

SÉRIE
NEURO
PSICO
LOGIA

NEUROPSICOLOGIA E

SAÚDE COLETIVA



Conselho
Federal de
Psicologia

SÉRIE
NEURO
PSICO
LOGIA

NEUROPSICOLOGIA E

SAÚDE COLETIVA



Conselho
Federal de
Psicologia

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

Endereço: SAF SUL, Quadra 2, Lote 2, Bloco B, Ed.
Via Office, térreo, sala 104 - CEP: 70.070-600 -
Brasília/DF Brasil. Fone: (61) 2109-0100
www.cfp.org.br
facebook.com/conselhoconfederaldepsicologia
Twitter @cfp_psicologia
Instagram @conselhoconfederaldepsicologia

Coordenadora Geral Estratégica

Emanuelle Silva

Coordenador-Geral Executivo

Rafael Menegassi Taniguchi

Gerência de Comunicação

Marília Mundim (Gerente)
Raphael Gomes (Supervisor)

Gerência Técnica

Camila Dias (Gerente)
Ylo Barroso Caiado Fraga (Supervisor)
Lissane Raquel Henrique Bahia de Oliveira Santos
(Analista Técnica)

Texto e Organização

Carlos Eduardo Norte (Coordenação)
Fabiana Lopes de Paula
Monica Carolina Miranda
Nara Andrade
Rauni Roama Alves
Izabel Hazin

Revisão e normalização

GM Editorial

Projeto Gráfico e Diagramação

Diego Soares da Silva

Revisão Ortográfica: Gm Editorial Ltda.

XIX Plenário | Gestão 2023-2025

Diretoria

Alessandra Santos de Almeida - Presidente
(vice presidente entre 23/4/2024 e 12/06/2025)
Izabel Augusta Hazin Pires - Vice-presidente
(secretária de 16/12/2022 a 12/06/2025)
Rodrigo Acioli Moura - Secretário
(a partir de 13/06/2025)
Neuza Maria de Fátima Guareschi - Tesoureira
(a partir de 13/06/2025)

Conselheiras(os)

Antonio Virgílio Bittencourt Bastos
Carla Isadora Barbosa Canto
Carolina Saraiva
Célia Mazza de Souza
(tesoureira de 16/12/2022 a 12/06/2025)
Clarissa Paranhos Guedes
Evandro Moraes Peixoto
Fabiane Rodrigues Fonseca
Gabriel Henrique Pereira de Figueiredo
Ivani Francisco de Oliveira
(vice-presidente de 16/12/2022 a 19/04/2024)
Jefferson de Souza Bernardes
Juliana de Barros Guimarães
Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro
Marina de Pol Poniwas
Nita Tuxá
Pedro Paulo Gastalho de Bicalho -
(presidente de 16/12/2022 a 12/06/2025)
Raquel Souza Lobo Guzzo
Roberto Chateaubriand Domingues
Rosana Mendes Éleres de Figueiredo

Índice

Apresentação	4
1. O campo e a prática da Saúde Coletiva	6
1.1 Saúde Coletiva e Saúde Pública: definições, avanços e tensões	7
1.2 Percursos históricos da Saúde Pública e da Saúde Coletiva.....	9
2. História da Psicologia e da Neuropsicologia na Saúde Coletiva ...	15
3. Neuropsicologia no campo da Saúde Coletiva: caminhos da atenção e produção de cuidado	23
4. Perspectivas Futuras	32
Referências.....	36

Apresentação

A Cartilha Neuropsicologia e Saúde Coletiva reflete o compromisso do Conselho Federal de Psicologia em articular conhecimento científico, prática profissional qualificada e políticas públicas, reafirmando a defesa inalienável da saúde como direito fundamental, universal e indissociável da democracia. Ao propor uma reflexão crítica sobre as interseções entre Neuropsicologia e Saúde Coletiva, esta obra busca contribuir para a consolidação de práticas que sejam, ao mesmo tempo, cientificamente consistentes, socialmente comprometidas e eticamente orientadas.

Este material é destinado a psicólogas(os), pesquisadoras(es), profissionais de saúde, gestores públicos e demais atores que atuam no campo da Saúde Coletiva, oferecendo subsídios conceituais, históricos e técnicos, para a inserção da Neuropsicologia em contextos comunitários, institucionais e de políticas públicas. Ao longo do texto, são apresentadas as origens da Saúde Coletiva, os percursos históricos da Psicologia nesse campo e os desafios e possibilidades da prática neuropsicológica em uma perspectiva crítica e coletiva.

Parte-se da concepção de que a saúde é um fenômeno indissociável das condições de vida, da cultura e da organização social, atravessado por desigualdades históricas e estruturais. Nesse cenário, a Neuropsicologia amplia suas fronteiras ao dialogar com os princípios da Saúde Coletiva, reconhecendo o impacto dos determinantes sociais na cognição, nas habilidades socioemocionais, na saúde mental e no bem-estar humano. Essa perspectiva desloca o foco exclusivo do nível individual, para evidenciar que os contextos socioculturais e as desigualdades estruturais constituem dimensões inseparáveis do funcionamento neuropsicológico,

situando a Neuropsicologia diante de um compromisso ético-político, com práticas culturalmente responsivas e voltadas à superação das iniquidades em saúde.

A atuação da Neuropsicologia não se restringe à avaliação e à reabilitação, mas projeta-se também na promoção da saúde cerebral, na prevenção de agravos e na construção de práticas e políticas públicas orientadas pelos princípios da integralidade e da equidade, comprometidas com a inclusão, a justiça social e a garantia dos direitos humanos. Integrada às redes de atenção e às políticas públicas, a Neuropsicologia deve transcender a função restrita de diagnóstico ou intervenção clínica, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias comunitárias de cuidado, que articulem promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Esse processo envolve o trabalho conjunto em equipes multiprofissionais, o fortalecimento do apoio matricial, a valorização da diversidade sociocultural e a defesa contínua do acesso universal a serviços de saúde qualificados, humanizados e comprometidos com o exercício pleno da cidadania.

Assim, a *Cartilha Neuropsicologia e Saúde Coletiva* reafirma a Neuropsicologia como campo em expansão, que, ao dialogar com a Saúde Coletiva, torna-se instrumento estratégico para a promoção da justiça social e da equidade em saúde cerebral, bem como para a ampliação do acesso a práticas de cuidado integradas, territorializadas e culturalmente situadas, em consonância com o princípio da integralidade. Alinhada às diretrizes do Conselho Federal de Psicologia, a cartilha conclama profissionais, pesquisadoras(es) e gestoras(es) a fortalecerem um projeto de Neuropsicologia, sustentado pelo compromisso democrático, pela promoção dos direitos humanos e pela efetivação da saúde como direito universal, integral e inalienável.

1 O campo e a prática da Saúde Coletiva

A Saúde Coletiva constitui-se como um campo de saberes e práticas interdisciplinares, voltados à compreensão da saúde e dos seus determinantes sociais, com o objetivo de construir respostas coletivas, intersetoriais e emancipatórias às necessidades de saúde (Paim; Almeida Filho, 2000; Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2014).

O seu surgimento na América Latina, durante a década de 70, no contexto da reforma sanitária brasileira, é um campo aberto a novos paradigmas que se contrapõem aos modelos biomédicos e ao de saúde pública institucionalizada, que contemplam a fragmentação, medicalização dos corpos e a lógica centrada no indivíduo-doente ou em processos operacionais e técnico-administrativos (Paim, 2006).

O objeto da Saúde Coletiva não é, portanto, os problemas de saúde (riscos, agravos, doenças e morte) ou apenas os indivíduos, mas sim: as necessidades de saúde, entendidas como expressões amplas e estruturais da vida social que envolvem o direito ao gozo da saúde, da vida e de sua qualidade, do lazer e da arte, ou seja, do que se faz necessário para “permanecer sendo um ser” (Paim, 2006, p. 105); e os grupos sociais concretos e culturalmente constituídos, portanto, a coletividade (Campos, 2023; Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber, 2014).

