos a partir de certas condições de possibilidades relativas a trabalho, saúde, assistência social, educação, gênero, violência, pobreza, populações indígenas, ribeirinhas e sem-terra entre outras. Destaca a investigação de fenômenos humanos mediante a análise de aspectos políticos, culturais, econômicos, antropológicos e sociais que os constituem, situando os aspectos psicológicos dentro de contextos situados e datados. Desenvolve as investigações com base em procedimentos de análise de discurso, de conteúdo, semiótica, etnografia, representações sociais, cartografia, genealogia. (“Linhas de pesquisa,” s.d.b, para. 2).

Como podemos perceber é bastante ampla a apresentação dessa linha de pesquisa. No entanto, o foco mais explícito são as políticas públicas que para serem pensadas precisam ter a interdisciplinaridade como cerne, além do olhar para o contexto como um todo. As possibilidades metodológicas são variadas, frente às muitas vertentes de investigação.

As atividades do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UCDB iniciaram há duas décadas, mas o reconhecimento pela CAPES aconteceu em 2002. Inicialmente, assim como na UMESp, a formação oferecida era a de mestrado; já a formação de doutorado só iniciou em 2013. Hoje, o número de alunos de mestrado e de doutorado está bem equilibrado, conforme consta na página do Programa. (“Mestrado e doutorado em Psicologia,” s.d.)

Conforme descrição presente no site do Programa verifica-se como objetivo geral:

formar docentes e pesquisadores qualificados para o ensino e para a investigação dos processos de saúde contemporâneos por meio da análise de diferentes práticas, discursos e instituições contribuindo, assim, para a produção de conhecimentos e de estratégias de intervenção no campo da Psicologia da Saúde como uma ênfase da ciência psicológica. (“Objetivos do Programa,” s.d. para. 1).

Nos parece que o objetivo do Programa, portanto, se relaciona à uma Psicologia da Saúde voltada para as ações dos profissionais psicólogos quanto à promoção, prevenção e

---

<sup>26</sup> Em 1964, saúde passou a ser definida como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social”.

proteção em saúde, além da intervenção na prevenção de doenças. Para Alves e Eulálio (2011, p.65) “a prevenção de doenças é, entre todas as novidades das intervenções psicológicas na saúde pública/coletiva, a menos desenvolvida e conhecida”.

Em relação aos objetivos específicos observamos a seguinte descrição:

valorizar o diálogo interdisciplinar que se explicita na constituição de seu corpo docente, no acolhimento de acadêmicos com diferentes formações, na organização curricular e nas produções decorrentes das pesquisas, dissertações e teses. Busca-se, assim, criar e manter articulações com outros campos de conhecimento, a fim de enriquecer a área da Psicologia da Saúde. (“Objetivos do Programa,” s.d. para. 2).

Tais objetivos explicitam que o programa é, em sua essência, interdisciplinar, a começar pelo seu corpo docente que conta com professores formados em Psicologia, Medicina, Serviço Social, Pedagogia e Filosofia. Acreditamos que essa formação do corpo docente, juntamente com os discentes de diferentes áreas do saber, consiga agregar conhecimentos enriquecedores para a Psicologia da Saúde. Ramos-Cerqueira (1994) salienta que, ainda em 1989, em uma publicação da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), já havia a preocupação com a importância de uma formação interdisciplinar na área da saúde, fato que, dentre outros, constata a exigência da interdisciplinaridade na área da saúde.

O Programa tem atualmente onze professores, sendo poucos exclusivamente orientadores de Doutorado. O número de professores aumentou desde o início do nosso mapeamento, especialmente com o começo do Doutorado. Esse mesmo fenômeno, como apontamos anteriormente, aconteceu na UMESP. Jacó-Vilela e Degani-Carneiro (2015) nos chama a atenção para o fato de que, apesar de a Psicologia estar presente em instituições de saúde desde a década de 70, foi somente na década de 90 que “passou a ter *status* dentro da comunidade acadêmica e científica.” (Jacó-Vilela & Degani-Carneiro, 2015, p. 157). Ou seja, é recente a “entrada” da Psicologia da Saúde na ciência, evento posterior à “entrada” na prática. Vale ressaltar que desde o seu início em 1997 o Programa de Pós-graduação em Psicologia da UCDB vem se expandindo.

Dois professores são bolsistas de produtividade em pesquisa do CNPq, o que corresponde a 18% do corpo docente, ambos nível 2. Sacco e colaboradores (2016), em pesquisa sobre o perfil dos bolsistas de produtividade em pesquisa do CNPq na área da Psicologia, evidenciam em seus estudos que a maioria dos bolsistas que atuam na área da Psicologia estão na categoria 2, totalizando 204 (60,4%) pesquisadores nessa categoria no

triênio 2012-2014. Há projetos de pesquisa indicados como concluídos e vários em andamento, mas nenhum que investigue a Psicologia da Saúde.

Praticamente todos os docentes estão vinculados ao periódico do Programa, a *Revista Psicologia e Saúde*, como revisor(a), e/ou como editor(a), e/ou coautor(a). Este periódico é uma publicação do Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da UCDB, cuja missão é, conforme podemos observar no escopo da revista:

... difundir e promover o conhecimento científico mediante a transversalização da Psicologia com a saúde, a cultura e a sociedade. Incorpora produções científicas que abordam temáticas contemporâneas voltadas para o campo epistemológico que se abre nas fronteiras da Psicologia e Saúde, na articulação com cultura, política, epidemiologia, qualidade de vida, processos sociais e institucionais, direito, etc., apresentando, discutindo e permitindo reflexões críticas sobre: aspectos teórico-conceituais, metodológicos e modos de atenção (promoção, prevenção e intervenção), tanto no âmbito da saúde, especificamente, quanto no âmbito de políticas sociais e institucionais de modo mais geral. (“Missão,” s.d.).

Apesar de a Psicologia da Saúde não estar explicitamente citada na missão da Revista, percebemos uma total consonância com os objetivos do Programa, o que possibilita nesse periódico a divulgação do que ali se produz. Além da missão, encontramos na página do periódico que:

a Revista Psicologia e Saúde incorpora produções científicas que abordam temáticas contemporâneas voltadas para os campos da Psicologia e da Saúde, na articulação com cultura, política, epidemiologia, qualidade de vida, processos sociais, apresentando, discutindo e permitindo reflexões críticas sobre: aspectos teórico-conceituais, metodológicos e modos de atenção (promoção, prevenção e intervenção) tanto no âmbito da saúde, especificamente, quanto no âmbito de políticas sociais de modo mais geral. Pretende, assim, possibilitar a construção e o desenvolvimento de novos conhecimentos e ferramentas que atendam as demandas atuais de ensino, pesquisa e atuação profissional nessas áreas. (“Informações básicas,” s.d. para. 4)

Com essa proposta, as possibilidades de se publicar nesta Revista são vastas, pois há aceitação de trabalhos que envolvam todos os três níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária, ou hospitalar), cuja articulação pode-se entrelaçar à cultura, à política, à epidemiologia, à qualidade de vida e aos processos sociais que envolvam tanto a saúde quanto as políticas sociais.

Como benefício dos convênios do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UCDB a Revista:

[recebe] produções interinstitucionais tanto no âmbito da pesquisa, quanto de produções teóricas e intercâmbios docentes/discentes. Esses convênios fortalecem a necessidade da criação da Revista Psicologia e Saúde, na medida em que esta se torna um espaço de divulgação nacional e internacional de produtos que compõe essa área de conhecimento e prática. Os convênios são nacionais e internacionais e respondem a complexidade do campo da Psicologia e Saúde, tais como: École des Hautes Études en Sciences Sociales (França); UNILIM - Université de Limoges (França); CIAD - Centro de Investigación

en Alimentación y Desarrollo, A.C. (México); Universidad de Sonora, (México); AMEPSO - Asociación Mexicana de Psicología Social (México); ANDE - Associação de Equoterapia (Brasil); PROCAD com o Programa de pós-graduação da PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Brasil). (“Informações básicas,” s.d. para. 5).

Tais convênios elucidam as parcerias que a UCDB mantém com instituições europeias, latino-americanas e brasileiras, possibilitando a circulação de atores humanos e não-humanos, além da circulação dos textos produzidos na UCDB e/ou endereçados à *Revista Psicologia e Saúde*.

Desde que começamos o nosso mapeamento, a *Revista Psicologia e Saúde* melhorou seu *Qualis*, passou de B4 para B2, assumindo uma boa classificação, alcançando estratos mais altos na avaliação do *Qualis Periódicos*. O comitê editorial é composto em sua maioria por atores humanos da UCDB, enquanto o conselho editorial é todo composto por pesquisadores que não têm vínculos explícitos com a instituição; há vários de instituições internacionais. Esse cenário nos mostra que o periódico está almejando alcançar a excelência nacional.

As categorias aceitas para publicação são seis, a saber: estudos empíricos, estudos teóricos, revisão de literatura, artigos metodológicos, resenha e relato de experiência. Os primeiros número e volume datam o ano de 2009. Então, assim como na UMESP, o início da *Revista Psicologia e Saúde* é posterior ao início do Programa de Pós-graduação, caminho que é bastante natural nos programas de pós-graduação no Brasil.

Diante disso, podemos dizer que na UCDB o fortalecimento da Psicologia da Saúde aconteceu aos poucos, primeiro ocorreu a criação do Programa e posteriormente ocorreu a criação do periódico *Psicologia e Saúde*. O início da Revista marca a possibilidade de publicação do que se produz no Programa referente à Psicologia da Saúde.

A UCDB conta com uma editora, pela qual há várias publicações dos(as) professores(as) do Programa, seja como autor(a)/ coautor(a) de livros e/ou capítulos de livros. No entanto, não encontramos nenhuma publicação que se refira explicitamente à Psicologia da Saúde.

Quando buscamos associação(ões) entre a UMESP e a UCDB, não encontramos elementos significativos. Apenas há um ator humano da UCDB que é revisor da revista *Mudanças – Psicologia da Saúde*; o contrário não encontramos. Observamos ainda que há apenas uma publicação de um docente da UMESP na Revista da UCDB. Nenhum professor da UCDB está associado à ABPSA.

### 3.3 Sobre o programa da UFSM

O Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFSM<sup>27</sup>, assim como o Programa da UCDB, apresenta a Psicologia da Saúde como área de concentração. A nota do Programa é 3, desde quando iniciamos o mapeamento dos programas. Como apontamos anteriormente, o Programa iniciou suas atividades em 2009. Dentre os sete programas que se articulam com a Psicologia da Saúde, via nome, área de concentração ou linha de pesquisa, existentes no Brasil, o da UFSM foi o quarto a ser criado, e dentre os três que estamos utilizando no nosso estudo é o mais recente. Desde o seu início o Programa só oferece vagas apenas para o mestrado, diferentemente dos dois programas que apresentamos anteriormente, que ofertam também vagas para o doutorado. Até o ano de 2016 foram titulados 91 mestres.

Na apresentação do programa encontramos a seguinte descrição:

Impulsionado pela promoção de eventos nacionais e internacionais realizados na década de 2000, cujo foco foi Psicologia da Saúde e com a necessidade estratégica de programas de pós-graduação *stricto sensu* na região central do estado do Rio Grande do Sul, o Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria construiu o Programa de Pós-graduação em Psicologia. A Psicologia ampliou suas áreas de estudo e atuação, fato que tem gerado demandas pela construção de conhecimento adequando as necessidades do mundo contemporâneo. A Psicologia da Saúde se apresenta como uma área da psicologia, constituindo-se como um campo que pretende enfrentar as questões que envolvem o trabalho na área através da utilização dos conhecimentos e técnicas psicológicas direcionados aos cuidados da saúde e da doença, procurando estudar os processos que envolvem a promoção e manutenção da saúde, assim como a prevenção e o tratamento das doenças. O Programa tem como objetivo qualificar docentes e pesquisadores aptos para atender às necessidades contemporâneas dos diferentes níveis de promoção da saúde e de práticas psicológicas que respondam a esse desafio. (“Apresentação,” s.d.b).

Esta apresentação indica que a Psicologia da Saúde que é pensada no Programa da UFSM é voltada para os três níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária). Além do que já dissemos sobre isso anteriormente, consideramos ser relevante apontar o que González Rey (1997) assinala sobre o desenvolvimento da Psicologia da Saúde estar relacionado com o trabalho do profissional psicólogo no campo da prevenção e da promoção da saúde, assim como sua inserção em equipes interdisciplinares seja em instituições de saúde, seja no trabalho comunitário. A defesa do Programa, como verificado na apresentação, é de que a Psicologia da Saúde é uma área da Psicologia.

Quanto às linhas de pesquisa, não houve nenhuma mudança desde que iniciamos nossa pesquisa. São elas: “Saúde, desenvolvimento e contextos sociais” e “Intervenção em problemáticas da saúde”. A primeira, que conta com seis professores,

---

<sup>27</sup> As informações referente ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFSM foram extraídas do site: <http://w3.ufsm.br/ppgp/> acessado em 04/04/2017

envolve pesquisas nas interfaces da família, processos desenvolvimentais, contextos sociais e suas implicações para a saúde, abrangendo fenômenos, tais como: juventude, violência, vulnerabilidade, resiliência e risco psicossocial, dinâmicas e transições familiares e suas relações com o desenvolvimento humano nas fases iniciais e intermediárias do ciclo vital; transtornos de desenvolvimento socioemocional e cognitivo de bebês, crianças e adolescentes e estratégias de intervenção em diferentes níveis de atenção à saúde. (“Linhas de pesquisa,” s.d.c, para.1).

Se levarmos em conta o conceito de saúde, esta linha de pesquisa volta-se bastante para o âmbito social, apesar de também aceitar propostas que envolvam o desenvolvimento socioemocional e cognitivo de bebês, crianças e adolescentes, ou seja propostas que envolvam os dois primeiros ciclos do desenvolvimento humano. Já a linha “Intervenção em problemáticas de saúde”, que também tem seis docentes busca:

[desenvolver] pesquisas sobre problemas de saúde e processos de intervenção em diferentes contextos institucionais, abrangendo estudos sobre saúde psíquica em contextos de trabalho, em contextos hospitalares e nas políticas públicas. Inclui o desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicológica aplicados em diferentes contextos, estudos sobre cenários midiáticos e representações sociais nos espaços de intervenção psicossocial no campo da saúde, estudos em bioética e estudos sobre psicanálise e subjetividade. (“Linhas de pesquisa,” s.d.c, para.2).

O que chama a atenção nesta linha de pesquisa é a proposta de desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicológica. Capitão, Scortegagna e Baptista (2005) afirmam que a avaliação psicológica no âmbito da saúde é um importante recurso “para a sistematização dos vários aspectos do funcionamento dos usuários dos serviços de saúde e na elaboração de protocolos.” (Capitão, Scortegagna & Baptista, 2005, p. 75). Também nos chama a atenção o interesse em estudos em bioética e psicanálise, pois dentre os três programas sobre os quais estamos nos detendo este é o único que faz referência à esses campos.

O total de docentes atualmente no Programa é doze. Apenas um não é formado em Psicologia. Portanto, ao contrário do que acontece nos outros dois programas descritos no nosso trabalho, observamos um grupo de professores mais homogêneo quanto às formações da graduação quando comparamos com os dois outros programas. Isso, de um certo modo, nos indica que a interdisciplinaridade, característica marcante da Psicologia da Saúde, não se encontra tão presente como nos demais programas investigados.

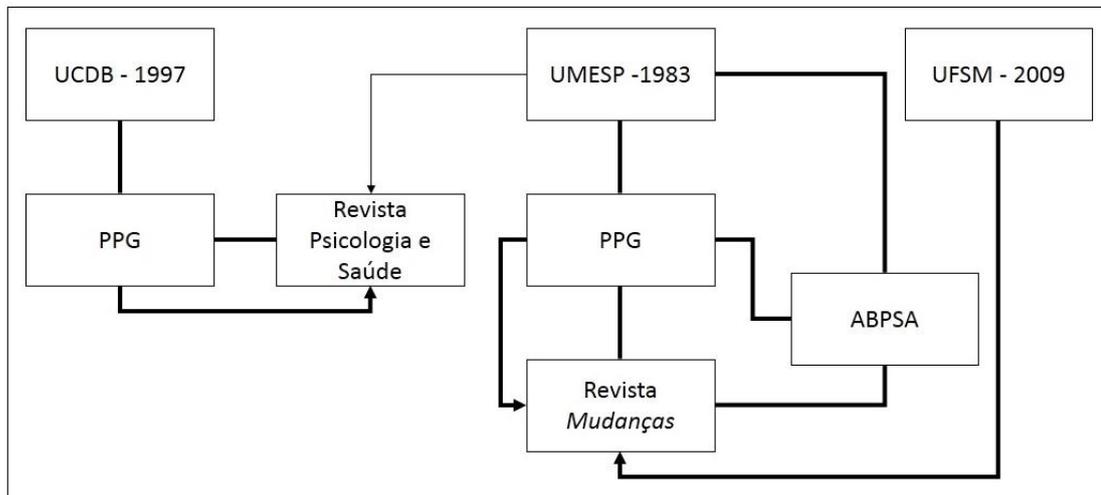
O Programa da UFSM ainda não tem um periódico, tampouco, os docentes da UFSM, participam como revisores ou membros de corpo editorial das revistas alocadas nos programas já apresentados. No entanto, há publicações de vários professores na revista *Mudanças – Psicologia da Saúde*, o que demonstra que o periódico alcança e é reconhecido pelos professores da UFSM.

Apesar de ainda não ter um periódico, a UFSM tem uma editora, Editora Santa Maria, onde os docentes podem publicar livros e/ou capítulos de livros. No nosso mapeamento encontramos algumas publicações, dentre elas a do livro *Psicologia e Saúde: pesquisas e reflexões*, que foi organizado por uma professora do Programa.

No corpo docente do programa há duas bolsistas de produtividade em pesquisa do CNPq, categoria 2, o que corresponde à 16,7% do grupo de professores. Outro ponto, convergente aos bolsistas do Programa, que os autores chamam atenção, refere-se à presença maciça de mulheres nesse cenário, constituindo a maioria das bolsistas na área da Psicologia.

No processo de associação, verificamos ligações com a UMEESP, mais especificamente com a ABPSA. Uma das docentes da UFSM está compondo a atual Diretoria da ABPSA. Há, ainda, como já mencionado, as associações via publicação de docentes da UFSM na revista *Mudanças*. Quando pensamos especificamente nas associações entre a UMEESP, a UCDB e a UFSM, que no nosso mapeamento foram as instituições que se sobressaíram no Brasil quanto à um projeto científico da Psicologia da Saúde, percebemos, na rede, associações mais intensas e associações menos intensas, seja por intermédio da ligação institucional (Universidade e Programa, por exemplo), dos atores humanos, do fluxo de publicações nas respectivas revistas, tal como apresentamos esquematicamente na Figura 1.

**Figura 1 - Rede das Psicologias da Saúde no Brasil a partir dos Programas estudados**



**Fonte: elaborada pela autora.**

As linhas em negrito representam a intensidade, em um nível maior, das relações entre as instituições. A ligação por linhas simples, revela menor grau de intensidade. Já as três ligações mediadas por setas marcam um fluxo, que embora menos intenso, acontece em decorrência da publicação nas revistas. Como apresentado na figura acima, podemos observar

certa dispersão da Psicologia da Saúde, em especial da UFSM. Não há, ainda, um actante que se associa a todos os demais atores da rede, tampouco um actante que esteja completamente fora da rede. Quanto mais atores os actantes criam e se conectam/associam, mais “fortes” eles se tornam, tornando o fluxo mais intenso, como é o caso da UMESP. Ser ou não ser um actante “forte” está relacionado ao tempo que o mesmo existe; quanto mais antigo o actante mais “forte” ele se apresenta. Podemos perceber também um “caminho” comum: os programas de pós-graduação, com o tempo, criam um periódico que facilita o fortalecimento científico da Psicologia da Saúde naquela instituição, o que, conseqüentemente, fortalece o desenvolvimento das Psicologias da Saúde no Brasil, pois amplia as possibilidades de visibilidade dessa Psicologia.

A teoria ator-rede diz que humanos e não humanos performam juntos para produzir efeitos. (GALINDO, VILELA, MOURA, 2012).

#### 4 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA DA SAÚDE (ABPSA)

Para construir esse capítulo nosso trajeto foi iniciado pela entrada no *site* da ABPSA, cujo intuito era mapear o que fosse possível acerca dessa Associação. Algumas questões que nos nortearam foram: em que contexto a ABPSA foi criada? Quais atores participaram da fundação? Quais eventos científicos a Associação promove? A quais outros atores a ABPSA está associada?

No decorrer do nosso estudo foram feitas constantes investigações na página da entidade para acompanhar os movimentos da Associação. A partir das informações recolhidas no *site* sobre quem eram os atores humanos envolvidos com a Associação, buscamos os dados nos respectivos currículos *Lattes*.

Portanto, nesse momento da tese, nossa atenção está voltada para a ciência em ação da Psicologia da Saúde no Brasil que é produzida pela Associação Brasileira de Psicologia da Saúde, de modo a elucidar como a mesma tem participado do cenário brasileiro, em seu percurso, entrelaçamentos e (re)associações no que tange ao (des)envolvimento dessa Psicologia.

Nas informações que recolhemos na página da ABPSA, encontramos o esforço de narrativa histórica de fundação de um novo modo de produzir conhecimento em torno da Psicologia da Saúde atrelado aos objetivos da Associação.

**A Associação Brasileira de Psicologia da Saúde**, também designada pela sigla ABPSA, fundada em 14/11/2006, é uma associação de direito privado e fins sociais, com fins não econômicos, autônoma, com prazo de duração indeterminado e propósitos científicos e educacionais [...]. A ABPSA tem por finalidade promover a produção e divulgar o conhecimento científico e tecnológico na área de Psicologia da Saúde. Para atingir esta finalidade, a ABPSA deverá:

- a - Desenvolver o status científico da área por meio do estímulo à pesquisa, à comunicação e publicação de resultados de investigações, bem como da melhoria dos métodos e condições de pesquisa.
- b - Contribuir para o aprimoramento da prática profissional da área.
- c - Facilitar a troca de informação, conhecimento e experiência entre seus membros, estimulando iniciativas que viabilizem redes de apoio mútuo.
- d - Manter intercâmbio e parcerias com outras associações e entidades nacionais e internacionais científicas e profissionais.
- e - Promover a disseminação do conhecimento científico e de tecnologias para a sociedade em geral.
- f - Contribuir para o contínuo desenvolvimento da Psicologia. (“Sobre nós,” s.d.).

A partir dessa narrativa e do mapeamento realizado encontramos um esforço de desenvolvimento do status científico por tal Associação, uma vez que a mesma vem promovendo, participando e divulgando eventos locais, regionais, nacionais e internacionais específicos da Psicologia da Saúde. Sabemos que em tais eventos há espaços provocadores de troca de informações, conhecimento e experiências entre os participantes. Como se lerá a diante

no nosso trabalho, os eventos promovidos pela ABPSA contam com a parceria de outras instituições cujo interesse de discussão se relaciona com a Psicologia da Saúde.

A fundação da Associação decorreu de uma resolução do Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo (UMESP), que funciona no interior do estado de São Paulo. Para a reunião de fundação estiveram representadas seis instituições de ensino superior brasileiro e uma portuguesa, incluindo cinco programas de pós-graduação.

Três programas de pós-graduação estavam representados entre os(as) presentes: o Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da UMESSP; o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e o Programa de Pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano da Universidade de São Paulo (USP)<sup>28</sup>. Dessas instituições, duas – a UMESSP e a UFU –, naquele momento, tinham a formação *stricto sensu* específica em Psicologia da Saúde. Atualmente, somente a primeira continua com a formação *stricto sensu* específica em Psicologia da Saúde.

A UMESSP contava com a área de concentração Psicologia da Saúde, assim como ainda é nos dias atuais, além de ser o nome do Programa. A UFU tinha a Psicologia da Saúde como uma linha de pesquisa. Atualmente essa instituição conta com a linha Processos psicossociais em saúde e educação. Conseguimos identificar essa mudança na UFU, porque fizemos um mapeamento dos programas de pós-graduação brasileiros no ano de 2013 e outro no ano de 2015 para acompanharmos a avaliação dos mesmos pela Capes no período correspondente ao da nossa pesquisa.

Os dois programas de pós-graduação que estavam representados pelos(as) docentes ausentes foram o Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e o Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Sobre as instituições representadas pelos(as) ausentes encontramos duas brasileiras e uma estrangeira, Faculdade de Engenharia Química de Lorena (FAENQUIL), Escola de Engenharia de Lorena/ Universidade de São Paulo (EEL/USP) e Instituto Superior Miguel Torga (ISMT – Portugal). Em nenhum destes programas há a área de concentração, tampouco a linha de pesquisa “Psicologia da Saúde”.

Quando recorremos às informações dos currículos Lattes sobre a trajetória dos docentes que assinaram a Ata de Fundação da ABPSA, encontramos filiações teóricas diversas quanto à

---

<sup>28</sup> Todas as informações acerca dos atores foram retiradas dos currículos Lattes dos mesmos. Todas as informações lançadas no Lattes são de responsabilidade dos pesquisadores.

área de atuação, assim como variadas linhas de pesquisa. A área mais indicada pelos atores foi a de “tratamento e prevenção psicológica”, seguida pela área de “psicologia do desenvolvimento humano”. A “psicologia da saúde” aparece como a terceira mais indicada.

Como o nosso foco é na Psicologia da Saúde enquanto projeto profissional e científico, buscamos nos currículos tal Psicologia como área de atuação e/ou linhas de pesquisa e encontramos como formação mínima o mestrado<sup>29</sup>, a docência como atividade profissional e várias áreas de interesses<sup>30</sup>, além da participação em revistas dessa Psicologia<sup>31</sup>. Nesse sentido, quando focamos na trajetória acadêmica e profissional desses atores humanos, a Psicologia da Saúde enquanto projeto científico tem muito mais consistência quando comparamos com a prática profissional, que é nomeada como Psicologia Clínica Hospitalar, Psicologia Hospitalar, dentre outras nomenclaturas. As várias áreas de interesse indicam a multiplicidade da Psicologia da Saúde, quando pensamos na proposta de Mol (2002).

Na ocasião da fundação, um docente do Programa de pós-graduação em Psicologia da Saúde da UMESP foi indicado para ser o presidente da ABPSA. Em sua primeira fala como presidente, ainda no dia da fundação, afirmou a

necessidade de constituir uma entidade capaz de representar, defender e amparar os pesquisadores e profissionais da área citada [Psicologia da Saúde], tendo em vista as dificuldades do nosso tempo e os avanços do sistema de produção do conhecimento científico no Brasil e no mundo. (“Ata de fundação,” 2006).

Apesar de esta fala incluir, no desejo pela cientificidade, não somente os pesquisadores, mas, também, os profissionais da Psicologia da Saúde, nosso mapeamento, no momento da fundação da ABPSA, indicou um número mais considerável de pesquisadores entre os que participaram do que de profissionais. Tal fato pode promover um distanciamento entre o projeto científico e o projeto profissional da Psicologia da Saúde, pois o diálogo acaba se restringindo às questões que envolvem a proposição e o desenvolvimento de pesquisas, tendo em vista que quem está na prática profissional encontra-se distante das discussões do âmbito científico.

A primeira Diretoria Executiva eleita, também na ocasião da fundação, foi composta por nove nomes, todos docentes de programas de pós-graduação, representantes de seis

<sup>29</sup> Mestrados em Psicologia, Psicologia da Saúde, Psicologia Clínica e Psicologia Social. Doutorados em Saúde Mental, Psicologia Clínica e Psicologia Educacional. Pós-doutorados em Psicologia da Saúde e Saúde Mental.

<sup>30</sup> Saúde pública; promoção de saúde na escola; saúde mental; prevenção e tratamento de dependência de drogas; psicologia comunitária e da saúde; sofrimento e adaptação humana; abuso de substâncias; paternidade; família; violência doméstica; psicologia organizacional; psicologia clínica; psicologia do desenvolvimento humano; psicologia do envelhecimento; psicologia escolar; psicologia social e de grupos etc.

<sup>31</sup> Revista Mudanças e Revista Psicologia, Saúde & Doenças. Esta última é uma publicação da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.

instituições brasileiras de ensino superior<sup>32</sup>. Mais uma vez, vemos uma predominância do projeto científico. Sabemos que docentes de programas de pós-graduação se envolvem em projetos de pesquisa, em editoração de revistas científicas, participam de eventos científicos, dentre outros afazeres que são característicos do âmbito científico.

Todos os(as) docentes, que participaram da fundação da ABPSA e que compuseram a primeira Diretoria, têm formação em Psicologia, mas uma se formou em uma área afim antes de se formar em Psicologia. Essa Diretoria permaneceu entre os anos de 2006 e 2008. Entre os anos de 2009 e 2014 não encontramos dados relativos à composição da Diretoria da ABPSA. Desde 2015, quando iniciamos o mapeamento da ABPSA, a Diretoria da Associação permanece a mesma.

Na composição atual, a Diretoria conta com dezesseis participantes. Há uma representação institucional estrangeira – Universidade de Algarve – e oito instituições de ensino superior brasileiras representadas, cuja predominância é da UMESP. No total são dez pessoas ligadas à essa universidade direta ou indiretamente. Essa composição aponta que as associações, do ponto de vista do social tal como é proposto por Latour (2012), se concentram e estão ligadas predominantemente na UMESP, pois, como dito anteriormente, a ABPSA foi criada com o protagonismo evidente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde dessa Universidade, além de ser a responsável pela Revista Mudanças, que é um periódico direcionado para a Psicologia da Saúde.

Dos dezesseis participantes da atual Diretoria, cinco estavam na primeira gestão; apenas uma não está diretamente ligada à UMESP. Além da UMESP, encontramos docentes de outras sete instituições de ensino superior<sup>33</sup> e um representante de Prefeitura Municipal. Do total de participantes, doze são docentes de programas de pós-graduação *stricto sensu*, enquanto os demais ou lecionam na graduação ou estão envolvidos com pesquisas voluntariamente ou estão cursando a pós-graduação *stricto sensu*.

A partir dos currículos Lattes mapeamos a trajetória dos participantes da atual diretoria e novamente encontramos diversas filiações quanto à área de atuação e linhas de pesquisa. Novamente a “Psicologia da Saúde” aparece como terceira área de atuação mais indicada; já

---

<sup>32</sup> Universidade Metodista de São Paulo (UMESP), Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Engenharia Química de Lorena (FAENQUIL) e Escola de Engenharia de Lorena/ Universidade de São Paulo (EEL/SP).

<sup>33</sup> Universidade de Taubaté (UNITAU), Universidade Paulista (UNIP), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Braz Cubas (UBC), Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU) e Centro Universitário São Camilo/SP.

como linha de pesquisa, foi indicada por apenas um, que é docente da UMESP.

Quando buscamos nos currículos daqueles(as) que indicaram como área de atuação e/ou linha de pesquisa a Psicologia da Saúde, encontramos novamente o mestrado como titulação mínima, a docência ou a pesquisa como atividade profissional e variadas áreas de interesse, além da atividade de revisor ou editor de periódico. As variadas áreas de interesse novamente indicam a multiplicidade que abarca a Psicologia da Saúde, quando pensamos na proposta de Mol (2002).

De um modo geral, tanto na descrição acerca da fundação da ABPSA, quanto na descrição sobre a atual Diretoria há uma diversidade de filiações temáticas, públicos específicos e diálogos interdisciplinares que é possível ser acompanhado quando lemos as declarações que os pesquisadores fazem em seus Lattes. Além disso, do ponto de vista institucional, há prevalência de uma filiação – a UMESP –, seja como docente, como aluno ou como pesquisador(a) voluntário(a). É como se a UMESP, enquanto um actante da Psicologia da Saúde, abarcasse múltiplos atores em uma performatividade pulverizada.

A maioria dos componentes da atual Diretoria são docentes de programas de pós-graduação *stricto sensu* e um de programa de mestrado profissional. Identificamos que cinco programas brasileiros de pós-graduação *stricto sensu* estão representados atualmente<sup>34</sup>, além de um programa internacional – Universidade de Algarve. Esse cenário que envolve uma universidade internacional é um movimento de aproximação com instituições estrangeiras que há mais tempo reconhece a Psicologia da Saúde como área do conhecimento. Tal aproximação possibilitou à ABPSA promover eventos em parceria com universidades estrangeiras, assim como o intercâmbio de pesquisadores entre as instituições.