Para além de uma abordagem técnica, científica e política, a Saúde Coletiva envolve componentes éticos, perpassados por valores como equidade,

diversidade, solidariedade, justiça, inclusão e democracia, sendo comprometida com a emancipação dos seres humanos (Paim, 2006, 2023; Campos, 2000).

1.1 Saúde Coletiva e Saúde Pública: definições, avanços e tensões

Saúde Pública $\neq$ Saúde Coletiva

A distinção entre Saúde Pública e Saúde Coletiva é central para entender as singularidades do modelo brasileiro, que se consolidou a partir de contribuições latino-americanas críticas ao paradigma biomédico hegemônico. Tradicionalmente, a Saúde Pública de matriz anglo-saxônica priorizou ações voltadas à vigilância epidemiológica, controle de doenças transmissíveis, saneamento básico e campanhas de imunização em larga escala, sempre com foco operacional e técnico-administrativo (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

No entanto, como destacam Buss e Pellegrini Filho (2007), na América Latina emergiu uma perspectiva ampliada, interdisciplinar e politicamente engajada: a Saúde Coletiva. Esse campo incorpora saberes das ciências sociais, da epidemiologia crítica, da economia política, da saúde e da gestão democrática, articulando práticas de promoção da saúde, prevenção ampliada, reabilitação, controle social e equidade (Paim, 2023; Campos, 2014).

Uma das principais bases epistemológicas dessa ruptura é a Epidemiologia Crítica, proposta por Jaime Breilh (2008), que questiona o reducionismo causal clássico. Para Breilh (2008), a doença não é um fenômeno isolado, mas uma manifestação concreta de estruturas de dominação social, desigualdade e exploração. Assim, a determinação social da saúde substitui a ideia restrita de determinantes, de caráter causal e determinista, reforçando o entrelaçamento dialético e complexo que as condições de vida – e não apenas fatores individuais – estabelecem nos processos de saúde-doença (Borghi *et al.*, 2018; Nogueira, 2009; Breilh, 2008).

Na mesma linha, Nancy Krieger (2001) introduz o conceito de *web of causation* (teia de causalidade), evidenciando que múltiplos fatores interagem de forma não linear. Marmot (2015) reforça esse entendimento ao destacar que lacunas de saúde derivam de desigualdades em moradia, trabalho, renda, educação e ambiente, o que configura a chamada *health gap*. Segundo Victora *et al.* (2011), na América Latina, políticas públicas de mitigação de iniquidades são frequentemente insuficientes, diante de estruturas econômicas desiguais e instabilidade política.

A Saúde Coletiva legitima o SUS como expressão concreta de uma visão ampliada de saúde: não restrita ao corpo biológico, mas vinculada ao território, à cultura, à economia e aos direitos humanos. Propõe uma abordagem interdisciplinar e ético-politicamente comprometida com a determinação social da saúde, a participação social, a promoção da equidade e a construção de sistemas orientados pelo direito à saúde e pela justiça social.

No Brasil, a Saúde Coletiva consolidou-se institucionalmente por meio de cursos de pós-graduação, associações científicas – como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) – e espaços de articulação política como Conselhos e Conferências de Saúde (Paim, 2011; Campos, 2014). Esse movimento legitima o SUS como expressão concreta de uma visão ampliada de saúde: não restrita ao corpo biológico, mas vinculada ao território, à cultura, à economia e aos direitos humanos.

Como ressaltam Buss e Pellegrini Filho (2007), a Saúde Coletiva opera com uma perspectiva intersetorial, articulando educação, assistência social, habitação e meio ambiente, o que exige pactuação federativa complexa. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), reafirmam, em relatórios recentes (WHO, 2022), que agendas globais, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), dependem dessa abordagem integrada, ampliando o foco da saúde para além de modelos centrados na doença, no diagnóstico individual, na medicalização dos corpos, na vigilância de agravos e no controle epidemiológico. Esta perspectiva se alinha com a Saúde Coletiva, que propõe uma abordagem interdisciplinar e ético-politicamente comprometida com a determinação social da saúde, a participação social, a promoção da equidade e a construção de sistemas orientados pelo direito à saúde e pela justiça social.

1.2 Percursos históricos da Saúde Pública e da Saúde Coletiva

A história do cuidado institucionalizado em saúde, confunde-se com a própria trajetória das sociedades humanas. Desde as primeiras formações urbanas, práticas de saneamento, isolamento de doentes e proteção

coletiva moldaram as bases do que hoje se entende por saúde pública e Saúde Coletiva. O conceito de saúde na história da humanidade, não é um constructo neutro, mas o resultado da articulação de valores culturais, conhecimentos científicos, crenças religiosas e estruturas de poder político (Scliar, 2007).

Na antiguidade, por exemplo, povos como os egípcios, gregos e romanos criaram sistemas de drenagem, aquedutos e banhos públicos (Angelakis; Koutsoyiannis; Tchobanoglous, 2005). Os primeiros registros de hospitais públicos temporários destinados à quarentena de doenças infecciosas na China, remontam o Período Yuanshi da Dinastia Han Ocidental (2 d.C.), frente a uma grande seca e uma infestação de gafanhotos, seguidas por uma epidemia. Durante a Idade Média europeia, a limitação das práticas médicas da época tornou-se evidente com o surgimento de grandes epidemias, como a Peste Negra, que dizimou uma parte considerável da população (DeWitte, 2014). Os hospitais, majoritariamente administrados por ordens monásticas, funcionavam mais como instituições de caridade, do que como espaços destinados à cura (Buklijas, 2008; Bianchi, 2024). Apesar do forte domínio da religião sobre o saber médico, medidas de contenção, como quarentenas em portos e cidades fortificadas, começaram a ser implementadas.

No século XVII, John Graunt e William Petty, quantificaram nascimentos e óbitos em Londres, inaugurando as bases da estatística vital – embrião da epidemiologia moderna (Susser; Susser, 1996). No século XIX, impulsionado pela Revolução Industrial, intensificaram-se os desafios sanitários: superpopulação urbana, miséria e surtos de cólera, varíola e febre tifoide. Edwin Chadwick destacou-se na Inglaterra, ao publicar o Relatório de 1842, relacionando mortalidade precoce à pobreza e más condições de habitação. Esse diagnóstico levou à criação do *Public Health Act*, de 1848, marco regulatório do saneamento britânico (Szreter, 1988).

Na mesma época, a microbiologia avançou com Pasteur e Koch, que validaram a teoria germinal – deslocando o foco das explicações miasmáticas para microrganismos específicos. Isso permitiu políticas de vacinação, controle de vetores e medidas de assepsia hospitalar (Casanova; Abel, 2013). Já no século XX, conflitos armados e a pandemia de gripe espanhola (1918), exigiram respostas coordenadas em saúde pública (Taubenberger; Morens, 2006). O fortalecimento do Estado de Bem-Estar Social na Europa pós-guerra, incluiu políticas de imunização em massa, assistência pré-natal, nutrição e saneamento (Fee; Brown, 2002). A criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, consolidou a saúde como direito humano universal.

Em 1978, a Conferência de Alma-Ata reafirmou a Atenção Primária à Saúde como estratégia prioritária, defendendo a equidade e o acesso universal (WHO, 1978). O Relatório Lalonde (1974) e a Comissão de Determinantes Sociais (Solar; Irwin, 2010), ampliaram o debate, demonstrando que fatores socioeconômicos e culturais moldam condições de vida e perfis de adoecimento. Autores como Marmot (2015), reforçam que desigualdades sociais estruturais impactam diretamente o estado de saúde das populações.

No Brasil, a trajetória da saúde pública acompanhou transformações políticas, sociais e econômicas, desde o período colonial. Nos séculos XVI e XVII, por exemplo, as primeiras ações sanitárias limitavam-se a medidas pontuais de isolamento de doentes em portos, principalmente para conter surtos de febre amarela e varíola trazidos por navios (Hochman, 2009).