Dessas instituições, duas – a UMESP e a UFSM – têm a formação *stricto sensu* específica em Psicologia da Saúde. A UMESP, como já mencionamos, apresenta a Psicologia da Saúde como o nome do programa e como a área de concentração. Já a UFSM expressa a formação em Psicologia da Saúde como área de concentração, enquanto o programa é em Psicologia. Ambas as instituições já tinham esse desenho quando fizemos o primeiro mapeamento dos programas de pós-graduação, em 2013. A diferença que identificamos foi no detalhamento das descrições das áreas de concentração e linhas de pesquisa, especialmente no programa da UFSM. Na descrição atual dos objetivos do Programa da UMESP aparece o seguinte:

---

<sup>34</sup> Universidade Metodista de São Paulo (UMESP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade de São Paulo (USP), Universidade de Taubaté (UNITAU) e Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

capacitar novos pesquisadores e docentes em Psicologia da Saúde e levantar novas questões, aprofundar e refletir sobre os conhecimentos da psicologia que visem contribuir para a promoção e a proteção da saúde em todos os contextos, para prevenção e tratamento de doenças e todos os tipos de comportamentos e disfunções relacionados. (“Apresentação,” s.d.a).

Já na descrição atual do Programa da UFSM consta que “o Programa [...] oferece uma formação que busca capacitar seus alunos à realização de atividades de ensino, pesquisas e intervenções no campo da Psicologia da Saúde, baseada no compromisso ético e responsabilidade social.” (“Apresentação,” s.d.b).

Praticamente todos os docentes que são membros da atual diretoria têm formação em Psicologia, com exceção de dois. Um tem formação em Medicina e outra que, além da Psicologia, se formou em Pedagogia, o que já nos indica que a Psicologia da Saúde recebe atores de áreas afins. Quando buscamos, pelo Lattes, os bolsistas de produtividade, nos quais há a terminologia “Psicologia da Saúde” encontramos também pesquisadores de áreas afins à Psicologia, a saber, além da medicina e da educação, as ciências sociais, a enfermagem, a farmácia e a assistência social. Especificamente sobre as profissões da saúde, Rumin (2013, p. 31) afirma que “é possível visualizar a articulação histórica da Psicologia ao cenário dos cuidados em saúde, a partir do emprego de construtos em Psicologia”, merecendo destaque a promoção da saúde, a atenção a reação relativa ao diagnóstico da doença, a pediatria e a relação do profissional de saúde com a pessoa adoecida.

Quando mapeamos a trajetória acadêmica dos cinco membros que estiveram na Diretoria da ABPSA no primeiro momento e se mantêm na composição atual, encontramos a USP, a UMESP, a UNICAMP, a PUC Campinas e a Universidade de Algarve como as instituições responsáveis pela formação dos representantes. Todos são docentes de programas brasileiros de pós-graduação e, portanto, têm o título de doutor(a).

As titulações *stricto sensu* mais prevalentes entre esses docentes são em Psicologia da Saúde e Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano. Com o objetivo de apresentar esse mapeamento mais detalhado elaboramos o Quadro 2.

**Quadro 2 – Titulações dos atores das duas diretorias da ABPSA**

| <b>Atores<sup>35</sup></b> | <b>Graduação</b>          | <b>Especialização<br/><i>latu sensu</i>/<br/>Instituição</b> | <b>Mestrado/<br/>Instituição</b>                      | <b>Doutorado/<br/>Instituição</b>               | <b>Pós-<br/>doutorado/<br/>Instituição</b>            |
|----------------------------|---------------------------|--|---|---|---|
| Ator 1                     | Psicologia                | Não informada  | Psicologia/ PUC<br>Campinas                           | Saúde Mental/<br>Unicamp                        | Psicologia<br>da Saúde/<br>Universidade<br>de Algarve |
| Ator 2                     | Psicologia                | Psicologia/<br>UMESP   | Psicologia da Saúde/<br>UMESP                         | Psicologia Escolar e do<br>Desenvolvimento/USP  | Não<br>informado                                      |
| Ator 3                     | Psicologia                | Não informada  | Psicologia da Saúde/<br>UMESP                         | Psicologia Clínica/<br>USP                      | Não<br>informado                                      |
| Ator 4                     | Psicologia                | Não informada  | Não informada   | Psicologia Escolar e do<br>Desenvolvimento/ USP | Não<br>informado                                      |
| Ator 5                     | Pedagogia e<br>Psicologia | Não informada  | Psicologia Escolar e<br>do<br>Desenvolvimento/<br>USP | Psicologia Escolar e do<br>Desenvolvimento/USP  | Não<br>informado                                      |

**Fonte: Elaborado pela autora.**

Resumidamente, notamos que todos(as) são doutores, apenas um(a) tem pós-doutorado, apenas um(a) não informou ter mestrado, apenas um(a) tem especialização *latu sensu*, apenas um(a) tem também uma segunda graduação, além da Psicologia, e dois atores não têm nenhuma titulação específica em Psicologia da Saúde.

Desses cinco atores, apenas um não leciona na UMESP. Especificamente sobre as funções nas duas gestões da ABPSA, todos mantiveram a mesma função, revelando nenhum movimento de mudança.

Um outro ponto que identificamos entre todos os professores relaciona-se ao envolvimento deles com periódicos, merecendo destaque a revista *Mudanças - Psicologia da Saúde*, publicação do programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da UMESP, e a revista *Psicologia, Saúde e Doenças*, periódico da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Com exceção da representante que não leciona na UMESP, os demais têm artigos publicados na revista *Mudanças - Psicologia da Saúde*, além de capítulos de livros publicados pela editora Metodista, que é da UMESP, trabalhos e resumos publicados em anais de congressos promovidos pela ABPSA e/ou com instituições parceiras dessa entidade.

A partir do mapeamento da ABPSA conseguimos perceber a hegemonia da UMESP, como actante, na Associação, tendo em vista que vários atores são docentes nesta instituição e participam ativamente do que se relaciona à mesma, como o periódico, os eventos e os outros

<sup>35</sup> Chamaremos os atores por números para evitar que sejam facilmente identificados. Todas as informações foram retiradas dos currículos Lattes dos atores, lembrando que todas elas são inseridas por eles próprios.

materiais produzidos e divulgados pela editora Metodista. Portanto, há uma homofonia da Psicologia da Saúde no Brasil quando a Associação Brasileira de Psicologia da Saúde é descrita.

Atualmente<sup>36</sup>, a ABPSA tem em torno de cem associados. Algumas dessas pessoas indicam ter ou terem tido vínculo com a UMESP, como professor ou aluno, em especial do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde, o qual será apresentado e descrito adiante. Anteriormente, no início do ano de 2016<sup>37</sup>, a ABPSA tinha quinze associados; o maior número, com exceção de dois associados, indicava ter ou ter tido vínculo com a UMESP.

Na comparação entre o número de associados identificamos uma certa oscilação. Na primeira oportunidade de consulta, em abril de 2015, o número de associados superava a marca de oitenta<sup>38</sup>. Acreditamos que essa oscilação pode estar relacionada à ocorrência de eventos promovidos pela ABPSA, pois o último aumento de associados(as) coincide com o derradeiro congresso – *V Congresso Brasileiro, IV Congresso Iberoamericano e IV Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* realizado pela Associação em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina – que aconteceu em outubro de 2016.

No início do ano de 2016, encontramos duas páginas no *Facebook*<sup>39</sup> da ABPSA. Uma estava desatualizada desde o final do mês de agosto do ano de 2011; a última postagem tinha acontecido em 23/08/2011, sendo que a primeira postagem em março de 2011; nenhuma publicação de visitantes havia sido respondida e/ou curtida pela associação; o total de curtidas na página era muito pequeno – não alcançava seiscentas; tudo isso indica que essa página está inutilizada pela associação. A outra página indica ter sido criada em 2014<sup>40</sup>; as publicações basicamente se referem à eventos promovidos pela ABPSA. Em abril de 2017<sup>41</sup>, quando voltamos à página para atualizar o mapeamento, encontramos um grande número nas curtidas da página – quase 3.000. A última publicação na página ocorreu no final de outubro de 2016. Portanto, percebe-se que a página tem sido pouco utilizada e explorada pela ABPSA.

#### **4.1 Os eventos científicos da ABPSA**

A ABPSA, como toda entidade científica, promove periodicamente congressos em sua área, a Psicologia da Saúde. Os eventos encontram-se sintetizados no Quadro 3 e descritos em

<sup>36</sup> Consulta realizada em 11/04/2017 na página <http://www.abpsa.com.br/associados>

<sup>37</sup> Consulta realizada em 28/02/2016 na página <http://www.abpsa.com.br/associados>

<sup>38</sup> Consulta realizada em 07/04/2015 na página <http://www.abpsa.com.br/associados/>

<sup>39</sup> <https://www.facebook.com/Associa%C3%A7%C3%A3o-Brasileira-de-Psicologia-da-Sa%C3%BAde-198038363558103/timeline>. Acesso em 28/02/2016.

<sup>40</sup> <https://www.facebook.com/psicologiadasaudeoficial/> Acesso em 28/02/2016.

<sup>41</sup> <https://www.facebook.com/psicologiadasaudeoficial/> Acesso em 11/04/2017.

seguida.

**Quadro 3 – Congressos promovidos pela ABPSA e entre instituições internacionais**

| <b>Congresso</b>   | <b>Ano</b> | <b>Instituição(ões)/ País</b>  | <b>Tema</b>  |
|--|------------|--|--|
| V Congresso Brasileiro<br>IV Congresso Iberoamericano<br>IV Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde               | 2016       | UFSC/ Brasil   | Psicologia da Saúde: os desafios da formação na perspectiva da integralidade |
| IV Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde   | 2014       | UNITAU/ Brasil   | Saúde e Políticas Públicas   |
| III Congresso Ibero- Americano de Psicologia da Saúde  | 2014       | ABPSA, SPPS, Colégio Oficial de Psicologia de Andalucía Occidental, Universidade de Sevilla, Asociación Española de Psicología Conductual/ Espanha | Não encontrado   |
| II Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde e III Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde                 | 2013       | ABPSA, Universidade de Algarve e Asociación Española de Psicología Conductual/ Portugal  | Não encontrado   |
| III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e IV Jornada Científica do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFSM | 2012       | UFSM/ Brasil   | Trabalhos integrados em Saúde: desafios e perspectivas                       |
| I Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde e II Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde                   | 2011       | ABPSA, SPPS e Universidade de Algarve/ Brasil  | Transformações socioculturais e promoção da saúde                            |
| II Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde   | 2010       | UFU/Brasil   | Qualidade de Vida e Bem-Estar  |
| I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde   | 2009       | ABPSA e SPPS/ Portugal   | Experiências e intervenções em Psicologia da Saúde                           |
| I Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde  | 2007       | UMESP  | Saúde e Ciclo de Vida  |

**Fonte: Elaborado pela autora.**

O *I Congresso Brasileiro*, que ocorreu na UMESSP em 2007, contou com a participação de diversos profissionais da área da saúde, pesquisadores e estudantes. Esse evento ocorreu no ano seguinte ao da fundação da Associação Brasileira de Psicologia da Saúde. Com a amplitude do tema “Saúde e Ciclo de vida” percebemos que o evento não foi direcionado especificamente para os profissionais da Psicologia, o que mais uma vez nos indica que a Psicologia da Saúde recebe atores de áreas afins.

Em busca de fortalecimento e crescimento das pesquisas e discussões da Psicologia da Saúde, a ABPSA buscou parcerias com instituições internacionais, como a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, o Colégio Oficial de Psicologia de Andalucía Occidental, a Universidade de Sevilla, a Asociación Española de Psicología Conductual e a Universidade de Algarve. Sobre a parceria com a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Jesus &

Resende (2006) afirmam que se iniciou em 2002, no *16th Conference of the European Health Psychology Society* ocorrida em Lisboa, que contou com a participação de dois professores da UMESSP. É importante ressaltar que tais parcerias foram construídas em países – Portugal e Espanha – nos quais a Psicologia da Saúde já possui uma consolidação e reconhecimento como área de conhecimento. Como resultado dessas parcerias mapeamos eventos em conjunto, que em um primeiro momento foram intercalados com os congressos nacionais, o que não se repetiu na última edição, na qual houve a unificação do Congresso Brasileiro com os congressos Luso-Brasileiro e Ibero-Americano.

O *I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde*, que aconteceu em Portugal, teve como objetivo “contribuir para o desenvolvimento da Psicologia da Saúde, respectivamente em Portugal e no Brasil”<sup>42</sup>. O tema do evento, “Experiências e intervenções em Psicologia da Saúde”, nos indica que o enfoque desse congresso foi essencialmente a prática da Psicologia da Saúde. Na carta de boas-vindas, o coordenador da comissão organizadora, informa que

face ao elevado volume de trabalhos realizados neste domínio da Psicologia da Saúde em cada um dos países [Brasil e Portugal] e no sentido de permitir uma maior partilha das experiências e das intervenções realizadas em Portugal e no Brasil, surgiu a ideia de começar a organizar um Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde. A alternância entre os Congressos nacionais, em cada um dos países e o Luso-Brasileiro permite uma maior actualização na divulgação dos resultados obtidos nas investigações realizadas neste domínio (...). (Jesus, 2009).

O convite do coordenador, ainda na carta de boas-vindas, voltou-se a profissionais e estudantes de outros países para participarem, além de Portugal e do Brasil, com a perspectiva de que se pudesse traduzir o desenvolvimento de redes internacionais de investigação em torno dos temas da Psicologia da Saúde.

O *II Congresso Brasileiro*, que ocorreu na UFU, contou com 400 participantes, 34 trabalhos inscritos e apresentados em simpósios dentro das áreas temáticas e mais de 100 pôsteres. Como o tema do evento foi “Qualidade de vida e bem-estar” ampliou-se a participação para profissionais não apenas da psicologia. Segundo Jesus e Rezende (2006):

estudar os factores que podem proporcionar bem-estar e qualidade de vida das pessoas e dos grupos, nas mais diversas situações e contextos de desenvolvimento e interacção, e contribuir para a promoção de estilos de vida saudável, é um dos principais domínios actuais da Psicologia da Saúde. (Jesus & Rezende, 2006, p.124)

---

<sup>42</sup> Informação retirada do site da Administração Regional de Saúde do Algarve, Ministério da Saúde na página <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/?q=node/2205>. Acesso em 28/02/2016.

Os temas dos dois primeiros congressos brasileiros indicam, mais uma vez, que há multiplicidade na Psicologia da Saúde e que, portanto, é uma Psicologia aberta à construção. Neme e Rodrigues (2003, p. XI) salienta que “a Psicologia da Saúde pode constituir-se em importante canal de interlocução transdisciplinar.”

Na época do congresso na UFU havia nessa instituição uma linha de pesquisa intitulada Psicologia da Saúde. Mas, a partir de 2015 esta linha de pesquisa foi extinta. No nosso mapeamento encontramos a seguinte descrição, presente no *site* da instituição, sobre essa linha de pesquisa:

dada a complexidade do fenômeno saúde-doença e a necessidade de compreendê-lo para se propor formas de intervenção nos diferentes níveis de prevenção, a Psicologia da Saúde pressupõe uma visão do homem integral em processo de crescimento contínuo, vivendo em um ambiente físico-social que também está em mudança constante. Dessa forma, a Psicologia da Saúde, eixo temático com vocação eminentemente interdisciplinar, visa a construção e a validação de instrumentos de pesquisa e investigação psicológica adaptados à realidade nacional e regional para se conhecer as condições psicossociais do indivíduo e da coletividade e propor formas de intervenção. Além disso, a Psicologia da Saúde investiga as mudanças psicossociais vividas pelo indivíduo durante todo seu processo evolutivo, visando a promoção da qualidade de vida e bem-estar psicológico desde a infância até a velhice. (“Psicologia preventiva...,” s.d.).

Tal descrição está em consonância com o tema que fora definido para o congresso que aconteceu na UFU em 2010.