Durante o século XIX, campanhas sanitárias ganharam força diante das grandes epidemias urbanas. O movimento sanitarista brasileiro destacou-se na Primeira República, quando Oswaldo Cruz assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública e liderou ações de combate à febre amarela, peste

bubônica e varíola, implementando a vacinação obrigatória e a erradicação de vetores, como os mosquitos (Lima, 2007). A famosa Revolta da Vacina, em 1904, ilustra as tensões entre medidas de saúde pública e resistência popular, marcando o início de um embate entre ciência, Estado e cidadania (Hochman, 1998).

No início do século XX, o enfoque sanitário foi incorporado a políticas de urbanização, saneamento e infraestrutura, sobretudo durante a Era Vargas (1930–1945). Foram criados órgãos como o Departamento Nacional de Saúde, que centralizou campanhas de combate a endemias rurais. Apesar disso, o modelo era fragmentado e excludente, atrelado à lógica previdenciária e ao emprego formal – o acesso era restrito a trabalhadores vinculados aos institutos de aposentadoria e pensões (Paim, 2008).

A partir da década de 1970, a crise do regime militar e as desigualdades expostas pelo crescimento urbano acelerado, impulsionaram o surgimento do Movimento da Reforma Sanitária. Inspirado por intelectuais como Sérgio Arouca, Cecília Donnangelo e Jairnilson Paim, o movimento defendeu a universalização da saúde como direito social, articulando saber técnico, mobilização popular e reforma política (Paim, 2008; Fleury, 2009). Tal movimento propunha uma concepção ampliada dos processos de saúde e doença, valorizando os determinantes sociais, econômicos e culturais, e rompendo com o modelo biomédico hegemônico (Luz, 2009).



SUS

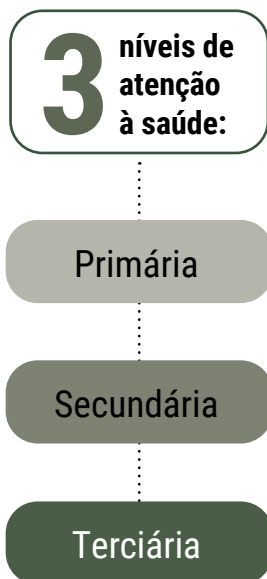
“

Saúde como
direito de
todos e dever
do Estado

”

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi o marco de convergência dessas lutas (Fleury, 2009). Pela primeira vez, usuários, trabalhadores e gestores debateram, de forma democrática, os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Esse debate culminou na Constituição Federal de 1988, que, em seu artigo 196, consolidou a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). Nascia o Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado em bases descentralizadas, com financiamento tripartite (União, Estados, Municípios) e gestão participativa. Apesar das dificuldades, tais como subfinanciamento crônico, as desigualdades regionais de acesso, a dependência de prestadores privados e a judicialização da saúde, o SUS permanece como uma das maiores políticas de inclusão social da América Latina, articulando vigilância em saúde, promoção, prevenção, assistência e participação popular através de Conselhos e Conferências de Saúde em todos os níveis federativos (Paim, 2008; Giovanella *et al.*, 2021).

Como em diversos sistemas de saúde ao redor do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS) está estruturado em três níveis de atenção à saúde: primária, secundária e terciária. A atenção primária é considerada a porta de entrada preferencial do sistema, com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado integral contínuo, geralmente realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A atenção secundária é voltada para o atendimento especializado, sendo indicada quando as necessidades do usuário excedem a capacidade resolutiva da atenção primária, como ocorre nos ambulatorios de especialidades e centros de atenção psicossocial. Já a atenção terciária



ria, envolve ações de alta complexidade e tecnologia, como internações hospitalares, cirurgias e procedimentos diagnósticos avançados, normalmente realizadas em hospitais gerais ou universitários. Essa estrutura organizacional visa garantir a integralidade, a equidade e a continuidade do cuidado no SUS, conforme estabelecido pelas diretrizes do sistema (Brasil, 2011).

2 História da Psicologia e da Neuropsicologia na Saúde Coletiva

No Brasil, a trajetória da Psicologia na Saúde Coletiva está profundamente vinculada aos processos de redemocratização e às reformas estruturais no campo da saúde. Essa inserção ganhou força no final da década de 1970, no contexto do movimento da Reforma Sanitária, que lutava pela construção de um sistema público de saúde universal, integral e equitativo. Foi nesse cenário que a Psicologia passou a assumir um papel mais ativo nas discussões e nas práticas voltadas às necessidades da comunidade.

A entrada efetiva da Psicologia no SUS, instituído pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), é um marco no trajeto institucional da profissão. Com a expansão dos princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade – a prática psicológica passou a ser reconfigurada e a aderir à atenção integral, buscando superar desigualdades sociais. A atuação de psicólogas e psicólogos está inserida em diferentes níveis de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), compondo um modelo de cuidado integral e interdisciplinar. Na Atenção Primária à Saúde, por exemplo, essa presença se dá por meio das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), programa do Ministério da Saúde que substitui e amplia as ações anteriormente realizadas pelos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF). As eMulti são compostas por profissionais

de diferentes áreas, que atuam de forma articulada com as equipes de Saúde da Família, ampliando a resolutividade das ações de cuidado e promovendo maior integralidade na atenção à saúde da população. No nível secundário, as(os) psicólogas(os) se fazem presentes em dispositivos especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e têm papel central no cuidado em saúde mental, e nos Centros Especializados em Reabilitação (CER), voltados à atenção integral às pessoas com deficiência. Há também inserções relevantes em contextos específicos, como a atenção à saúde indígena, o cuidado à população em situação de rua e a saúde do trabalhador (Dimenstein, 2000). No nível terciário de atenção, psicólogas(os) atuam em hospitais gerais e unidades de alta complexidade, oferecendo avaliação e intervenção psicológica junto a pacientes hospitalizados, familiares e equipes, com ênfase na humanização do cuidado, na reabilitação psicossocial e na articulação em rede.

Outro marco significativo, foi a instituição da Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003, com o reconhecimento da escuta, do vínculo e do acolhimento como valores centrais do cuidado em saúde. A Psicologia influenciou muito a operacionalização desses princípios, fortalecendo um olhar para a saúde, também atravessado para relações interpessoais, processos grupais e organizações. A Saúde Mental, por sua vez, foi ampliada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada na década de 1980, que visava substituir os hospitais psiquiátricos por serviços comunitários e dispositivos territoriais gradualmente. Tais transformações indicaram a necessidade dos profissionais da Psicologia adotarem uma nova postura que enfatizasse a desinstitucionalização e a autonomia do usuário (Amarante, 2007).

No campo educacional e de formação, destaca-se a institucionalização da Saúde Coletiva como campo científico e disciplinar a partir dos anos

1990. Nesse contexto, a Saúde Coletiva emerge como um campo crítico. A produção de conhecimento psicológico nesse campo, tem sido decisiva para fortalecer essa perspectiva ampliada, contribuindo para a compreensão do papel das relações sociais e culturais na constituição da saúde e na formulação de políticas públicas. A criação da Associação Brasileira de Psicologia da Saúde (ABPSA) e a formação do grupo de trabalho “Psicologia e Saúde Pública” na Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), constituíram marcos relevantes na consolidação dos fundamentos teóricos e metodológicos da área. Nesse sentido, a Psicologia tem assumido um papel político, intervindo nas práticas de cuidado e colaborando para a construção de políticas públicas mais democráticas e comprometidas com a transformação social (Sawaia, 1999; Campos; Barros, 2009).

A Psicologia na Saúde Coletiva defende uma leitura ampla dos processos de sofrimento e cuidado, tornando a dimensão subjetiva inseparável das estruturas sociais. Essa perspectiva assume que o sofrimento psicológico é também atravessado por desigualdades históricas (ou seja, racismo, pobreza, sexismo, LGBTfobia e outras opressões estruturais). Isso exige que a contribuição da Psicologia esteja engajada na transformação das condições de vida, especialmente para os mais desfavorecidos (Yasui, 2010; Costa *et al.*, 2019). É nesse momento que a prática se torna política, reflexiva e situada.