Ainda sobre a UFU, na primeira Diretoria da ABPSA a universidade esteve representada, o que não ocorre na gestão atual. A trajetória da pessoa que representou a UFU no momento inicial da Associação perpassou pela UMESP, o que de alguma forma contribuiu para que a mesma estivesse como actante na fundação da ABPSA.

Até a finalização da tese não conseguimos detalhamento sobre o *I Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde e II Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde*, evento que ocorreu no Brasil, pois não encontramos nenhum conteúdo na nossa busca na internet. O que podemos apontar sobre esse evento é que não houve uma sistematização desse momento, como aconteceu nas edições posteriores e que a aproximação dos idealizadores brasileiros e portugueses do Congresso Luso-Brasileiro aconteceu aos poucos, segundo Jesus (2009<sup>43</sup>), intensificando-se nos últimos anos. Além disso, a proposição do tema “Transformações socioculturais e promoção da saúde” reforça a afirmação de Silva (2002) de que a Psicologia da Saúde deve se apropriar de práticas voltadas para a promoção da saúde, conectando a Psicologia da Saúde com um contexto mais profissional.

---

<sup>43</sup> Informação retirada do site da Universidade de Algarve, na página <http://www.eventos.ualg.pt/CIPS/carta.html>. Acesso em 28/02/2016.

No *III Congresso Brasileiro*, houve apresentações de mais de 60 pôsteres, aproximadamente 40 comunicações orais, cerca de 80 trabalhos completos apresentados em mesas-redondas e mais de 20 minicursos. O congresso, nos dizeres que consta na apresentação dos Anais:

propiciou a divulgação de trabalhos de pesquisa, a troca de experiência e a discussão dos impasses e possibilidades de se realizar diferentes tipos de trabalho com os indivíduos e suas comunidades, através da conjugação de esforços de profissionais de diferentes áreas de formação. (Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde, 2014, p. 9).

Com o tema “Trabalhos integrados em Saúde: desafios e perspectivas” buscou-se como público-alvo pesquisadores, profissionais e estudantes de diversas áreas de conhecimento que reconhecem a complexidade do trabalho no campo da saúde, além das demandas de distintas áreas do conhecimento.

Como apresentado no Quadro 3 este congresso aconteceu na UFSM juntamente com a IV Jornada Científica do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade. Nesse Programa, conforme dito anteriormente, a área de concentração é intitulada Psicologia da Saúde e as duas linhas de pesquisa são “saúde, desenvolvimento e contextos sociais” e “intervenções em problemáticas da saúde.” Pela primeira vez assistimos um evento em que houve uma articulação direta entre o congresso e um programa de pós-graduação explicitamente voltado para a Psicologia da Saúde, o que indica a tentativa de viabilizar o diálogo entre as áreas afins e fomentar a consolidação da produção científica.

Em Portugal aconteceu o *II Congreso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde* e *III Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde*, que contou com a participação de 13 países<sup>44</sup> e de cerca de 500 profissionais entre pesquisadores, estudantes de pós-graduação e graduação. A participação de países do continente americano e africano, de expressão portuguesa, revela a dimensão “cada vez mais global da rede de colaborações existentes no domínio da Psicologia da Saúde.” (Jesus, 2013, p.265).

Foram mais de 500 trabalhos apresentados no *II Congreso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde* e *III Congresso Luso-brasileiro de Psicologia da Saúde*. Posteriormente, foi publicado um número especial na revista *Psicologia: Saúde e Doenças*, com os onze trabalhos enviados pelos autores, número que é explicado por Jesus (2013) da seguinte maneira:

---

<sup>44</sup> Alemanha, Angola, Brasil, Cabo Verde, Colômbia, Costa Rica, Espanha, França, México, Portugal, Qatar, Reino Unido e São Tomé e Príncipe.

Foram recebidas 34 propostas de artigos para publicar. No entanto, embora todos eles cumprissem os critérios de qualidade pretendidos, apenas 11 cumpriram as normas da revista e as normas estipuladas previamente para esta publicação. São artigos que incidem sobre temas diferenciados da Psicologia da Saúde, expressando a amplitude e até a interdisciplinaridade que caracterizam este domínio da Psicologia. (Jesus, 2013, p. 265).

Embora a definição do tema deste evento não ter sido encontrada, observamos, com base nessa edição produto do evento, que houve um enfoque da Psicologia da Saúde enquanto uma Psicologia interdisciplinar, reforçando a sua multiplicidade. Jesus e Rezende (2006, p.123) ressaltam que “a construção da Psicologia da Saúde como campo de estudos interdisciplinares implica numa busca das intersecções de variáveis individuais e coletivas implicados na produção de práticas de saúde e doença.”

O *III Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde* aconteceu na Espanha, demonstrando um avanço quanto à internacionalização da ABPSA, pois além de instituições portuguesas, passa a ter instituições espanholas como parceiras. Na tendência contrária à expansão de parcerias este foi o evento que obtivemos o menor número de informações, a começar pelo tema do congresso.

Na carta de boas-vindas do *IV Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde* (2014) o presidente da ABPSA argumenta que a escolha do tema do evento – “Saúde e Políticas Públicas” – foi oportuna, e a justifica pela “presente conjuntura social e política brasileira, marcada pelo incremento das manifestações de diversos grupos sociais em luta por avanços na construção de uma sociedade mais justa e solidária.” (Rezende, 2014, p. 10). Além disso, reforça que o Sistema Único de Saúde (SUS), decorrente da Constituição de 1988, é um programa do Estado brasileiro que deve garantir a assistência à saúde a todos os brasileiros. Sobre a realização do congresso na UNITAU, instituição que está representada na atual Diretoria da ABPSA, apesar de não ter programa de pós-graduação voltado especificamente para Psicologia da Saúde, o presidente considera que tal realização é “um tributo ao prestigiado Departamento de Psicologia pela contribuição na formação de reconhecidos profissionais e pesquisadores da Psicologia brasileira.” (Rezende, 2014, p.10). Em seguida relaciona a Psicologia da Saúde ao tema do evento da seguinte forma:

A Psicologia da Saúde é uma disciplina voltada para a promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento de doenças, pode-se, assim, diferenciar promoção de saúde de prevenção de doenças. A *promoção de saúde* aplica-se a população em geral, considera as condições de vida relacionadas com o bem estar social, mental e físico – economia, política, formação educacional, estilo de vida, estruturas psicológicas, vínculos familiares, amizades, suporte social, vida sexual, cultura, esportes, lazer. Neste aspecto esta conceituação distancia-se na noção tradicional de que cuidar da saúde é tratar ou prevenir doenças por profissionais de saúde para incluir a participação do indivíduo, da população e da sociedade em defesa da vida. Assim, amplia-se e desloca-se a noção de saúde do âmbito das ciências biomédicas,

para o campo dos valores políticos fundamentais, no qual a qualidade de vida e a construção da cidadania democrática são indissociáveis. (Rezende, 2014, p. 10).

O último evento nacional – *V Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde* – ocorreu em 2016 na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), instituição que possui programa de pós-graduação em psicologia, mas não especificamente na Psicologia da Saúde, tampouco tem relação direta com a ABPSA. Dessa vez, o evento aconteceu juntamente com o *IV Congresso Ibero-americano* e com o *IV Congresso Luso-brasileiro de Psicologia da Saúde*, unificando três congressos, de cunho nacional e de alcance internacional. Um dos objetivos deste evento foi celebrar os dez anos da fundação da ABPSA.

O tema abordado dessa vez foi “Psicologia da Saúde: os desafios da formação na perspectiva da integralidade.” Para Rumin (2013), no nosso país, a Psicologia da Saúde foi pensada a partir da integralidade das ações em saúde, mesmo que haja uma dificuldade para a efetivação dessa perspectiva. Dessa forma, o evento, pela primeira vez, intitula a discussão da Psicologia da Saúde como tema do congresso, o que pode sugerir um esforço à produção, do ponto de vista latouriano, de uma caixa-preta, já que os actantes intermediários transportam um conhecimento sem modificá-lo, indicando um ponto de estabilidade até que outros eventos que abram a controvérsia aconteçam.

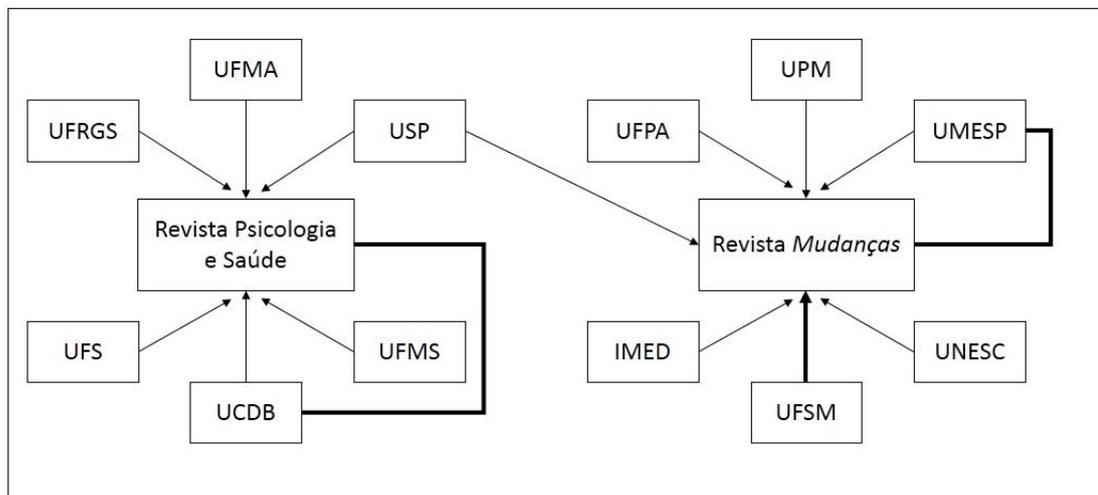
Quando o pesquisador se permite escolher os caminhos privilegiados para seguir os atores e o faz conscientemente, produz-se [...] uma situação específica, a um momento específico, segundo determinado pesquisador (CASTRO, 2008: 61).

## 5 PRODUÇÕES DA PSICOLOGIA DA SAÚDE NO BRASIL

Partindo do pressuposto de Latour (2000, p. 90) de que os textos embora possam parecer “aborrecidos e sem vida, de um ponto de vista superficial,” carregam um potencial caso o leitor se proponha a desvendar os desafios colocados, é que assumimos a ideia de tecer uma rede. Buscamos as (re)associações dos textos que tratam da Psicologia da Saúde no Brasil nos periódicos associados aos programas de Pós-graduação descritos anteriormente. Partimos da ideia de que as produções encontradas também são actantes envolvidos no desenvolvimento dessa Psicologia.

A Figura 2 revela o fluxo de associações referentes aos periódicos alocados nos programas da UCDB e da UMEPS. No nosso mapeamento buscamos as seis instituições que mais publicaram nas revistas nos últimos cinco anos. Destaca-se, novamente, a ausência de conexão interinstitucional entre a UMEPS e a UCDB. A USP aparece como a única instituição com publicações nas duas revistas, tal como apresentado, esquematicamente, a seguir.

**Figura 2 - Rede dos periódicos alocados nos Programas, a partir das publicações**



**Fonte: elaborada pela autora.**

Para esse tópico, buscamos apresentar e discutir o modo como a Psicologia da Saúde aparece nas produções desenvolvidas nos programas de pós-graduação da UCDB, UMEPS e UFSM. Nossa escolha por esse caminho está ancorada na ideia da complexidade que seria mapearmos todos as produções nacionais sobre a Psicologia da Saúde. A busca foi conduzida pelo seguinte critério: estudos que discutem o desenvolvimento da Psicologia da Saúde no Brasil. Inicialmente realizamos uma busca no Banco de Teses e Dissertações da CAPES<sup>45</sup>

<sup>45</sup> <http://bancodeteses.capes.gov.br/banco-teses/#/>

utilizando o descritor “Psicologia da Saúde”. Em seguida, utilizamos os seguintes filtros: (1) Instituição - Universidade Católica Dom Bosco; (2) Nome do Programa – Psicologia; (3) Área Concentração – Psicologia da Saúde. Nessa busca encontramos 50 dissertações de mestrado e 1 tese de doutorado. O mesmo critério foi utilizado para a segunda instituição: (1) Instituição – Universidade Metodista de São Paulo; (2) Nome do Programa – Psicologia da Saúde; (3) Área Concentração – Psicologia da Saúde. Nessa busca encontramos 48 dissertações de mestrado. A pesquisa foi igualmente realizada para a UFSM, na qual foram encontradas 79 dissertações de mestrado: (1) Instituição – Universidade Federal de Santa Maria; (2) Nome do Programa – Psicologia; (3) Área Concentração – Psicologia da Saúde. Após a leitura dos títulos dos 178 trabalhos encontrados, identificamos uma (1) dissertação de mestrado, defendida na UFSM, com estudo sobre o desenvolvimento da Psicologia da Saúde no Brasil. Os demais trabalhos são, em sua maioria, estudos empíricos que versam sobre perspectivas clínicas, qualidade de vida, promoção da saúde e questões de saúde e doença.

Dado o número reduzido de trabalhos encontrados, partimos para uma busca de artigos publicados nos periódicos vinculados aos Programas. Igualmente, utilizamos o descritor “Psicologia da Saúde” nos campos de busca das referidas revistas. Na revista *Mudanças – Psicologia da Saúde* foram localizados 9 artigos. Desses, após leitura dos títulos e resumos, apenas 1 foi selecionado, conforme critério. Na *Revista Psicologia e Saúde* foram localizados 66 artigos, sendo selecionado apenas 1, após leitura dos títulos e resumos. Além dos 2 artigos selecionados, o presente capítulo traz a leitura de uma dissertação de mestrado defendida na UFSM. A escolha por essa dissertação deu em decorrência do fato de ela apresentar uma relação explícita com a Psicologia da Saúde, com discussão teórica sobre tal Psicologia no país.

### **5.1 Na revista *Mudanças – Psicologia da Saúde*, artigo de Alves e colaboradores (2011)**

O artigo de Alves e colaboradoras (2011), intitulado *Psicologia da saúde: abrangência e diversidade teórica*, buscou conhecer os discursos da Psicologia da Saúde em revistas com publicação nacional. A justificativa para a proposição do estudo perpassa pela ideia de que a Psicologia da Saúde é um tema novo, amplo, não consensual e que não existe um acordo em relação à delimitação e abrangência.

Especificamente sobre a abrangência, as autoras chamam a atenção para o fato de que há um “diálogo travado entre pesquisadores [...] sobre a existência de uma diferença formal entre a psicologia clínica e a psicologia da saúde” (Alves *et al.*, 2011, p. 2), sendo que os questionamentos dizem respeito à hierarquia de pertencimento: a Psicologia da Saúde é mais

ampla do que a Psicologia Clínica e a última é uma de suas intervenções ou é o contrário, a Psicologia Clínica é que é mais abrangente do que a Psicologia da Saúde?

Segundo as autoras, estudiosos estadunidenses, europeus e cubanos, como Matarazzo, Godoy, Simon, Teixeira e Lovelle, são defensores de que a Psicologia da Saúde é uma disciplina de abrangência ampla, considerando sua autonomia em relação a clínica. As autoras chamam atenção para o fato de que, na perspectiva dos autores mencionados, a Psicologia da Saúde se centra em intervenções voltadas para os diversos níveis de atenção (primária, secundária e terciária), com práticas atreladas à saúde geral. Nas palavras de Alves e colegas (2011):

Para os referidos autores, os principais elementos que identificam a psicologia da saúde são: a amplitude das intervenções em todos os níveis de atenção, o cuidado com a saúde geral e a independência em relação à psicologia clínica. A psicologia clínica e a hospitalar são concebidas como aplicações da psicologia da saúde, diferenciadas apenas pelo nível da atenção. (Alves *et al.*, 2011, p.2).

A autonomia em relação à clínica está presente nas afirmações dos pesquisadores da região de Lisboa, em Portugal. Todavia, o artigo chama atenção para a presença de estudiosos, especialmente naquele país, que não fazem distinção entre a Psicologia da Saúde e a Psicologia Clínica, chegando a denominar Psicologia Clínica da Saúde.