Apesar dos avanços, ainda persistem barreiras significativas para o desenvolvimento dessa área. A qualificação profissional, especialmente no âmbito da formação em Psicologia, ainda apresenta lacunas importantes, pois práticas intersetoriais e conteúdos relacionados aos determinantes sociais da saúde, são raramente contemplados no currículo (Oliveira, 2020). Essa limitação compromete a preparação de profissionais para

atuar de forma integrada no SUS, dificultando o trabalho em equipe, a gestão compartilhada do cuidado e o estabelecimento de vínculos com os territórios, marcados por complexidade e dinamicidade.

Outros desafios envolvem o reconhecimento institucional da Psicologia como um campo consolidado dentro da Saúde Coletiva. Mesmo com a Regulamentação do Campo de Especialização “Psicologia da Saúde”, em 2007, estabelecida pelo CFP, ainda existe ambiguidade em relação à delimitação dos campos de atuação profissional e ao referencial teórico dos mesmos. Além disso, condições precárias de trabalho, rotatividade de profissionais e lógica gerencial relacionada à política de saúde, dificultam a continuidade e qualidade das ações psicológicas nos serviços públicos (Paim, 2011; Oliveira, 2020).

Desde então, uma sucessão de crises políticas, econômicas e de saúde, como a pandemia de Covid-19, tornaram mais evidente a fragilidade estrutural do SUS e destacaram o papel da ação psicológica com o sofrimento coletivo, emergencial e com o colapso das instituições. Psicólogas(os) desempenharam um papel essencial no atendimento às angústias de trabalhadores da saúde, familiares e usuários, no desenvolvimento de estratégias de cuidado comunitário, no apoio psicossocial e na advocacia por direitos. Esses cenários consolidaram a importância de práticas territorializadas, em rede e solidárias (Silva *et al.*, 2021).

Em suma, o passado da Psicologia na Saúde Coletiva apresenta-se em um contexto de relações conflituosas, que se estabelecem entre modelos psicologizantes e propostas de ações voltadas para a mudança social. O fortalecimento desta área, inclui a valorização do trabalho em práticas críticas, a ampliação de uma formação humanizada e a presença de profissionais engajados com os princípios do SUS. A Psicologia se coloca na luta por um cuidado em Saúde Coletiva que seja justa, integrada e de-

mocrática, na qual a subjetividade é considerada como inerente à vida em sociedade. Quando consideramos o papel da Neuropsicologia na Saúde Coletiva, observamos um campo crescente, principalmente ganhado importância na arena internacional nos últimos anos, mas que ainda é muito incipiente em termos teóricos e metodológicos.

O campo da Neuropsicologia desenvolveu-se originalmente em contexto clínico e experimental, visando investigar déficits cognitivos no nível individual, principalmente em pacientes com lesão cerebral ou doenças neurológicas. No entanto, uma vez que os determinantes sociais da saúde foram ativamente abraçados como determinantes-chave da saúde da população, tornou-se evidente que uma abordagem mais contextualizada e inclusiva da prática neuropsicológica é imperativa (Ardila, 1995; Lezak *et al.*, 2012).

O desenvolvimento inicial da Neuropsicologia esteve fortemente ancorado em modelos biomédicos. No entanto, a partir da década de 1990, com o avanço das neurociências sociais e a intensificação das críticas ao reducionismo biológico, emergiram questionamentos importantes sobre os limites das abordagens neuropsicológicas tradicionais, especialmente no que se refere à sua aplicabilidade em populações diversas, marcadas por desigualdades de status socioeconômico e outras vulnerabilidades (Ardila, 2005; Manly, 2005).

Uma das principais contribuições recentes para o campo, é a compreensão de que fatores socioculturais têm um impacto direto no desempenho em testes neuropsicológicos e no que é considerado desempenho “normal”. Pesquisas indicam que o nível socioeconômico, grau de escolaridade, histórico cultural, experiências negativas de vida e o acesso a cuidados médicos adequados, afetam o funcionamento cognitivo nas avaliações clínicas (Brickman *et al.*, 2006). Essa perspectiva serviu como impulso para o desenvolvimento de medidas mais justas culturalmente e para um uso e interpretação mais justo dos instrumentos neuropsicológicos.

Nos Estados Unidos, a psicóloga Jennifer Manly tem sido uma das figuras mais proeminentes nesse debate, articulando a visão de que a ausência de contexto histórico racial e social no trabalho neuropsicológico contribui para a desigualdade contínua no diagnóstico e tratamento. Manly (2005; 2008), em seus estudos, mostra como o viés nos testes cognitivos pode resultar em falsos positivos de demência entre negros e indivíduos com baixa escolaridade. Isso se torna um grave problema de saúde pública, pois interfere no acesso ao tratamento e cuidado neuropsicológico, podendo estigmatizar e criminalizar pessoas com transtornos mentais e/ou déficits cognitivos.

De forma semelhante, Westerhaus *et al.* (2015) propõem que a Neuropsicologia avance em direção a uma convergência com os princípios da Saúde Coletiva e da Saúde Global, assumindo uma práxis transdisciplinar, capaz de investigar como determinantes sociais, políticos e econômicos, impactam o funcionamento cerebral. Para esses autores, torna-se evidente a urgência de modelos de cuidado que sejam culturalmente responsivos, adequados às realidades locais e comprometidos com a justiça social. Nesse sentido, seria

inconcebível repensar a prática neuropsicológica sem considerar o fortalecimento de políticas públicas que assegurem equidade no acesso às ações de prevenção, avaliação e reabilitação neuropsicológica.

Ardila (2013) propõe o conceito de “Neuropsicologia multicultural”, argumentando que o cérebro humano se desenvolve em constante interação com contextos sociais e culturais específicos. Segundo o autor, a utilização de instrumentos neuropsicológicos sem a devida consideração dos fatores socioculturais pode levar a interpretações enviesadas, como falsos positivos e a patologização de modos de funcionamento típicos de determinadas culturas. Essa perspectiva amplia o escopo da Neuropsicologia para além de seus contornos clínicos tradicionais, aproximando-a de agendas fundamentais da Saúde Coletiva, como a equidade, os determinantes sociais da saúde e os princípios da saúde global.

No entanto, a interseção da Neuropsicologia e da Saúde Coletiva enfrenta barreiras conceituais e metodológicas substanciais. A primeira relaciona-se à formação dos profissionais, que tradicionalmente, em sua formação, não são expostos aos princípios da Saúde Coletiva e das ciências sociais. Além disso, a prática neuropsicológica ainda é majoritariamente baseada em métodos individualizados, com pouca integração com decisões de saúde pública ou intervenções comunitárias (Kirmayer; Gómez-Carrillo, 2019).

Outra limitação importante é a falta de pesquisa epidemiológica sobre transtornos neuropsicológicos em grupos desfavorecidos, particularmente, em populações de baixa renda e condições de vulnerabilidade. Uma grande proporção de estudos continua apresentando dados baseados em populações em posição de privilégio socioeconômico, racial, gênero e social, restringindo a transferibilidade do conhecimento efetivo e o desenvolvimento de políticas específicas. Por fim, a ausência de finan-

ciamento e infraestrutura para pesquisa com populações diversas em Neuropsicologia ainda é um gargalo para o progresso do campo em geral (Okonkwo *et al.*, 2020).

Apesar das restrições ainda presentes, observa-se, mais recentemente, o surgimento de iniciativas promissoras. A incorporação de atividades sociais no cuidado a pessoas idosas, a inserção progressiva da Neuropsicologia no contexto escolar e a formulação de políticas públicas voltadas à valorização da neurodiversidade, têm contribuído para o fortalecimento de uma prática neuropsicológica mais comprometida com as demandas sociais e com os princípios da equidade. Esses exemplos fornecem evidências de que é possível implementar uma Neuropsicologia inserida nos sistemas de saúde pública, não apenas baseada em um modelo de remediação de déficits, mas voltada para a promoção de saúde mental em larga escala (González *et al.*, 2021).

As evidências recentes parecem confirmar que a Neuropsicologia dentro da Saúde Coletiva, pode, cada vez mais, agir de forma mais equitativa e contextual. Isso significa ampliar os modelos universalistas e estimular a construção de práticas que reconheçam as desigualdades estruturais que condicionam o funcionamento neuropsicológico. Ao abraçar os princípios da justiça social, equidade e determinantes sociais, a Neuropsicologia pode ser parte de ferramentas poderosas para avançar a Saúde Coletiva e a cidadania.

3 Neuropsicologia no campo da Saúde Coletiva: caminhos da atenção e produção de cuidado

Conforme a Resolução CFP 17/2022, dentre os modelos de atuação da(o) psicóloga(o) nos serviços de saúde, estão a promoção, prevenção e educação em saúde; avaliação psicológica; intervenção e reabilitação. Aqui, serão discutidos modelos de atuação da neuropsicologia, considerando que a área da Neuropsicologia está avançando na Saúde Coletiva, à medida que a importância da saúde cerebral na saúde física e mental é cada vez mais reconhecida. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2022), “a saúde cerebral é o estado de funcionamento do cérebro nos domínios cognitivo, sensorial, socioemocional, comportamental e motor, permitindo que a pessoa realize todo o seu potencial ao longo da vida”.

I. A promoção, prevenção e educação em saúde: é uma ação necessária na Saúde Coletiva, pois o objetivo da(o) psicóloga(o) que atua na atenção básica de saúde, é a proposição de intervenções de caráter preventivo, porém, não há muitas diretrizes para isso (Lemos; Lhullier, 2020). A promoção da saúde no âmbito da Neuropsicologia envolve a consideração tanto de fatores de risco quanto de proteção, destacando o fortalecimento

de habilidades para a vida, de competências cognitivas, sociais e emocionais, bem como a ampliação do bem-estar, da resiliência e do acesso equitativo a recursos e oportunidades (Conselho Federal de Psicologia, 2023). Já os modelos preventivos em Neuropsicologia, visam reduzir a incidência, a prevalência e a gravidade de doenças neurológicas, transtornos neurocognitivos e transtornos do neurodesenvolvimento, com foco em intervenções precoces e estratégias de promoção da saúde cerebral, buscando otimizar o funcionamento cognitivo e emocional, e a diminuição de ocorrência de condições clínicas e comprometimentos associados. A atuação da neuropsicóloga e do neuropsicólogo em programas de promoção de saúde, envolve pessoas e comunidades, e algumas dessas diretrizes foram explicitadas no *Manual de Neuropsicologia: Ciência e Profissão* (CFP, 2023). Da perspectiva prática, a(o) neuropsicóloga(o) pode, por exemplo, desenvolver as seguintes ações:

Nível de Ação	Descrição das Ações
Na promoção da saúde	Implementar programas universais em escolas, voltados ao fortalecimento de habilidades cognitivas e socioemocionais na infância e adolescência;
	Elaborar campanhas de sensibilização para a população em geral sobre saúde cerebral ao longo do ciclo vital, incentivando práticas de autocuidado como: • leitura; • jogos cognitivos; • atividade física; • participação social e • envelhecimento ativo.
	Promover ações intersetoriais com a educação e a saúde, para fomentar ambientes inclusivos e protetivos que favoreçam o desenvolvimento integral, a autonomia e a redução do estigma relacionado a doenças neurológicas, transtornos neurocognitivos e transtornos do neurodesenvolvimento, em todas as idades.

Nível de Ação	Descrição das Ações
Na prevenção primária	Desenvolver programas formativos para profissionais da saúde e da educação sobre sinais de alerta de dificuldades cognitivas, comportamentais e neurológicas, em diferentes etapas da vida;
	Realizar ações educativas dirigidas a grupos familiares e comunitários sobre práticas de cuidado relacionadas à alimentação, sono, atividade física, uso de tecnologias e manejo do estresse, incluindo também a prevenção de fatores de risco cardiovasculares associados a condições neurológicas em adultos e idosos, como acidente vascular cerebral (AVC) e comprometimento cognitivo leve;
	Produzir materiais de orientação, voltados a populações em situação de vulnerabilidade social, ampliando o acesso a informações que impactam o desenvolvimento e a manutenção da saúde cerebral ao longo da vida.
Na prevenção secundária	Realizar identificação de problemas de saúde em estágios iniciais ou subclínicos, por meio de triagens neuropsicológicas, em contextos comunitários, escolares e de atenção primária em saúde;
	Realizar intervenções precoce-preventivas em dificuldades de aprendizagem, linguagem e atenção em crianças, bem como programas de estimulação cognitiva em adultos e idosos em risco para declínio cognitivo;
	Implementar sistemas universais de triagem para risco de transtornos do neurodesenvolvimento (como TEA e TDAH) e de transtornos neurocognitivos (como comprometimento cognitivo leve e demências), em parceria com serviços de saúde e educação;
	Articular protocolos de acompanhamento com equipes multiprofissionais para o manejo precoce de sequelas decorrentes de condições neurológicas, como traumatismo cranioencefálico, epilepsia e esclerose múltipla, prevenindo a progressão de quadros clínicos, em todas as faixas etárias.

Exemplos de atuação podem ser desenvolvidos em articulação com políticas públicas, como o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286/2007 (Brasil, 2007), que integra saúde e educa-

ção com foco na promoção, prevenção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino. O PSE prevê o desenvolvimento de atividades educativas, preventivas e de acompanhamento em saúde no espaço escolar, criando oportunidades para a inserção de práticas neuropsicológicas voltadas à promoção da saúde cerebral, à identificação precoce de dificuldades cognitivas, comportamentais e de aprendizagem, bem como ao encaminhamento adequado de estudantes em risco para doenças neurológicas, transtornos neurocognitivos, transtornos do neurodesenvolvimento e transtornos específicos da aprendizagem. Outra possibilidade relevante é a atuação junto às Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), instituídas pela Portaria GM/MS nº 635/2023 (Brasil, 2023), que ampliam a resolutividade da atenção básica, por meio de práticas interdisciplinares e colaborativas. Nesse contexto, a(o) psicóloga(o) com especialização em Neuropsicologia, pode contribuir para ações de promoção da saúde cerebral, capacitação de equipes, triagem de condições neurocognitivas e desenvolvimento de práticas educativas junto a famílias e comunidades, alinhando-se às diretrizes da Atenção Primária Saúde. A literatura também apresenta exemplos ilustrativos, como o estudo de Silva *et al.* (2012), que descreve a realização de uma oficina de estimulação em grupo com crianças em risco, para o desenvolvimento de transtornos de aprendizagem, evidenciando a relevância de estratégias preventivas aplicadas em contextos escolares. Esses exemplos reforçam o potencial da Neuropsicologia em contribuir de forma efetiva para a promoção e a prevenção em saúde, por meio da articulação com políticas públicas e da implementação de intervenções intersetoriais.

II. A avaliação neuropsicológica na Saúde Coletiva: diferente das propostas de intervenção, essa ação é amplamente discutida na literatura internacional. Pliskin (2018) enfatiza que os estudos já produziram dados que demonstram a utilidade, a relação custo-benefício e/ou a melhoria

na qualidade de vida associadas a avaliação neuropsicológica em serviços de saúde. Para esse autor, já há os elementos-chave do cuidado integrado adequados à prática da neuropsicologia, com sua ênfase na triagem abrangente, avaliação e coordenação do cuidado, mas isso requer uma expansão e diversificação dos padrões de práticas clínicas tradicionais, adotadas pelas(os) neuropsicólogas(os), sendo que essa prática não necessariamente evoluiu para modelos mais concisos, pois as(os) neuropsicólogas(os) não costumavam ser integrados em ambientes de atenção básica, secundária ou terciária.