Nos discursos nacionais, as autoras recorrem a pesquisadoras renomadas, como Spink (1992, 2011), que produz constante diálogo entre a Psicologia Social e a Saúde. Alves e colaboradoras (2011) marcam o entendimento dessa autora acerca da amplitude da Psicologia Social enquanto uma área capaz de abarcar aplicações de saúde. Nas palavras das autoras:

Para ela [Spink] a psicologia da saúde é considerada um novo campo de saber que se reestrutura a partir das recentes mudanças na forma de inserção da psicologia na saúde e a abertura de novos campos de atuação do psicólogo. A autora [...] afirma que a psicologia social dá conta dos temas de saúde geral sendo a psicologia da saúde uma área de especialização da psicologia social. (Alves *et al.*, 2011, p.3).

Yamamoto e Cunha (1998); Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002); Castro e Bornholdt (2004) são outros pesquisadores brasileiros os quais as autoras reconhecem como importantes para a discussão da Psicologia da Saúde ou Psicologia Clínica. Para eles a Psicologia Clínica é igualmente ampla e capaz de abarcar as práticas de saúde em geral. Alves e colaboradoras (2011) em diálogo com Yamamoto e Cunha (1998), assinalam que para esses autores “o campo da saúde é entendido como área ampla que abriga um *continuum* de práticas clínicas até as práticas da psicologia social. Não sendo, inclusive, a psicologia hospitalar uma área nova de aplicação da psicologia, mas um local propício às intervenções de saúde.” (Alves *et al.*, 2011, p.3).

As autoras recorrem a Castro e Bornholdt (2004) que discutem a distinção entre os conceitos de Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar. Para estas, essa distinção se relaciona aos diferentes marcos teóricos que respaldam a prática do(a) psicólogo(a) e sua atuação no campo social. Com isso,

o alcance das práticas interventivas da disciplina psicologia da saúde associa-se a um campo de atuação profissional bastante vasto com diversos ambientes e contextos, desde hospitais até as próprias moradas dos indivíduos. Este fato ressalta a interdisciplinaridade desta área, na qual o psicólogo, em virtude do vasto campo de atuação, interage com diferentes profissionais sanitários, realizando pesquisas e promovendo também a intervenção clínica. (Alves *et al.*, 2011, p.3).

À medida que a Psicologia passa a se interessar pela promoção da saúde e pela prevenção de doenças, inicia-se um deslocamento do modelo clínico tradicional de diagnosticar e tratar. Com o surgimento de programas como o Programa de Saúde da Família (PSF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), dentre outros foi necessária a constituição de equipes multidisciplinares, de modo que o trabalho do psicólogo nestas equipes exige o estabelecimento de um diálogo interdisciplinar. (Alves *et al.*, 2011)

As discussões apresentadas pelas autoras nos permitem identificar certa “disputa” quanto à denominação e caracterização do que, de fato, é Psicologia da Saúde. A imprecisão toma acento quando as autoras apresentam estudos que buscam delimitar a Psicologia da Saúde a partir da Psicologia Social ou da Psicologia Clínica. Além disso, percebemos que há uma polissemia quanto à terminologia do que venha a ser denominado Psicologia da Saúde. Em relação a esse fato, temos observado que se trata de uma característica marcante dessa Psicologia.

Quanto à regionalização, apesar da Psicologia da Saúde estar, como apontado por Alves e colaboradoras (2011), consolidada em certas regiões, em alguns países da América Latina a formação ainda se concentra mais nos cenários da pós-graduação; além disso, os estudos são precários para possibilitar intervenções incisivas que considerem as especificidades e contextos socioeconômicos de cada região. Spink (1992) chama a atenção para a precária formação nos programas curriculares desses profissionais. Em consonância com esse ponto, Alves e colaboradoras (2011) afirmam que

essa formação atualmente deficitária reflete o desconhecimento dos profissionais psicólogos quanto ao que seja a psicologia da saúde, evidenciando que muito trabalho tem de ser realizado para garantir a consolidação da psicologia da saúde no Brasil. [...] é preciso seguir investigando na produção de conhecimento da psicologia da saúde, visando chegar a uma coerência em termos teóricos e consolidar o campo de práticas do psicólogo da saúde. (Alves *et al.*, 2011, p. 4).

No Brasil, “estão em processo de consolidação algumas linhas de pesquisa que se relacionam ao campo da psicologia da saúde.” (Alves *et al*, 2011, p.3). Como já mencionado nessa pesquisa, desde 2011, ano em que o texto de Alves e colaboradores foi publicado, quatro programas de pós-graduação passaram a ter a Psicologia da Saúde como temáticas seja na área de concentração ou linha de pesquisa.

Aguiar e colaboradores (2004) assinalam que existem inúmeros psicólogos trabalhando na área da saúde, sob distintas orientações teóricas, fato corroborado na pesquisa de Alves e colaboradoras (2011). Destaca-se que um dos achados das autoras, nos artigos analisados, foi a diversidade no que diz respeito às abordagens, teorias e instrumentos empregados no campo da Psicologia. As autoras afirma que esse dado “ratifica a vocação para ser a psicologia uma ciência multifacetada que abriga várias correntes teóricas e metodológicas.” (Alves *et al*, 2011, p. 6).

Concluimos que o estudo das autoras apontam a existência de uma Psicologia da Saúde que, embora se constitua de modo multidisciplinar, ainda tem seus conceitos com pouca capilaridade nos meios acadêmicos, marcando uma dificuldade em produzir consensos bem como uma maior entrada nos espaços de prática profissional. As autoras marcam, nas considerações finais, que se trata de uma Psicologia “abrangente e difusa”, reforçando a necessidade de constante discussão buscando o mapeamento e consolidação da Psicologia da Saúde.

## **5.2 Na Revista *Psicologia e Saúde*, artigo de Daneluci (2013)**

O artigo de Daneluci (2013), intitulado *Psicologia e saúde como campo de interrogações*, busca, por meio de uma revisão de literatura, problematizar a relação entre a Psicologia e a Saúde. Para tal, a autora apresenta os seguintes questionamento: há diferenças entre as áreas da Psicologia e da Saúde? A existência de uma remete a outra? Porque ainda falamos da inserção do psicólogo na área da saúde? A defesa da autora é de que houve “mudanças no interior da Psicologia, tanto teóricas como de modelos e locais de atuação, com foco na área da Saúde”, culminando em “fragmentações no interior do próprio campo da Psicologia, o que gerou diversas expressões e até especializações, como a Psicologia da Saúde e Hospitalar.” (Daneluci, 2013, p. 18). Nessa direção, verificamos um posicionamento explícito “na contramão dessas divisões, questionando o que compõe a Psicologia em sua singularidade, sem adjetivos e preposições.” (Daneluci, 2013, p.18). Para embasar seu argumento, a autora

discute a impossibilidade de pensar a Psicologia desvincilhada de uma noção de saúde, como se pode verificar no fragmento a seguir:

Nosso entendimento é de que sendo o conceito e o campo da Saúde, interdisciplinar, podemos pensar a Psicologia como uma das ciências presentes/ integrantes nesse conceito/campo, não havendo mais necessidade de se falar sobre Psicologia na ou da Saúde, uma vez que a relação entre ambas não a excluem e nem a colocam em posições estanques ou complementares. Ou seja, não haveria uma Psicologia sem uma concepção embasada de Saúde e vice-versa, remetendo desta forma a existência de uma a outra. (Daneluci, 2013, p.22).

A autora sustenta que a “disputa” de terminologias, como Psicologia da Saúde, Psicologia na Saúde, Psicologia Hospitalar, etc., seria desnecessária, pois na concepção da Psicologia já há a pressuposição do conceito de Saúde, assim como no conceito de Saúde já existe implicada a concepção da Psicologia, haja visto que o conceito de saúde integra as perspectivas psicológica, biológica e social.

Com o intuito de sustentar as ideias defendidas no artigo, a autora traça um percurso de distinção entre o que corresponde ao campo da Saúde e o que corresponde ao campo da Psicologia. Iniciando pelo campo da Saúde, Daneluci (2013) apresenta um entrecruzamento de conceitos, políticas e economia que está presente nacional e internacionalmente. Para tanto, recorre a autores como Mario De Marco (2003), Christophe Dejours (1996), Mary Jane Spink (1992, 2007, 2011), Magda Dimenstein (1998, 2000, 2001), Isabel Oliveira (2005), Jose Bleger (1982), Martha Traverso-Yépez (2001), Adriane Roso (2007), Augusto Angerami-Camon (2000), Chiattonne (2000) e referências do Ministério da Saúde, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2006) e a Portaria nº154 (Ministério da Saúde, 2008) que cria os Núcleos de Apoio à Saúde as Família.

No que diz respeito aos conceitos, em diálogo com De Marco (2003), a autora assinala que o campo da saúde foi fortemente influenciado pelo método cartesiano, o qual valoriza os aspectos observáveis, com ênfase no organismo doente e menosprezando os demais aspectos (psicológicos, sociais, ambientais e culturais). Portanto, nessa concepção a saúde é vista como ausência de doença, e esta é tida como um conjunto de sintomas.

Ressalta-se que em 1948 a OMS colocou em cheque esse paradigma e definiu a saúde como sendo o “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de enfermidade ou invalidez.” No entanto, Dejours (1996) citado por Daneluci (2013) critica esse conceito considerando a impossibilidade de se definir e viver um estado de completo bem-estar. A ampliação desse conceito estaria ancorado no agrupamento de elementos (fisiológicos, psicossomáticos e psicopatológicos) que possibilitaria compreender que “a saúde para cada

homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original em direção ao bem-estar físico, psíquico e social.” (Dejours *apud* Daneluci, 2013, p.11).

No campo político, liderado pelo movimento sanitarista da década de 70 e 80, a Saúde passa a ser considerada como direito social no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988.

O capítulo Saúde aparece nos artigos de 196 a 200, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) parte de um Sistema maior, o Sistema de Seguridade Social. O SUS foi regulamentado pelo conjunto de duas leis: Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) n°. 8080 e Lei Orgânica Complementar (8.142/90). (Daneluci, 2013, p. 19).

Como consequência, o conceito de saúde se modificou e passou a ser visto como o “resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.” (Ministério da Saúde *apud* Daneluci, 2013, p.19). Nessa perspectiva, passa a ser necessário que o trabalho na área da saúde seja realizado por vários profissionais. Nesse ponto, vale retomar a discussão produzida por Ferreira Neto (2011), que marca um deslocamento no âmbito tanto da formação quanto da atuação da Psicologia no cenário brasileiro. O autor aponta que no final da década de 1980 a Psicologia no Brasil começou a entrar no campo social das políticas públicas. Com a consolidação do SUS instaura-se um compromisso de formar profissionais com habilidades e competências condizentes com as demandas presentes na área da saúde.

Com isso, verificamos uma presença da Psicologia tanto na definição do conceito como nas políticas. Além disso, outros acontecimentos também foram fundamentais para alterar o modelo da formação e atuação em Psicologia, como: o fim da ditadura militar, o fortalecimento dos movimentos sociais, os questionamentos quanto à função do psicólogo e sua especificidade (Daneluci, 2013). Dimenstein (1998, 2000, 2001) citada por Daneluci (2013) assinala, ainda, que a entrada da Psicologia na saúde esteve atrelada à crise econômica, pela retração do mercado liberal, e a luta pela democracia da atenção psicológica.

Ao contrário do que ocorreu no início da ditadura militar, em que houve um fortalecimento da noção individualizante e psicologizante, consolidando a atuação do profissional liberal; a crise econômica e, conseqüente, retração do mercado, atrelada ao processo de redemocratização e expansão do setor público via consolidação de políticas públicas, marca a ascensão da Psicologia na esfera social. Nas palavras de Ferreira Neto (2011, p.30), “o que testemunhamos acontecer [desde então] foi a contratação em ritmo crescente de ‘trabalhadores sociais’ para o trabalho nas chamadas áreas sociais, na saúde pública (SUS)”,

dentre outras políticas. O autor aponta, ainda, que “a nova tendência implementou condutas mais propositivas e atividades mais vinculadas a instituições” (Ferreira Neto, 2011, p. 29).

Um outro aspecto a ser considerado e que, no diálogo com Bleger (1982), a autora nos chama a atenção, é o caráter pluralista e fragmentado da Psicologia. Há uma variedade de escolas e subescolas, métodos e técnicas, correntes e ideologias, o que faz com que a problematização em torno de uma Psicologia ou várias PsicoLOGIAS, correspondendo cada uma delas a uma ciência em si, seja algo necessário ao debate da produção de ciência, considerando a fragmentação e dispersão desta área do conhecimento. Destaca-se que na Psicologia há uma constante e viva discussão em torno de seu objeto ou objetos. (Daneluci, 2013).

Daneluci (2013), após a breve apresentação dos campos da Saúde e da Psicologia, ressalta que há, dentro desses campos, pluralidade, e “que a partir de determinado momento histórico e teórico passaram a dialogar.” (Daneluci, 2013, p. 20). A autora ressalta que embora o diálogo sempre tenha existido não se fazia de modo explícito, frente, talvez, aos conflitos existentes no interior desses campos. Nesse ponto, atentamos para o fato de que a Psicologia da Saúde propõe um intenso diálogo entre a Psicologia e a Saúde, recebendo resquícios desses conflitos, o que pode interferir em sua construção e consolidação.

Após delimitar as áreas da Psicologia e Saúde, construindo seus distanciamentos e aproximações, Daneluci (2013) se questiona acerca da interdependência entre os campos, ou seja se a existência de um campo remete à existência do outro. Para tanto, a autora apresenta o início da Psicologia da Saúde na década de 70 com a definição de Matarazzo como um marco histórico. A definição deste autor, conforme argumenta o artigo, passou a valorizar os fenômenos sociais no processo saúde-doença e a enfatizar a atenção primária. A autora recorre à Spink para afirmar “a Psicologia da Saúde surge como novo campo de saber, diferenciando-se da Psicologia Clínica tradicional.” (Daneluci, 2013, p. 20).

No diálogo com Spink (1992, 2007, 2011), há uma diferenciação entre a Psicologia da Saúde e a Psicologia Social da Saúde. O profissional que atua com esta última assume uma postura crítica, sendo “um profissional que não foge da complexidade e transita dos microprocessos de produção de sentido às questões institucionais e políticas.” (Spink *apud* Daneluci, 2013, p.20)

Outros autores utilizados na argumentação do artigo, Traverso-Yépez (2001) e Roso (2007), interrogam os avanços práticos da Psicologia da Saúde, afirmando que esta mantém os padrões reducionistas e individualizantes. “Embora todos demonstrem vontade de que a Psicologia da Saúde seja uma prática verdadeiramente emancipadora, ainda continuamos presos

em modelos que priorizam a modificação de comportamento, mesmo quando trabalhamos sob o prisma da prevenção.” (Roso *apud* Daneluci, 2013, p. 20).

Na América Latina, segundo Castro e Bornholdt (2004) citados por Daneluci (2013), a institucionalização da Psicologia da Saúde ocorreu por volta dos anos 80, sendo Cuba o primeiro país, em 1984, a promover um encontro sobre a Psicologia da Saúde, no qual culminou a fundação da Associação Latino-Americana de Psicologia da Saúde (ALAPSA). Consideramos ser importante ressaltar que no nosso mapeamento, a ALAPSA aparece citada em alguns textos como uma entidade representativa da Psicologia da Saúde na América Latina que tem exercido um importante papel no desenvolvimento dessa Psicologia, no entanto a mesma não aparece associada às instituições que se sobressaíram na nossa investigação, tampouco aparece associada aos docentes dessas instituições.

No Brasil, como temos a tendência de especializações, somos, como já dissemos, um dos únicos países onde há a especialidade “Psicologia Hospitalar”. Para Castro e Bornholdt (2004) citados por Daneluci (2013), essa nomenclatura se justifica na medida em que se dirige ao nível terciário, enquanto que a Psicologia da Saúde contempla todos os níveis de atenção. Nesse sentido, Daneluci (2013) recorre à Angerami-Camon (2000) e a Chiattonne (2000) para os quais seria mais adequado considerar a Psicologia Hospitalar como uma subespecialidade da Psicologia da Saúde.

Diante de tais discussões apresentadas pelos autores, Daneluci (2013, p. 21), afirma que “a relação entre Psicologia e Saúde aparece por meio de uma preposição, em que compete a uma especialidade fazer tal relação. Nesse ponto, questionamos se a Psicologia por si só já não estabelece (ou deveria) tal relação com a Saúde.” Para a autora a saúde é uma área presente na prática de todo profissional em Psicologia, tomando arranjos específicos conforme o local de atuação. Tal fato poderia tornar redundante dizer da inserção do psicólogo na área da saúde.

Ademais, podemos dizer que para Daneluci (2013) utilizar a relação entre a Psicologia e a Saúde é intrínseca à ambas as áreas. Sendo assim falar em Psicologia da Saúde é desnecessário, tendo em vista que a ciência Psicologia está diretamente conectada ao campo Saúde. A autora conclui que tanto o campo quanto a política são elementos que fomentam a construção de um profissional da saúde, sendo o maior desafio para a Psicologia lidar com a fragmentação existente.

### 5.3 Na dissertação de Silva (2010) – defendida na UFSM

A dissertação de mestrado de Silva (2010), *O perfil de saúde de estudantes universitários: um estudo sob o enfoque da psicologia da saúde*, defendida em 2010, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM, foi selecionada por conter um capítulo teórico sobre a Psicologia da Saúde propondo uma relação explícita com essa Psicologia. As demais dissertações defendidas no Programa são estudos voltados exclusivamente para a dimensão da prática em Psicologia da Saúde.

O objetivo da autora em sua dissertação foi “investigar a qualidade de vida, bem-estar psicológico e características relacionais em estudantes universitários.” (Silva, 2010, p.39). Para tanto utilizou uma ficha de dados sociodemográficos, dois questionários e um inventário para avaliar 367 estudantes de graduação. A autora parte de um capítulo teórico em que discute a Psicologia da Saúde, os conceitos de saúde, qualidade de vida e bem-estar psicológico. Em seguida, apresenta o estudante universitário e sua saúde para, posteriormente, descrever o perfil de saúde dos sujeitos pesquisados.

Já na introdução, Silva (2010) recorre a autores (Ogden, 2000; Stone, 1979; Matarazzo, 1980; Bloom, 1988) que se enveredam pelos caminhos da Psicologia da Saúde para esclarecer o uso e a inclusão de seu trabalho nesta Psicologia. Para a autora a Psicologia da Saúde é um “subcampo<sup>46</sup>” da Psicologia que está atrelado às questões voltadas para a promoção de saúde, tratamento e prevenção de doenças. A autora recorre a Ogden (2000) para sustentar que se trata de um “subcampo” pertinente no trabalho de compreensão dos processos de adoecimento, tendo em vista que os seres humanos são sistemas complexos que, em decorrência de uma multiplicidade de fatores, demandam uma abordagem biopsicossocial da saúde.

No capítulo sobre a Psicologia da Saúde, a autora busca discutir essa Psicologia em articulação com o conceito de saúde. O surgimento formal da Psicologia da Saúde aconteceu nos Estados Unidos da América (EUA) e “com o passar dos anos foram propostas inúmeras definições sobre este campo de atuação.” (Silva, 2010, p. 15). O desenvolvimento dessa Psicologia está atrelado à criação da primeira associação de grupo de trabalho na área da saúde pela APA, e à criação, ainda nos EUA, da primeira revista na área da saúde, a *Health Psychology*. Conforme assinala a autora, a criação de periódicos é uma marca importante para o desenvolvimento da Psicologia da Saúde, o que se deu especialmente na Europa.

---

<sup>46</sup> Nomenclatura utilizada por Silva (2010).

No campo das definições, a autora dialoga com três propostas, apresentando-as em uma ordem cronológica, como cita no texto. Primeiramente, destaca o conceito dado por Stone, em 1979, “que define a Psicologia da Saúde como uma especialidade da psicologia que compreende a aplicação de conceitos e métodos psicológicos em qualquer problema surgido no sistema de saúde.” (Silva, 2010, p. 15). Em seguida, apresenta a definição de Matarazzo, amplamente discutida nesse trabalho, produzida em 1980. Posteriormente, se vale da definição de Holtzman e colaboradores, em 1988, para os quais:

(...) a Psicologia da Saúde é um campo do conhecimento que se interessa pela relação biopsicossocial entre mente e corpo em um meio sociocultural determinado, assim como no desenvolvimento de novas tecnologias do comportamento para a promoção e manutenção da saúde. (Silva, 2010, p.15-16).

Silva (2010) continua o diálogo teórico para evidenciar a construção de um conceito da Psicologia da Saúde e sua relação com o processo de saúde. A autora traz a noção de um campo interdisciplinar no trato com a promoção, prevenção e cuidado com a saúde; “como um ‘subcampo’ da Psicologia que aplica princípios e pesquisas psicológicas para a melhoria, tratamento e prevenção de doenças” (Silva, 2010, p.16); e como uma atuação voltada para o cuidado da saúde e atrelada aos conhecimentos e técnicas das Psicologias.

Sobre estas marcações, apresentadas pela autora, a preocupação com a promoção da saúde e a prevenção de doenças é o que há de comum. Nesse ponto vale destacar uma estreita relação com o trabalho desenvolvido na atenção primária. Apesar da relação saúde-doença aparecer como um marcador presente nas definições apresentadas, a doença surge mais como algo a se evitar, via promoção e prevenção, do que algo a se tratar, embora a Psicologia da Saúde também atue via tratamento, como marca em algumas definições apresentadas.

Na direção da promoção da saúde e da prevenção de doenças Silva (2010) cita Keefe e Blumenthal (2004), que apontam:

o futuro da Psicologia da Saúde está em propor a ampliação do modelo biopsicossocial, tendo em vista que fatores psicossociais têm se mostrado presentes em pesquisas relacionadas às intervenções em relação ao processo saúde-doença. (Silva, 2010, p. 16).

Esse modelo biopsicossocial se caracteriza por processos biológicos, psicológicos e sociais, os quais influenciam no desenvolvimento humano. Há aqui um diálogo intenso com uma concepção de saúde para além da ausência de doenças, abrindo espaços para a emergência de práticas que lidem com os fatores psicossociais e não apenas a dimensão biológica dos processos de saúde e doenças. Castro e Bornholdt (2004) salientam que a Psicologia da Saúde

pode ser considerada interdisciplinar por utilizar conhecimentos das ciências biomédicas, da Psicologia Clínica e da Psicologia Social-comunitária e por adotar o modelo biopsicossocial.

Na discussão sobre o modelo de atenção biopsicossocial, Silva (2010) lança mão dos objetivos estabelecidos pela APA para a Psicologia da Saúde, são eles:

(...) compreender e avaliar a interação existente entre o estado de bem-estar físico e os diferentes fatores biológicos, psicológicos e sociais; buscar entender como as teorias e métodos de pesquisa psicológica podem ser aplicados para potencializar a promoção da saúde e o tratamento de doenças. (Silva, 2010, p. 16).

A autora cita uma pesquisa realizada por Witter (2008) sobre o crescimento dos estudos neste campo do conhecimento em nível nacional e internacional. A pesquisa, realizada na base PsycINFO, concluiu “que a produção internacional sobre o tema é mais rica e tem como enfoque tanto a saúde quanto a doença, sendo que no Brasil ainda se mostra tímida e tende a olhar mais para a doença.” (Silva, 2010, p. 17).

Para apresentar os modelos teóricos da Psicologia da Saúde, a autora recorre a Crossley (2000), o qual distingue duas perspectivas que embora distintas não são excludentes, uma vez que tem como cerne o conhecimento do indivíduo e seu contexto na produção de condições de saúde/doenças, são elas:

(...) a perspectiva tradicional, ou seja, que abrange um modelo biopsicossocial, que investiga os comportamentos saudáveis e os de risco, a partir de uma metodologia quantitativa e com foco nos seus determinantes psicológicos; e a perspectiva crítica que abrange um modelo fenomenológico-discursivo e investiga as significações relacionadas com a saúde e as doenças, a partir da metodologia qualitativa de análise de discurso, com foco nas experiências em saúde e doença. [...] estas perspectivas teóricas não são excludentes, podendo ser complementares no sentido que ambas se propõem a conhecer os aspectos do indivíduo e do seu contexto social que resultam em condição de saúde e/ou doença. (Silva, 2010, p.17).

Valendo-se de autores como Gioia-Martins e Rocha-Júnior (2001), Silva (2010, p.17) salienta que “a Psicologia da Saúde surge da necessidade de promover e pensar o processo saúde/doença como um fenômeno social, também no sentido de promover a saúde, quer no plano pessoal, quer ao nível de grupos ou comunidades.”

A respeito do conceito de saúde, vários autores são referenciados (OMS; Ministério da Saúde, 1986; Luz, 1991; Segre & Ferraz, 1997; Remor, 1999; Buss, 2000; Ávila, 2003; Ribeiro, 1998), sendo que

a questão central apresentada por estes conceitos é que a saúde é composta por inúmeros fatores que estão inter-relacionados [alimentação, habitação educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde], e que influenciam a percepção do indivíduo sobre a sua própria saúde. (Silva, 2010, p. 19).

Como afirma a autora, apesar do conceito de saúde ter avançado, ainda há um privilégio, nas pesquisas, em se estudar a doença, o que reafirma a grande influência do modelo médico de entendimento de saúde. Silva (2010, p. 19) aponta que isso ocorre porque “o estudo da saúde ainda é complexo, subjetivo e com difícil aplicação na prática.”

A autora assinala que uma das formas de se estudar a saúde das populações é através do estudo da qualidade de vida. Sobre o conceito de qualidade de vida a observação de Silva (2010) é de que há uma variedade de definições, o que impossibilita um consenso. No entanto, há duas tendências para a conceituação: uma se relaciona à saúde, outra à qualidade de vida mais genérica. A autora toma como referência em seu estudo as fontes da primeira tendência, as quais associam qualidade de vida à percepção de bem-estar psicológico e da qualidade das relações sociais. Bem-estar psicológico, por sua vez, “é concebido a partir de concepções acerca do desenvolvimento humano e dimensionado em capacidades para enfrentar os desafios da vida.” (Silva, 2010, p. 23).

A autora considera que a finalidade da Psicologia da Saúde se relaciona à compreensão de como é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para o bem-estar dos indivíduos e das comunidades. Podemos, a partir desse argumento, compreender a qual Psicologia da Saúde Silva (2010) se afilia para desenvolver seu estudo. A autora termina o capítulo teórico sobre a Psicologia da Saúde com a seguintes afirmação:

considera-se de extrema relevância o desenvolvimento de estudos que tenham como base teórica a Psicologia da Saúde, já que a mesma se mostra apropriada para a compreensão da saúde dos indivíduos e populações, especialmente, pela visão integral do ser humano e valorização dos diversos fatores biológicos, psicológicos, social e ambiental que compõe sua saúde, além da preocupação com aspectos de promoção de saúde. (Silva, 2010, p. 24).

Em um segundo momento do estudo a autora passa à análise e avaliação do perfil de saúde do estudante universitário. O estudo de Silva (2010) foi uma pesquisa transversal, de caráter descritivo correlacional e de abordagem quantitativa e qualitativa, na qual foram avaliados 367 estudantes de graduação, conforme cálculo amostral. A coleta de dados aconteceu nas unidades universitárias. Para a análise dos dados a pesquisadora utilizou a análise estatística e encontrou o que se segue: 59,1% eram mulheres; 37,2% declarou ter algum tipo de relacionamento; 76,8% informou ter alguma religião; 17,1% dos participantes disseram que moram sozinhos; 19,2% indicou ter algum problema de saúde (destes, quando questionados de forma aberta se relacionam o surgimento da doença relatada com algum evento de vida, 35,7% dos participantes responderam a questão e relacionaram com os seguintes eventos: dúvidas sobre o curso/pressão do vestibular, estresse na faculdade, depressão/ estresse, separação dos

pais/mudança de cidade, morte de amigo, entre outros); 25,9% referiram que o curso que estavam não era a sua primeira opção; 79,5% relataram sentirem-se satisfeitos com o curso que estão matriculados; o sofrimento psíquico atinge quase a metade dos participantes; 48,8% apresenta uma pontuação indicativa de sofrimento psíquico merecedor de atenção. Esses dados, de acordo com a autora, indicam que há a necessidade de se desenvolver projetos que visem o bem-estar dos estudantes universitários, a promoção de saúde mental, o diagnóstico e do tratamento precoce, ou seja, planejar estratégias de intervenção para essa população.

Nossa intenção ao apresentar uma síntese dos resultados do estudo de Silva (2010) é mostrar como que a Psicologia da Saúde pode se valer de outras áreas, como a Avaliação Psicológica, presente no estudo da autora. Capitão, Scortegagna e Baptista (2005, p. 78) afirma que “a avaliação psicológica não [...] deve estar ligada somente a pacientes hospitalizados.” Sobre a detecção precoce de problemas comportamentais e/ou distúrbios psicológicos/psiquiátricos, os mesmos autores salientam que, “pode significar um grande diferencial com relação ao tipo e qualidade do atendimento oferecido.”

Concluimos que o estudo de Silva (2010) traz uma estreita relação entre a Psicologia da Saúde e a noção de qualidade de vida e melhorias das condições de bem-estar dos indivíduos. No estudo com estudantes universitários a autora marca a presença dessa Psicologia enquanto uma prática possível na prevenção e promoção da saúde no contexto universitário.

#### **5.4 Dos encontros e desencontros entre as produções**

Nesse tópico pretendemos marcar as convergências e divergências entre os três textos apresentados nos itens anteriores. Para tanto, algumas questões servirão de fio condutor da discussão aqui pretendida, a saber: o entendimento sobre a Psicologia da Saúde; os autores e respectivos argumentos que aparecem nos três textos e; o modo como os argumentos apresentados na discussão teórica são acolhidos (como validação, como crítica etc.).

Nos três estudos a Psicologia da Saúde aparece no diálogo intenso entre a Psicologia e a Saúde. Esse diálogo parece propiciar o contato da Psicologia enquanto instrumento de intervenção e a Saúde enquanto um campo de atuação. Nessa conexão os estudos ressaltam o caráter interdisciplinar da Psicologia da Saúde, no qual o vasto campo de atuação cria a possibilidade de interação com diversos profissionais. A lógica da interdisciplinaridade também aparece nos estudos quanto às temáticas que permeiam a Psicologia da Saúde: promoção da saúde, prevenção primária de doenças e qualidade de vida. Todavia, Daneluci (2011) utiliza o conceito de interdisciplinaridade, especialmente na área da saúde, para sustentar seu argumento

de que toda Psicologia se faz na saúde, tornando o(a) Psicólogo(a) um profissional de saúde, e com isso, seria, segundo a autora, redundante classificar a Psicologia da Saúde como tal.

No que diz respeito à classificação da Psicologia da Saúde verificamos um ponto de divergência entre os estudos. Enquanto Alves e colaboradoras (2011), pautadas, especialmente, pelo diálogo teórico, apresentam a Psicologia da Saúde como uma área; Daneluci (2013) utiliza argumentos teóricos para desconstruir a necessidade de uma classificação. Já Silva (2010) é categórica em afirmar que se trata de um subcampo. Dos estudos, Silva (2010) é a que trata de modo mais explícito essa lógica classificatória, dialogando teoricamente para sustentar seu argumento. Nesse ponto, essa imprecisão sobre o (não) lugar em que a Psicologia da Saúde ocupa parece fortalecer a lógica contrária à sua consolidação. Ao mesmo tempo, nos parece que tomar a Psicologia da Saúde como um subcampo está mais próximo do entendimento pautado na atuação profissional. Não obstante, Daneluci (2013) e Silva (2010) buscam trabalhar, respectivamente, a atuação da Psicologia no campo da Saúde e a Psicologia da ou na Saúde como uma possibilidade de intervenção. Vale ressaltar que dos três estudos Daneluci (2013) é a única que defende a redundância em falar Psicologia da Saúde, por motivos já explicitados.

O diálogo teórico presente nos estudos parece apontar uma maior convergência entre Alves e colaboradoras (2011) e Silva (2010), tendo em vista que esses estudos buscam, de modo mais explícito, apontar os entendimentos teóricos, nacionais e internacionais, sobre a Psicologia da Saúde. Nos textos, Joseph Matarazzo aparece como a grande referência na conceituação da Psicologia da Saúde, sendo a ancora para discussões conceituais posteriores. Vale ressaltar que, conforme aponta Silva (2010), esse autor não foi o primeiro a apresentar uma definição para a Psicologia da Saúde.