Lanka (2018) propõe um modelo interessante de avaliação neuropsicológica que ela denominou de “escalonado”, que envolve diversos tipos de avaliações neuropsicológicas, desde consultas, até avaliações mais abrangentes com intervenção. Essas etapas também podem ser recursivas, ou seja, um paciente que pode ter passado por uma avaliação neuropsicológica completa no passado, pode precisar apenas de uma avaliação mais breve para monitoramento. Triagens cognitivas e/ou de humor (por exemplo, o uso do Mini Exame do Estado Mental- MEEM), também são frequentemente realizadas na consulta médica, o que difere substancialmente de modelos de avaliação neuropsicológica breve, que adota instrumentos neuropsicológicos selecionados na abordagem de questões específicas de encaminhamento (por exemplo, TDAH, demência), que pode ou não, requerer uma avaliação mais ampla para determinar a extensão da condição e/ou a especificação diagnóstica. No Brasil, uma iniciativa dessa natureza foi publicada por Miranda *et al.* (2018), que propõe um modelo de avaliação neuropsicológica breve para crianças e adolescentes atendidas em centros de saúde. Conforme destacam Glen *et al.* (2018), existem limitações no modelo tradicional de fornecer baterias neuropsicológicas abrangentes e longas, exigindo flexibilidade ou encaminhamentos para esses tipos de avaliações na Saúde Coletiva. Restrições de espaço e interrupções de profissionais com necessidades

urgentes do paciente, podem afetar ainda mais a capacidade de avaliar os pacientes com eficácia, além do custo disso, como já citado. Cabe à neuropsicóloga e ao neuropsicólogo buscarem essas evidências científicas e as recomendações divulgadas na literatura nacional e internacional.

A avaliação neuropsicológica pode, por exemplo, ser desenvolvida em diferentes situações no âmbito da atenção especializada em saúde, oferecendo suporte fundamental para diagnósticos diferenciais, definição de condutas clínicas e elaboração de estratégias de reabilitação.

Nível de Atenção	Descrição das Ações e Contribuições
Na atenção secundária:	A avaliação pode contribuir para a identificação precoce de dificuldades cognitivas e comportamentais em crianças encaminhadas por escolas ou pela atenção primária à saúde, auxiliando no rastreamento de transtornos do neurodesenvolvimento em serviços especializados.
	Também é essencial na análise de sequelas cognitivas decorrentes de traumatismos cranioencefálicos ou acidentes vasculares cerebrais (AVC), fornecendo parâmetros objetivos para orientar a conduta terapêutica.
	Em ambulatórios de neurologia, psiquiatria e saúde mental , a(o) neuropsicóloga(o) integra os resultados de sua avaliação aos planos multiprofissionais de cuidado, colaborando na indicação de intervenções farmacológicas, psicoterápicas e educacionais.
	Além disso, em contextos hospitalares , pode atuar junto a equipes de oncologia pediátrica, avaliando o impacto de quimioterapia e radioterapia no desenvolvimento cognitivo, bem como acompanhar crianças e adolescentes submetidos a tratamentos neurológicos de alta complexidade.

Nível de Atenção	Descrição das Ações e Contribuições
Na atenção terciária:	A avaliação neuropsicológica assume papel central em contextos hospitalares de maior complexidade. Ela pode ser realizada em avaliações pré-cirúrgicas de candidatos a procedimentos neurológicos ou neurocirúrgicos , como cirurgias de epilepsia ou ressecções de tumores cerebrais, fornecendo dados sobre riscos, prognóstico e possíveis impactos cognitivos.
	Também se aplica em unidades de terapia intensiva e enfermarias neurológicas , no acompanhamento de pacientes críticos em recuperação de encefalites, hipóxias ou traumatismos cranianos graves, auxiliando na previsão de desfechos e no planejamento de reabilitação.
	Em adultos e idosos, a avaliação pode monitorar o curso de doenças crônicas , como esclerose múltipla, doença de Parkinson e demências, servindo de base para protocolos de estimulação cognitiva e suporte às famílias.
	A avaliação neuropsicológica também auxilia na definição de estratégias que contribuam para a inclusão educacional, laboral e comunitária.

Exemplos de atuação podem ser desenvolvidos em articulação com políticas públicas, como nos Centros Especializados em Reabilitação, que integram equipes multiprofissionais organizadas nas modalidades física, auditiva, visual e intelectual e constituem um espaço privilegiado para a prática neuropsicológica (Brasil, 2013). Nesses serviços, a avaliação neuropsicológica contribui para a elaboração de planos terapêuticos individualizados, a promoção da inclusão educacional e laboral e o fortalecimento da autonomia de crianças, adultos e idosos. A prática também se articula às diretrizes voltadas à atenção integral às pessoas com doenças raras, em que a avaliação neuropsicológica pode apoiar diagnósticos

diferenciais, monitorar repercussões cognitivas e comportamentais e orientar estratégias de cuidado intersetorial (Brasil, 2014). Em síntese, a avaliação neuropsicológica na atenção especializada em saúde constitui um recurso estratégico para ampliar a precisão diagnóstica, orientar condutas clínicas e fortalecer processos de reabilitação. Sua aplicabilidade vai desde triagens e diagnósticos diferenciais em serviços especializados, até avaliações pré-cirúrgicas e acompanhamento de pacientes com sequelas neurológicas ou condições crônicas.

III. A intervenção e reabilitação neuropsicológica: Os princípios da intervenção e da reabilitação neuropsicológica, já bem estabelecidos na literatura, são processos terapêuticos que visam otimizar o funcionamento cognitivo e comportamental de indivíduos com dificuldades decorrentes de lesões cerebrais, doenças neurológicas ou transtornos do desenvolvimento. O objetivo principal é melhorar a qualidade de vida do paciente, promovendo a independência e a participação em atividades cotidianas. A intervenção neuropsicológica tem como foco compreender e tratar as dificuldades cognitivas, emocionais e comportamentais, que podem surgir durante o desenvolvimento ou após uma lesão cerebral. Já a reabilitação neuropsicológica, é um processo terapêutico mais amplo, que inclui a avaliação, intervenção e acompanhamento do paciente. Consiste em um conjunto de procedimentos e técnicas que tem como objetivo intervir em um ou mais processos cognitivos, comportamentais e emocionais, buscando um melhor desempenho e funcionalidade do sujeito (CFP, 2023). Nos modelos de atuação da psicóloga e do psicólogo, isso se dá na atenção terciária (Resolução CFP 17/2022).

A reabilitação neuropsicológica na Saúde Coletiva, considera o indivíduo como parte de um contexto social, buscando promover a reintegração social e a participação ativa na comunidade. As neuropsicólogas e neuropsicólogos que consideram a prestação de serviços em serviços de

Intervenção neuropsicológica

Compreende e trata as dificuldades cognitivas, emocionais e comportamentais, que podem surgir durante o desenvolvimento ou após uma lesão cerebral.

Reabilitação neuropsicológica

Processo terapêutico mais amplo, que inclui a avaliação, intervenção e acompanhamento do paciente.

saúde, precisam estar cientes não apenas das diferenças práticas, como os tipos de pacientes, mas também das diferenças e expectativas culturais inerentes aos ambientes de reabilitação. Isso quer dizer que, na Saúde Coletiva, ainda há grandes desafios devido à falta de recursos, a necessidade de formação de profissionais capacitados e a dificuldade de acesso a serviços em algumas áreas. E, ainda, há uma escassez de estudos de modelos de reabilitação em Saúde Coletiva, sendo predominante os modelos oriundos de instituições privadas ou públicas, como serviços-escola em universidades públicas. Porém, a vasta literatura da reabilitação neuropsicológica traz evidências importantes para atuação da neuropsicóloga e do neuropsicólogo na Saúde Coletiva, como, por exemplo, processos individuais e grupais (grupos terapêuticos), programas para familiares/cuidadores, promoção da inclusão social e participação ativa na comunidade (Fontoura *et al.*, 2020).