Ainda sobre o diálogo teórico, as discussões nacionais ganham mais ênfase nos estudos de Daneluci (2013) e Alves e colaboradoras (2011). Os textos utilizam autoras como Mary Jane Spink e Magda Dimenstein, para discutir a inserção dos profissionais de Psicologia na saúde, defendendo a Psicologia da Saúde como um novo campo de saber, emergente a partir da expansão de atuação do(a) psicólogo(a), em especial nas políticas públicas. Há, aqui, uma marcação de diferença com a Psicologia clínica tradicional, marcada pela lógica individual, privada e liberal. Destaca-se, na defesa de Spink, que a Psicologia da Saúde aparece como uma área de especialização da Psicologia Social.

No que tange aos argumentos utilizados pelas autoras, vemos uma aproximação entre Silva (2010) e Alves e colaboradoras (2011). Nos parece que o texto dessas autoras caminham em direção à validação da Psicologia da Saúde. Para tal, sistematizam o conceito de Psicologia da Saúde, utilizando um recorte mais amplo até chegar no nível nacional, passando pela

América Latina. Há uma tentativa de construir, historicamente, o modo como a Psicologia da Saúde foi se consolidando seja enquanto um saber ou como um instrumento de intervenção. Utilizando uma pesquisa de caráter empírico e outra de cunho teórico, respectivamente, as autoras buscam delimitar a pertinência da Psicologia da Saúde. Contudo, ambos os estudos, sinalizam que tal delimitação é ampla e divergente, tanto no cenário mundial quanto nacional, chamando atenção para a necessidade de mais estudos que busquem problematizar a Psicologia da Saúde, visando tornar mais clara as especificidades que a ela compete.

Já Daneluci (2013) utiliza os argumentos teóricos para produzir uma crítica à Psicologia da Saúde. O texto recorre a autores da Psicologia e da Saúde para marcar as interrogações e contradições que estão presentes no campo da Psicologia da Saúde. Com um olhar pautado para o cenário da prática de atuação a autora parece desconsiderar a Psicologia da Saúde enquanto um saber. Embora Daneluci (2013) utilize autores que também estão presentes nos outros textos, essa autora parece se servir da discussão em Psicologia da Saúde com foco no profissional da Psicologia. O olhar da autora para a Psicologia da Saúde parece caminhar em direção à construção da singularidade do(a) psicólogo(a), defendendo, portanto, que a fragmentação produzida pela classificação da Psicologia da Saúde, contribuiria para uma difícil produção de singularidade.

Ademais, vale destacar que os três textos carregam elementos para pensarmos a rede de (re)associações da Psicologia da Saúde no Brasil emergindo enquanto actantes no desenvolvimento dessa Psicologia. Como dito anteriormente, a definição de Matarazzo sobre a Psicologia da Saúde ainda é um ponto de partida para o desenvolvimento das discussões dessa Psicologia no Brasil. Apesar disso, há controvérsias estabelecidas, como sinaliza o texto de Danelucci (2013), indicando ser possível desconsiderar a definição da Psicologia da Saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscarmos o (des)envolvimento das Psicologias da Saúde no Brasil foi possível encontrar pontos de congruência que nos convidam a esboçar uma singularidade que envolve essa Psicologia, em especial o enfoque na prevenção, proteção, promoção e manutenção da saúde, para além do foco nas doenças. Como bem ressaltam Teixeira e Leal (1990, p. 454) “em Psicologia da Saúde entrecruzam-se inexoravelmente o discurso médico e o discurso psicológico.” Por isso a interdisciplinaridade na Psicologia da Saúde assume um papel de destaque.

A ideia do entre, presente na interdisciplinaridade, aparece nos vários eventos que são promovidos pelos atores humanos e não humanos, em especial da UMESP e UFSM, em parceria com instituições nacionais e internacionais. Ou seja, há interesses em comum entre atores humanos e não humanos de modo que justifica a proposição de eventos científicos.

Sobre os atores humanos das instituições que compuseram nosso estudo, podemos dizer que os mesmos se identificam com inúmeras linhas de pesquisa e áreas de atuação. Além disso, suas formações e trajetórias acadêmicas são as mais diversas possíveis, fato que também caracteriza a interdisciplinaridade da Psicologia da Saúde, pois em maior ou menor grau (a UMESP e a UCDB mais que a UFSM) recebe atores de áreas afins à Psicologia, seja nos congressos ou nos Programas de Pós-graduação, nos quais encontramos descrições bastante amplas e interdisciplinares.

Podemos também dizer que há Psicologia da Saúde no Brasil porque nos diferentes lugares que “visitamos” encontramos *enact* diferentes da Psicologia da Saúde, as quais estão permeadas de controvérsias, debates e disputas. Na ABPSA encontramos uma busca por um status científico, na qual há associações, com instituições internacionais, que visam um fortalecimento e visibilidade da entidade científica tanto a nível nacional quanto internacional. Consideramos ser também relevante apontar que para sobressair no cenário nacional da Psicologia da Saúde é preciso fazer parcerias internacionais, tal como a UMESP e a UCDB têm feito, pois percebemos que os actantes que encontram-se associados à outros, quer seja nacional, quer seja internacional, tem se destacado no cenário nacional da Psicologia da Saúde.

Nos Programas de Pós-graduação os acolhimentos de estudos são os mais variados possíveis tanto a nível teórico (psicanálise, psicologia social, psicologia do trabalho etc) quanto a nível metodológico (quantitativo, qualitativo – análise de discurso, de conteúdo, semiótica, etnografia, representações sociais, cartografia, genealogia). Nos textos, as perspectivas de discussão ora partem do que não é Psicologia da Saúde e ora partem do que é.

Ora percebemos o projeto científico da Psicologia da Saúde distante do projeto profissional, ora os percebemos próximos. Há trabalhos (dissertações, teses e artigos) que discutem a prática da Psicologia da Saúde sem sequer tocar em tal Psicologia enquanto ciência, mas também há, poucos, estudos que se interessam pela Psicologia da Saúde enquanto uma ciência. Ora os temas dos congressos dizem respeito à Psicologia da Saúde enquanto “ciência”, ora enquanto prática profissional.

Se desmembramos a terminologia “Psicologia da Saúde” em “Psicologia” e “Saúde” teremos multiplicidade em ambas, “Psicologias” e “Saúdes”, pois são muitas as Psicologias e muitas as saúdes (física, social, psicológica, econômica, política etc). Portanto, falar em Psicologia da Saúde é falar em Psicologias da Saúde, é falar em multiplicidade, é falar em heterogeneidade. É falar de diferença. No primeiro artigo – de Alves e colaboradores –, que utilizamos na descrição da rede de textos, assistimos a disputa de terminologias, abordagens, teorias e instrumentos nos quais as Psicologias da Saúde se encontram no país. Em contrapartida, no segundo texto – de Danelucci – a defesa da autora é de que é desnecessário falar em Psicologia da Saúde ou na Saúde, já que a relação entre Psicologia e Saúde é complementar. Já na dissertação de Silva (2010), que foi o terceiro texto utilizado por nós, a autora considera que a Psicologia da Saúde tem uma base teórica suficiente para compreender a saúde dos indivíduos e das populações. Enquanto actantes, estes textos nos mostram que as diferenças entre as Psicologias da Saúde perpassam por disputas que ultrapassam a nomenclatura do que de fato pode ser considerado como Psicologia da Saúde.

Quando voltamos a atenção para os actantes institucionais que compuseram nossa rede – UMESP, UCDB e UFSM – podemos, ao pensar nas diferenças, fazer um resumo. A UMESP é a instituição que mais se destaca no cenário brasileiro, mas ainda de uma forma tímida, pois a ABPSA como um ator não-humano, por exemplo, alcança um número reduzido de atores humanos; já a Revista Mudanças tem conseguido se manter em excelência nacional e o Programa de Pós-graduação, que é interdisciplinar, tem crescido com a proposta de acolher estudos cuja demarcação esteja na perspectiva biopsicossocial. A UCDB se apresenta como um ator que tem se esforçado para se destacar a partir da *Revista Psicologia e Saúde* e do Programa de Pós-graduação; o periódico acolhe um leque de possibilidades de divulgação de estudos nas áreas da Psicologia e da Saúde, enquanto o Programa de Pós-graduação, também interdisciplinar, tem um foco bastante voltado para as Políticas Públicas. A UFSM é a instituição que menos se destaca no país, tendo em vista que o Programa de Pós-graduação, que não indica ser interdisciplinar, é o mais recente, o qual ainda oferece apenas o mestrado como titulação e não tem periódico; aceita o desenvolvimento de instrumentos de avaliação

psicológica, estudos em bioética e estudos sobre psicanálise; o foco do Programa é psicossocial e também voltado para as Políticas Públicas; as associações estabelecidas até o momento se relacionam com a ABPSA e com a *Revista Mudanças*.

Consideramos ser importante ressaltar que apesar da prática da Psicologia na área da Saúde ser antiga, por ter começado nas instituições de saúde antes mesmo da regulamentação da profissão no nosso país, a Psicologia da Saúde, enquanto nomenclatura, é recente no cenário brasileiro. Nesse sentido, embora tenha uma associação científica, programas de pós-graduação e publicações, mantém a diversidade de abordagens e formas de atuação, reproduzindo a diversidade de origem que continua presente na Psicologia.

A Psicologia da Saúde ainda tem um longo caminho a percorrer para sua constituição como uma área, bem demarcada dentro da Psicologia, pois ainda não há unanimidade quanto à clareza do que corresponda exatamente à esta Psicologia.

Entendemos que o nosso trabalho conseguiu avançar no sentido de elucidar, na perspectiva da TAR, que o conceito da Psicologia da Saúde ainda não pode ser considerado uma caixa-preta; ainda não é um intermediário, pois não transporta um significado sem modificação e; ainda não há somente reprodução, ocorrendo produção de significado. O que percebemos foram mediadores, ou seja, atores que traduzem a multiplicidade das terminologias da Psicologia da Saúde, transformando e traduzindo o significado de tal Psicologia.

Não podemos deixar de citar que no nosso trabalho há limitações, a começar pelas escolhas que fizemos de nos voltarmos exclusivamente para a terminologia Psicologia da Saúde; sabemos que essa escolha implicou em muitos actantes terem ficado de fora. Inicialmente acreditamos que fosse possível desenvolver um estudo mais amplo, mas no decorrer da trajetória nos demos conta de que se ampliássemos demais, não conseguiríamos colocar um ponto final no trabalho e inúmeras questões ficariam em aberto; o que conseguiríamos seria fazer uma apresentação de atores humanos e não-humanos, desvinculada de uma descrição analítica. Também apostamos, inicialmente, em entrevistas de atores humanos que pudessem nos revelar muitas pistas acerca do desenvolvimento da Psicologia da Saúde no Brasil; no entanto, as duas que fizemos foram pouco reveladoras, marcadas por trajetórias pessoais nada indicativas da *enacted* de tal Psicologia. Por isso, tivemos que abandonar nossa proposta metodológica desenhada no primeiro momento e embarcamos na perspectiva metodológica da ciência em ação sugerida pela teoria ator-rede.

Reforçamos que muito ainda precisa ser investigado acerca da Psicologia da Saúde, haja visto que a rede está em franco crescimento. Vislumbramos, por exemplo, estudos que se dediquem às redes regionais da Psicologia da Saúde, assim como estudos comparativos sobre

a Psicologia da Saúde no Brasil com outros países em que tal Psicologia já está mais estabelecida.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, R. A. de, & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da SBPH*, 14(2), 183-202. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012)
- Almondes, K. M. de. (2013). Psicologia da saúde e cronobiologia: diálogo possível?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 646-655. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300010>
- Alves, R. F. & Eulálio, M. do C. (2011). Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da Saúde. In R. F. Alves (org.), *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa* (pp. 65-88). Campina Grande: EDUEPB.
- Alves, R. F., Ernesto, M. V., Silva, R. P da, Lima, A. G. B. de & Eulálio, M. do C. (2011). Psicologia da saúde: abrangência e diversidade teórica. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 19(1-2), 1-10. Recuperado de <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/viewFile/2479/2914>
- Angerami-Camon, V. A (2000). O Ressignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da Saúde. In V.A Angerami Camon (org.). *Psicologia da Saúde - Um novo significado para a prática clínica* (pp 7-22). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- APA Task Force on Health Research. (1976). Contributions of psychology to health research: Patterns, problems and potentials. *American Psychologist*, 31, 263-274.
- Apresentação. (s.d.a). In *Pós-Graduação em Psicologia da Saúde*. Universidade Metodista de São Paulo. Recuperado de <http://portal.metodista.br/pospsico/sobre/apresentacao>.
- Apresentação. (s.d.b). In *Programa Pós-Graduação em Psicologia da UFSM*. Universidade Federal de Santa Maria. Recuperado de <http://w3.ufsm.br/ppgp/index.php/apresentacao>
- Arendt, R. J. J. (2008). Maneiras de pesquisar no cotidiano: contribuição da teoria ator-rede. *Psicologia & Sociedade*, 20(número especial), 7-11. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000400003>
- Arendt, R. J. J. (2010). Enfim: e a tua psicologia, como é, e para quê? In A. A. L. Ferreira, L. de L. Freire, M. Moraes, R. J. J. Arendt (Orgs.), *Teoria Ator-Rede e Psicologia*. (pp. 24-43). Rio de Janeiro: Nau.
- Arendt, R., Moraes, M. & Tsallis, A. (2015). Por uma psicologia não moderna: o pesquisarCOM como uma prática meso-política. *Estudo em Psicologia*, 15(4), 1143-1159. Recuperado de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/20237>
- Ata de fundação. (2006). In *Associação Brasileira de Psicologia da Saúde*. Recuperado de <https://abpsa.org.br/ata-de-fundacao/>
- Ávila, L. A. (2003). Saúde mental: uma questão de vínculos. *Revista SPAGESP*, 4(4),69-76. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v4n4/v4n4a10.pdf>

- Baptista, R. F. (2009, julho). Constituição e reconfiguração da sociologia da ciência: as abordagens de Merton, Bloor e Latour. *Anais do XIV Congresso Brasileiro de Sociologia*, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de [http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=205&Itemid=170](http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=205&Itemid=170)
- Barros, T. M. (2002). Psicologia e Saúde: Intervenção em hospital geral. *Aletheia*, 15, 77-83.
- Bleger, J. (1982). *Psicologia de La Conducta*. Buenos Aires: Paidós.
- Bloom, B. L. (1988). *Health psychology: a psychosocial perspective*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), p. 163-177. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>
- Callon, M. (1986). Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St Brieuc Bay. In J. Law, *Power, Action and Belief: A New Sociology of Knowledge*. London: Routledge & Kegan Paul. (pp. 196–233). Recuperado de [http://www.vub.ac.be/SOCO/tesa/RENCOM/Callon%20\(1986\)%20Some%20elements%20of%20a%20sociology%20of%20translation.pdf](http://www.vub.ac.be/SOCO/tesa/RENCOM/Callon%20(1986)%20Some%20elements%20of%20a%20sociology%20of%20translation.pdf)
- Callon, M. (2008). Entrevista com Michel Callon: dos estudos de laboratório aos estudos de coletivos heterogêneos, passando pelos gerenciamentos econômicos. *Sociologias*, (19), 302-321. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222008000100013>
- Calvetti, P. U.; Figuera, J.; Muller, M. C. & Poli, M. C. (2006). Psicologia da saúde e qualidade de vida: pesquisas e intervenções em psicologia clínica. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14(1), 18-23. Recuperado de <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/viewFile/629/628>
- Castro, E. K. & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000300007>
- Castro, R. B. (2008). *Redes e Vigilância: Uma experiência de cartografia Psicossocial – estudo de caso no município de Guarujá*, (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Calatayud, F. M. (2011). La investigación en Psicología de la Salud en Cuba: experiencias y potencialidades. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 16(1), 23-30. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2011000100004>
- Capitão, C. G.; Scortegagna, S. A. & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 74-82. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712005000100009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000100009&lng=pt&tlng=pt)
- CFP – Conselho Federal de psicologia. (2010). *Resolução 13/07*. Recuperado de <http://www.pol.org.br>

- Chiattonne, H.B.C. (2000) A significação da Psicologia no contexto hospitalar. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia da Saúde - Um novo significado para a prática clínica* (pp 73-167). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Cirani, C. B. S.; Campanario, M. de A. & Silva, H. H. M. da. (2015). A evolução do ensino da pós-graduação senso estrito no Brasil: análise exploratória e proposições para pesquisa. *Avaliação*, 20(1), 163-187. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.590/S1414-40772015000500011>
- Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde (2014), *Anais do IV Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde*, 31 de julho a 2 de agosto de 2014/ Taubaté: Associação Brasileira de Psicologia da Saúde.
- Cordeiro, M. P. (2012). *Psicologia Social no Brasil: multiplicidade, performatividade e controvérsias* (Tese de Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/16969/1/Mariana%20Prioli%20Cordeiro.pdf>
- Costa, C. A. M. da. (2008). *Navegando mares tão diversos: acompanhando as discussões sobre a formação e a profissão de psicólogo no Brasil*. (Tese de Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp105787.pdf>
- Cunha, A. L. e S. (2016). *Análise de trabalhos em Psicologia da Saúde produzidos pela Universidade de Brasília de 2011 a 2015*. (Dissertação de mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, DF. Recuperado de [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21729/1/2016\\_Andr%C3%A9LinoeSilvaCunha.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21729/1/2016_Andr%C3%A9LinoeSilvaCunha.pdf)
- Crossley, M. (2000). *Rethinking health psychology*. Buckingham: Open University Press, Health Psychology.
- Daneluci, R. de C. (2013). Psicologia e saúde como campo de interrogações. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(1), 18-24. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2013000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000100004&lng=pt&tlng=pt).
- De Marco, M.A. (2003) A evolução da Medicina. In M. A. De Marco (Org.), *A face humana da Medicina- do modelo biomédico ao modelo psicossocial*. Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Dejours, C. (1996) Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 54(14), 7-11.
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(1), 53-81. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à Saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 5(1), 95-121. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100006>

- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722001000200008>.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Ferreira, A. A. L. (2006). A psicologia como saber mestiço: o cruzamento múltiplo entre práticas sociais e conceitos científicos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 13(2), 227-238. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702006000200002>
- Ferreira, R. da S. (2013). Ciência e tecnologia no olhar de Bruno Latour. *Informação & Informação*, 18(3), 275- 281. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5433/1981-8920.2013v18n3p275>
- Ferreira, A. A. L. (2015). Psicologia, produção subjetivante e modos políticos: pistas conceituais da Teoria Ator-Rede. *Cadernos de Psicologia*, 45(156), 300-313. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/198053143202>
- Ferreira Neto, J. L. (2011). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig.
- Galindo, D., Vilela, R., Moura, M. (2012). Uma dose queer: performances tecnofarmacológicas no uso informal de hormônios entre travestis. In L. Souza, D. Galindo, V. Bertoline (Org.), *Gênero, corpo e ativismos*. Cuiabá, MT: UFMT.
- Gioia-Martins, D. F. & Rocha Junior, A. (2001). Psicologia da saúde e o novo paradigma: novo paradigma? *Psicologia: teoria e prática*, 1(1), 35-42. Recuperado de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1098>
- González Rey, F. (1997). Psicologia e saúde: desafios atuais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(2), 275-288. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/188/18810207/>
- Gorayeb, R. (2010). Psicologia da Saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(Número Especial), 115-122. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000500010>
- Holtzman, W. H.; Evans, R. I.; Kennedy, S.; Iscoe, I. (1988). Psicología y salud: contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 105, 245-282.
- Informações básicas. (s.d.). In *Sobre esta revista*. Revista Psicologia e Saúde. Pepsic – Periódicos Eletrônicos em psicologia. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/revistas/rpsaude/aboutj.htm>
- Jacó-Vilela, A. M. & Degani-Carneiro, F. (2015). Psicologia e Saúde no Brasil: interfaces históricas. *Revista Tempos Gerais*, 4(2), 144 -161. Recuperado de <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/temposgerais/article/view/1438/1079>
- Jesus, S. N. de. (2009). *Carta de boas vindas*. In I Congresso luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde. Recuperado de <http://www.eventos.ualg.pt/CIPS/carta.html>

- Jesus, S. N. de. (2013). Editorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(2), 264-265. Recuperado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862013000200001&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000200001&lng=pt&tlng=pt).
- Jesus, S. N. & Rezende, M. M. (2006). Atualidades em Psicologia da saúde: colaborações Brasil e Portugal. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14(2), 121-125. Recuperado de <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/viewFile/642/642>
- Keef, F., Blumenthal, J. (2004). Health Psychology: what will the future bring? *Health Psychology*, 23(2): 156-157. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.156>
- Kerbaux, R. R. (2002). Comportamento e saúde: doenças e desafios. *Psicologia USP*, 13(1), 11-28. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642002000100002>
- Kind, L. (2010). Psicologia e saúde: a produção de estilos de pensamento. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, 7(1), 113-129. Recuperado de [http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/latin\\_american/v7\\_n1/psicologia\\_e\\_saude.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/latin_american/v7_n1/psicologia_e_saude.pdf)
- Latour, B. (1994). *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. (C. I. da Costa, Trad.). Rio de Janeiro: Editora 34.
- Latour, B. (2000). *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. (I. C. Benedetti, Trad.). São Paulo: Editora UNESP.
- Latour, B. (2006). Como terminar uma tese de sociologia: pequeno diálogo entre um aluno e seu professor (um tanto socrático). *Cadernos de campo (São Paulo, 1991)*, 15(14-15), 339-352. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v15i14-15p339-352>
- Latour, B. (2011). *A esperança de pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. (G. C. C. de Sousa, Trad.). Bauru, SP: Edusc.
- Latour, B. (2012). *Reagregando o social: uma introdução à Teoria do Ator-Rede*. (G. C. C. de Sousa, Trad.). Salvador/Bauru: Edufba/Edusc.
- Latour, B., Woolgar, S. (1997). *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. (A. R. Vianna, Trad.). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Law, J. (1992). Notes on the Theory of the Actor Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity. *Systems Practice*, 5(4), 379-393. Recuperado de <http://www.heterogeneities.net/publications/Law1992NotesOnTheTheoryOfTheActorNetwork.pdf>
- Law, J. (2004). After method: an introduction. In J. Law, *After Method: mess in social science research*. New York: Routledge. (pp. 1-15). Recuperado de <http://14.139.206.50:8080/jspui/bitstream/1/2601/1/Law,%20John%20-%20After%20Method%20Mess%20in%20Social%20Science%20Research%20International%20Library%20of%20Sociology%202004.pdf>
- Lemos, A. (2013). *A comunicação das coisas: teoria ator-rede e cibercultura*. São Paulo: Annablume.

- Linhas de pesquisa. (s.d.a). In *Pós-Graduação em Psicologia da Saúde*. Universidade Metodista de São Paulo. Recuperado de <http://portal.metodista.br/pospsico/linhas-de-pesquisa/linhas-de-pesquisa>
- Linhas de pesquisa. (s.d.b). In *Mestrado e Doutorado em Psicologia*. Universidade Católica Dom Bosco. Recuperado de <http://site.ucdb.br/cursos/4/mestrado-e-doutorado/32/mestrado-e-doutorado-em-psicologia/13135/linhas-de-pesquisa/13138/>
- Linhas de pesquisa. (s.d.c). In *Programa Pós-Graduação em Psicologia da UFSM*. Universidade Federal de Santa Maria. Recuperado de <http://w3.ufsm.br/ppgp/index.php/programa/2-uncategorised/3-linhas-de-pesquisa>
- Lomba, D. E. N., Quadros, L. C. de T. & Soares, L. L. M. (2015). Nas malhas da rede com Clarice Lispector... aproximações entre a escrita clariceana e a escrita na TAR. *Estudo e Pesquisas em Psicologia*, 15(1), 27-39. Recuperado de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/16057/12064>
- Luz, M. (1997). Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 1(1), 77-96. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311991000100004>
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Mestrado e doutorado em Psicologia. (s.d.). In *Mestrado e Doutorado*. Universidade Católica Dom Bosco. Recuperado de <http://site.ucdb.br/cursos/4/mestrado-e-doutorado/32/mestrado-e-doutorado-em-psicologia/13135/>
- Ministério da Saúde. (1986). *Anais VIII Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, DF, Brasil. Recuperado de [http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf\\_nac\\_anais.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf)
- Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, D.F: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2008). *Portaria nº 154*. Brasília. D.F: Ministério da Saúde.
- Missão. (s.d.). In *Revista Psicologia e Saúde*. Pepsic: Periódicos Eletrônicos em Psicologia. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=2177-093X](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=2177-093X)
- Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M., Caballo, V.E. (2001). Psicologia da Saúde: intervenções em hospitais públicos. In B. Rangé (org.), *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*, (pp.463-474). Porto Alegre: Artmed.
- Mol, A. (2007). Política ontológica. Algumas idéias e várias perguntas. In J. A. Nunes, R. Roque (Orgs.). *Objectos impuros: experiências em estudos sociais da ciência*. (pp. 22-40). Porto: Edições Afrontamento.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. London: Duke University Press.

- Moraes, M. (2001). A psicologia, uma ciência? *Revista Paradoxa*, IV(9), 55-64. Recuperado de [http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/textos\\_sti/M%C3%A1rcia%20Moraes/texto98.pdf](http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/textos_sti/M%C3%A1rcia%20Moraes/texto98.pdf)
- Moraes, M. (2003). A Psicologia como reflexão sobre as práticas humanas: da adaptação à errância. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 535-539. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26180321>
- Myers, D. G. (1999). *Introdução à psicologia geral*. Rio de Janeiro: LTC.
- Neme, C. M. B., Rodrigues, O. M. P. R. (Orgs.) (2003). *Psicologia da saúde: perspectivas interdisciplinares*. São Carlos: Rima.
- Nobre, J. C. de A., Pedro, R. M. L. R. (2010). Reflexões sobre possibilidades metodológicas da Teoria Ator-Rede. *Cadernos UniFOA*, (14), 47-56. Recuperado de [http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/14/cadernos\\_14\\_online.pdf#page=48](http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/14/cadernos_14_online.pdf#page=48)
- Objetivos do Programa. (s.d.). In *Mestrado e Doutorado em psicologia*. Sobre o Programa. Universidade Católica Dom Bosco. Recuperado de <http://site.ucdb.br/cursos/4/mestrado-e-doutorado/32/mestrado-e-doutorado-em-psicologia/13135/sobre-o-programa/13136/>
- Ogden, L. (2000). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, I. F. (2005) *A Psicologia no Sistema Público de Saúde: diagnóstico e perspectivas*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Psicologia preventiva e da saúde. (s.d.). In *Instituto de Psicologia*. Universidade Federal de Uberlândia. Recuperado de <http://www.ip.ufu.br/preventiva-e-saude>
- Processos psicossociais em saúde e educação. (s.d.). In *Programa de Pós-graduação em Psicologia*. Universidade Federal de Uberlândia. Recuperado de <http://www.pgpsi.ip.ufu.br/node/336>.
- Psicologia da saúde. (s.d.). In *Mestrado e Doutorado em Psicologia*. Área de concentração. Universidade Católica Dom Bosco. Recuperado de <http://site.ucdb.br/cursos/4/mestrado-e-doutorado/32/mestrado-e-doutorado-em-psicologia/13135/area-de-concentracao/13137/>
- Publicações. (s.d.). In *Pós-Graduação em Psicologia da Saúde*. Universidade Metodista de São Paulo. Recuperado de <https://portal.metodista.br/pospsico/publicacoes>
- Queiroz e Melo, M. de F. A. (2007). Seguindo as pipas com a metodologia da TAR. *Revista do Departamento de Psicologia*, 19(1), 169-185. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-80232007000100013>
- Queiroz e Melo, M. de F. A. (2008). Mas de onde vem o Latour? *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(2), 258-268. Recuperado de [www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/.../queiroz\\_melo\\_artigo.doc](http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/.../queiroz_melo_artigo.doc)
- Remor, E. (1999). Psicologia da Saúde: apresentação, origens e perspectivas. *Revista Psico, Porto Alegre*, 30(1), 205-217.

- Ramos-Cerqueira, A. T. de A. (1994). Interdisciplinaridade e Psicologia na área da saúde. *Temas em Psicologia*, 2(3), 37-41. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X1994000300005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1994000300005&lng=pt&tlng=pt).
- Reis, J. da C. (1999). *O sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Vega.
- Rezende, M. M. (2014). Apresentação. *Anais do IV Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde*. Taubaté, SP, Brasil. Recuperado de [http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/IV\\_congresso\\_brasileiro\\_psicologia\\_saude\\_taubate2014.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/IV_congresso_brasileiro_psicologia_saude_taubate2014.pdf)
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa, ISPA.
- Ribeiro, J. L. P. (2011). A Psicologia da Saúde. In R. F., Alves (Org.). *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. Campina Grande: EDUEPB.
- Roso, A. (2007). Psicologia Social da Saúde: tornamo-nos eternamente responsáveis por aqueles que cativamos. *Aletheia*, (26), 80-84. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n26/n26a08.pdf>
- Rumin, C. R. (2013). Notas para a história da Psicologia da Saúde. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 4(1), 30-45. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v4n1/a04.pdf>
- Sacco, A. M., Vilanova, F., DeSousa, D. A., Vallente, L., Wendt, G. W., Koller, S. H. (2016). Perfil dos Bolsistas de Produtividade em Pesquisa do CNPq atuantes em Psicologia no Triênio 2012-2014. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 292-303. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002702015>
- Sousanis, N. (2015). *Unflattening*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sebastiani, R. W. (2011). Histórico e evolução da Psicologia da Saúde numa perspectiva latino-americana. In V. A. Angerami-Camon (Org.). *Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Cengage Learning.
- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde – hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirurgica Brasileira*, 20(Supl. 1), 50-55. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000700010>
- Segre, M., Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 538-542. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.
- Silva, R. C. (2002). *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania*. São Paulo: Vetor.
- Silva, L. B. de C. (2005). A psicologia na saúde: entre a clínica e a política. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, 17(1), 79-92. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-80232005000100006>
- Silva, R. R. da. (2010). *O perfil de saúde de estudantes universitários: um estudo sob o enfoque da Psicologia da Saúde* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. Recuperado de

<http://200.18.45.28/sites/ppgp/images/documentos/texto%209.pdf>

- Sobre nós. (s.d.). In *Associação Brasileira de Psicologia da Saúde*. Recuperado de <https://abpsa.org.br/sobre-nos/>
- Spink, M. J. P. (1992). Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In Campos, F. C. B. (Org.), *Psicologia e saúde: repensando práticas*. (pp.11-23). São Paulo: Hucitec.
- Spink, M. J. P. (2007). Interfaces entre a Psicologia e a Saúde Coletiva: um olhar a partir da Psicologia Social. In A. V. B. Bastos, N. M. D. R. Rocha (orgs.), *Psicologia- novas direções no diálogo com outros campos de saber* (pp.379-405). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spink, M. J. P. (2011). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.
- Stone, G. C. (1979). Psychology and health system. In Stone, G. C., Cohen, F., Adler, N. E. (orgs.), *Health Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass, p. 47-75.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Tirado-Serrano, F., Domènech-Argemí, M. (2005). Asociaciones heterogéneas y actantes: El giro postsocial de la teoría del actor-red. *Revista de Antropología Ibero-Americana*, 1(número especial). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62309905>
- Tonelli, D. F. (2012). Origens e afiliações epistemológicas da Teoria Ator-Rede: implicações para a análise organizacional. In *XXXVI Encontro da ANPAD* (pp. 1-16). Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração.
- Torres, W. da C. (2003). A Bioética e a Psicologia da Saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 475-482. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722003000300006>
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 49-56. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722001000200007>.
- Witter, G. P. (2008). Psicologia da saúde e produção científica. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 577-584. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400012>.
- Yamamoto, O. H. & Cunha, I. M. F. F. O. (1998). O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 11(2), 345-362. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721998000200012>.
- Yamamoto, O. H., Trindade, L. C. B. O. & Oliveira, I. F. (2002). O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicologia USP*, 13(1), 217-246. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642002000100011>.