4 Perspectivas Futuras

A inserção da Psicologia e, mais especificamente, da Neuropsicologia na Saúde Coletiva brasileira, decorre das transformações estruturantes promovidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que reorganizou a atenção psicossocial com base em princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social.

Antes circunscrita predominantemente ao contexto dos consultórios privados, a Neuropsicologia passou a ocupar espaços institucionais públicos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) e ambulatórios de especialidades vinculados a hospitais universitários (Giovanella *et al.*, 2018).

Não obstante os avanços, a literatura evidencia obstáculos relevantes para a consolidação dessa prática ampliada. Entre eles, destacam-se a escassez de profissionais com formação específica, a inexistência de protocolos validados para populações com distintas realidades socio-culturais e as fragilidades na infraestrutura dos serviços, que limitam a continuidade de ações de cuidado integral (Giovanella *et al.*, 2018; Paim, 2011). Em várias regiões do país, o acesso às práticas neuropsicológicas ainda é condicionado a filas de espera extensas, processos de judicialização ou parcerias pontuais com instituições de ensino superior (Giovanella *et al.*, 2018).

Para estar plenamente alinhada à perspectiva crítica da Saúde Coletiva, a Neuropsicologia precisa deslocar o olhar restrito do modelo biomédico, tradicionalmente centrado na emissão de diagnósticos e laudos formais, para assumir uma abordagem interdisciplinar, comunitária e articulada aos determinantes sociais que condicionam o desenvolvimento neurocognitivo.

Nesse contexto, o apoio matricial constitui uma estratégia essencial, pois possibilita a atuação integrada de neuropsicólogas e neuropsicólogos com equipes de Atenção Básica, a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde, o suporte técnico-pedagógico a professores da rede pública e o fortalecimento de fluxos de encaminhamento entre os diferentes níveis de complexidade do sistema (Campos, 2000; Castro; Campos, 2016).

Pesquisadores ressaltam que práticas clínicas restritas e fragmentadas, tendem a negligenciar os condicionantes estruturais da saúde e da doença. Por essa razão, torna-se indispensável considerar fatores como condições de vida precárias, violência, exclusão escolar e pobreza, que impactam diretamente o funcionamento cognitivo de populações em situação de vulnerabilidade (Pellegrini Filho, 2011). Além disso, é fundamental que as políticas públicas voltadas à área incorporem recortes de gênero, raça, território e condição socioeconômica, como dimensões indissociáveis do enfrentamento das iniquidades em saúde (Victora *et al.*, 2011).

Outro aspecto central para consolidar a prática neuropsicológica no âmbito da Saúde Coletiva é o fortalecimento de redes intersetoriais articuladas por estratégias, como o apoio matricial. A integração da Neuropsicologia com áreas correlatas, como Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Educação Especial, potencializa os resultados das intervenções, desde que

organizada em linhas de cuidado pactuadas, fluxos colaborativos e ações comunitárias compartilhadas (Castro; Campos, 2016).

Na perspectiva coletiva, a atuação neuropsicológica também abrange ações de educação em saúde, produção de materiais de orientação para famílias, desenvolvimento de estratégias de prevenção de agravos neurocognitivos e promoção de programas de estimulação cognitiva junto às comunidades (Paim, 2011). Essas dimensões reafirmam o caráter pedagógico, participativo e social do trabalho neuropsicológico integrado ao SUS.

O fortalecimento desse campo, demanda a consolidação de diretrizes técnicas consistentes, a ampliação da formação especializada, o estímulo à pesquisa aplicada em contextos reais da rede pública e a pactuação de protocolos que assegurem continuidade e efetividade do cuidado. Nesse sentido, estudos indicam que o enfrentamento das desigualdades em saúde, implica garantir acesso universal, não apenas a tecnologias diagnósticas, mas também a intervenções terapêuticas integradas e contextualizadas socialmente (Pellegrini Filho, 2011).

Diante desse cenário, o fortalecimento da Neuropsicologia na Saúde Coletiva exige a consolidação de diretrizes técnicas consistentes, a ampliação da formação especializada para atuação em contextos comunitários, a produção de protocolos de avaliação e intervenção validados para diferentes realidades e o incentivo à pesquisa aplicada em situações reais da rede pública. Além disso, torna-se essencial fomentar políticas públicas que integrem a Neuropsicologia aos níveis primário, secundário e terciário de atenção, garantindo acesso universal a tecnologias diagnósticas e terapêuticas e fortalecendo linhas de cuidado articuladas em redes intersetoriais.

Ao deslocar-se do paradigma estritamente biomédico para um modelo crítico e integrado, a Neuropsicologia reafirma seu compromisso com a redução das iniquidades em saúde e consolida-se como campo estratégico para o cuidado integral à saúde no Brasil.

Referências

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANGELAKIS, A. N.; KOUTSOYIANNIS, D.; TCHOBANOGLOUS, G. Urban wastewater and stormwater technologies in ancient Greece. *Water Research*, [S.l.], v. 39, n. 1, p. 210–220, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.watres.2004.08.033>.

ARDILA, A. Cultural values underlying psychometric cognitive testing. *Neuropsychology Review*, [S.l.], v. 15, p. 185–195, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11065-005-9180-y>.

ARDILA, A. Directions of research in cross-cultural neuropsychology. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 143–150, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01688639508405113>.

ARDILA, A. The impact of culture on neuropsychological test performance. In: *International Handbook of Cross-Cultural Neuropsychology* (p. 23–41). [S.l.], 2013.

BIANCHI, F. Medieval hospitals in Western Europe: Organization and care practices. *Medicina nei Secoli*, [S.l.], v. 36, n. 1, p. 27–45, 2024. Disponível em: https://rosa.uniroma1.it/rosa01/medicina_nei_secoli/article/download/2897/2603/5330.

BORGHI, C. M. S. D. O.; Oliveira, R. M. D.; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trabalho, educação e saúde*, [S.l.], v. 16, p. 869-897, 2018.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. *Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007*. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano CXLIV, n. 235, p. 2, 6 dez. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção básica e a saúde da família*. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_basica_saude_familia.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.303, de 28 de junho de 2013*. Redefine a organização dos Centros Especializados em Reabilitação – CER, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 124, p. 46, 28 jun. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1303_28_06_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 199, de 30 de janeiro de 2014*. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 22, p. 44, 31 jan. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023*. Institui as Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 96, p. 126, 23 maio 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html

BREILH, J. Latin American critical ('social') epidemiology: New settings for an old dream. *International Journal of Epidemiology*, [S.l.], v. 37, n. 4, p. 745–750, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyn135>.

BRICKMAN, A. M.; CABO, R.; MANLY, J. J. Ethical issues in cross-cultural neuropsychology. *Applied Neuropsychology*, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 91–100, 2006. Disponível em: https://doi.org/10.1207/s15324826an1302_3.

BUKLIJAS, T. Medicine and society in the medieval hospital. *Croatian Medical Journal*, [S.l.], v. 49, n. 2, p. 151–154, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.3325/cmj.2008.2.151>.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Health and its social determinants. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 41, n. 4, p. 463–471, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo de saberes e práticas em disputa. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 429–430, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>.

CAMPOS, G. W. S. Semblantes da Saúde Coletiva: tendências e perspectivas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, [S.l.], v. 27, p. e220465, 2023.

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B. Trabalhar em equipe: Reexaminando o modo de trabalhar em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva* (p. 259–277). São Paulo: Hucitec, 2009.

CASANOVA, J.-L.; ABEL, L. The genetic theory of infectious diseases: a brief history and selected illustrations. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, [S.l.], n. 14, p. 215–243, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-genom-091212-153448>.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial como articulador das equipes multiprofissionais na atenção básica à saúde mental: revisão integrativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 26, n. 2, p. 455–481, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>.

CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: The first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, [S.l.], v. 397, n. 10277, p. 1771–1786, 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Manual: Neuropsicologia – ciência e profissão*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2023. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/manual-neuropsicologia-ciencia-e-profissao/>.

COSTA, L. F. da; DIMENSTEIN, M.; LEAL, S. S. Práticas críticas em psicologia: Desafios para a formação e o trabalho no SUS. *Psicologia & Sociedade*, [S.l.], v. 31, p. e196059, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31196059>.

CUNNINGHAM, A. A caneta e a espada: recuperando a identidade disciplinar da fisiologia e da anatomia antes de 1800. *Estudos em História e Filosofia das Ciências Biológicas e Biomédicas*, [S.l.], v. 33, n. 4, p. 631-665, 2002. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s1369-8486\(02\)00023-7](https://doi.org/10.1016/s1369-8486(02)00023-7).

DEWITTE, S. N. Mortality risk and survival in the aftermath of the medieval Black Death. *PLoS ONE*, [S.l.], v. 9, n. 5, p. e96513, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096513>.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo no SUS: Os desafios da atuação profissional em Saúde Coletiva. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 5, n. 1, p. 93-121, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100010>.

FEE, E.; BROWN, T. M. The unfulfilled promise of public health: Déjà vu all over again. *Health Affairs*, [S.l.], v. 21, n. 6, p. 31-43, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.6.31>.

FLEURY, S. Brazilian sanitary reform: dilemmas between the instituting and the institutionalized. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>.

FONTOURA, D. R. et al. *Teoria e prática na reabilitação neuropsicológica*. São Paulo: Vetor Editora, 2020.

GIOVANELLA, L. et al. Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>.

GLEN, E. T. et al. Integrative Care Models in Neuropsychology: A National Academy of Neuropsychology Education Paper. *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, [S.l.], v. 34, n. 2, p. 141–151, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/arclin/acy092>.

GONZÁLEZ, H. M.; TARRAF, W.; GALLO, J. J. Multicultural neuropsychological assessment: Theory, research, and practice. In: FLANAGAN, D. P.; McDONOUGH, E. M. (Eds.). *Contemporary intellectual assessment* (p. 885–902). [S.l.], Guilford Press, 2021.

HOCHMAN, G. Priority, invisibility and eradication: The history of smallpox and the Brazilian public health agenda. *Medical History*, [S.l.], v. 53, n. 2, p. 229–252, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S002572730000020X>.

HORTON, R. Offline: COVID-19 and the NHS - “a national scandal”. *The Lancet*, [S.l.], v. 395, n. 10229, p. 1022, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30727-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30727-3).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde*. Brasília, DF: IBGE, 2021.

KIRMAYER, L. J.; GÓMEZ-CARRILLO, A. Neurodiversity, structural competency, and the politics of health. In: MALHI, N.; BHUGRA, D. (Eds.). *Mental health and illness in migration* (p. 39–55). [S.l.], Springer, 2019.

KLEISIARIS, C. F.; SFAKIANAKIS, C.; PAPATHANASIOU, I. V. Health care practices in ancient Greece: The Hippocratic ideal. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, [S.l.], v. 7, n. 6, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263393/>.

KRIEGER, N. Theories for social epidemiology in the 21st century: An eco-social perspective. *International Journal of Epidemiology*, [S.l.], v. 30, n. 4, p. 668–677, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>.

LANCA, M. Integration of Neuropsychology in Primary Care. *Archives of Clinical Neuropsychology*, [S.l.], v. 33, n. 3, p. 269–279, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/arclin/acx135>.

LEMONS, V. S; LHULLIER, C. A Psicologia na atenção básica e a Saúde Coletiva. *Revista Psicologia e Saúde*, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 177-188, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1076>.

LEZAK, M. D. et al. *Neuropsychological assessment* (5th ed.). Oxford: Oxford University Press, 2012.

LIMA, N. T. Public health and social ideas in modern Brazil. *American Journal of Public Health*, [S.l.], v. 97, n. 7, p. 1168–1177, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2003.036020>.

LIU, C. L. et al. The history of controlling and treating infectious diseases in ancient China. *Current Medical Science*, [S.l.], v. 44, n. 1, p. 64-70, 2024.

LURIA, A. R. *The working brain: An introduction to neuropsychology*. [S.l.]: Basic Books, 1973.

LUZ, M. T. Natural, racional, universal, moderno: O discurso da Saúde Coletiva na construção da sociedade brasileira contemporânea. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva* (p. 229–255). São Paulo: Hucitec, 2009.

MANLY, J. J. Advantages and disadvantages of separate norms for African Americans. *The Clinical Neuropsychologist*, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 270–275, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13854040590947349>.

MANLY, J. J. Critical issues in cultural neuropsychology: Profit from diversity. *The Clinical Neuropsychologist*, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 265–277, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13854040801980401>.

MARMOT, M. The health gap: The challenge of an unequal world. *The Lancet*, [S.l.], v. 386, n. 10011, p. 2442–2444, 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00150-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00150-6).

MIRANDA, M. C. *et al.* Neupsilin-Infemum Modelo de Avaliação Neuropsicológica Breve para Centros de Saúde. *Psico-USF*, Cascavel, v. 23, n. 1, p. 95-108, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230109>.

NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismos sociais. *Saúde em Debate*, [S.l.], v. 33, n. 83, p. 397–406, 2009.

OKONKWO, O. C.; WADLEY, V. G.; CROWE, M. Community-based cognitive health promotion: Challenges and opportunities. *The Gerontologist*, [S.l.], v. 60, n. 3, p. 563–572, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnz158>.

OLIVEIRA, R. M. de. Formação e atuação de psicólogos(as) no SUS: Dilemas e possibilidades. *Revista Polis e Psique*, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 108–129, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.102046>.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 18, p. 625-644, 2008.

PAIM, J. S. *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*. Bahia: Ed. UFBA, 2006.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2023

PELLEGRINI FILHO, A. Public policy and the social determinants of health: The challenge of the production and use of scientific evidence. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 27, suppl. 2, p. S135-S140, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400002>.

PLISKIN, N. H. The Economics of Healthcare Shape the Practice of Neuropsychology in the Era of Integrated Healthcare. *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, [S.l.], v. 33, n. 3, p. 260–262, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/arclin/acy008>.

SAWAIA, B. *As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes: 1999.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 29–41, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

SILVA, A. G.; YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. Pandemia e saúde mental: Entre o colapso institucional e o fortalecimento das redes de cuidado. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 38, p. e200102, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e200102>.

SILVA, B.; LUZ, T.; MOUSINHO, R. A eficácia das oficinas de estimulação em um modelo de resposta à intervenção. *Revista Psicopedagogia*, [S.l.], v. 29, n. 88, p. 15-24, 2012.

SUSSER, M.; SUSSER, E. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *American Journal of Public Health*, [S.l.], v. 86, n. 5, p. 668–673, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/ajph.86.5.668>.

SZRETER, S. The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850–1914: A re-interpretation of the role of public health. *Social History of Medicine*, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 1–38, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/shm/1.1.1>.

TAUBENBERGER, J. K.; MORENS, D. M. 1918 influenza: The mother of all pandemics. *Emerging Infectious Diseases*, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 15–22, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.3201/eid1201.050979>.

VICTORA, C. G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: The way forward. *The Lancet*, [S.l.], v. 377, n. 9782, p. 2042–2053, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60055-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60055-X).

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Subcampos e espaços na Saúde Coletiva: fronteiras e integração. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, [S.l.], v. 27, p. e220380, 2023.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. *O que é Saúde Coletiva*. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

WESTERHAUS, M. et al. A global model for social and cultural neuropsychology. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, [S.l.], v. 39, n. 4, p. 665–682, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11013-015-9454-2>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Brain health*. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/brain-health>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Genebra: WHO, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Genebra: WHO 2022.

YASUI, S. *Clínica peripatética: Psicanálise e saúde mental*. São Paulo: Hucitec, 2010.



