



## **Psicologia: desafios de uma atuação ancorada em práticas psicossociais**

**Maria Fonteles Rio Lima Costandrade de Aguiar<sup>1</sup>  
Francisco de Oliveira Barros Junior<sup>2</sup>**

**Resumo:** O presente artigo, através de pesquisa bibliográfica visa problematizar a atuação do psicólogo frente ao novo paradigma da saúde pública, em especial no contexto da atenção psicossocial são inúmeras as críticas que os psicólogos vêm sofrendo nas últimas décadas quanto à sua atuação no campo da saúde pública, entretanto eles são atores sociais importantíssimos nesse processo como agentes promotores de mudanças sociais. O psicólogo para trabalhar com os serviços substitutivos de saúde mental necessita se apropriar do que chama de práticas psicossociais, a partir da exigência da reforma psiquiátrica em lidar com a questão dos sujeitos no âmbito econômico, social e político, subjetivos, psicológicos, culturais, étnicos, de gênero, biológicos e ambientais. Implicará, portanto, a apropriação de uma cultura antimanicomial e de práticas que fogem ou se distanciam das que tem sido mais comuns e frequentes no exercício da profissão. Coloca o desafio constante de mediar as relações das pessoas com sofrimento psíquico com o mundo, buscando ampliar o seu poder contratual e o seu potencial de trocas sociais. O processo da saúde pública se transformou em um campo de trabalho de grande relevância social para o psicólogo no Brasil e, no lugar do desespero ou do abandono da profissão, é preciso criar resistências, construir outros saberes e práticas coletivamente.

**Palavras-chave:** formação profissional, psicologia, modelo de atenção psicossocial

---

<sup>1</sup>Psicóloga, Mestranda em Políticas Públicas da UFPI.

<sup>2</sup>Doutor em Ciências Sociais pela PUC (SP).



## 1. Introdução

Para Santos (1997), atualmente vive-se em um estado pós-moderno, repleto de acontecimentos denominados de Novos Movimentos Sociais (NMSs) que floresceram no mundo todo especialmente nas décadas de 70 e 80. Esses movimentos denunciavam a opressão e a violência e buscavam em particular a regulação do capitalismo pela sociedade.

No Brasil pós-ditadura, lutava-se pela instauração de uma nova democracia e o liberalismo característico da Nova República era, segundo Santos (1997), uma mistura do velho e do novo regime. Uma constituição fortalecia o congresso e houve uma ampliação das liberdades individuais de organização política e da cidadania. A sociedade após vinte e um anos via-se livre do regime ditatorial e passaria a questionar antigas condutas, dentre elas o modelo psiquiátrico no âmbito da saúde.

Foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) quem primeiro realizaria as primeiras experiências de desinstitucionalização, que culminaria com a Reforma Psiquiátrica e com o Projeto de Lei de autoria do deputado federal Paulo Delgado que iria dispor sobre o fechamento dos manicômios e a construção de serviços substitutivos.

Segundo Amarante (1999), a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial buscavam romper com a objetivação da loucura e no qual seria necessário conceber a questão da saúde/doença como um processo e ainda combater o conceito de normalidade que patologiza qualquer comportamento diferente.

O avanço das discussões levou a uma ampliação nas políticas públicas de saúde mental que reivindicavam um tratamento mais humano em uma rede descentralizada e que levasse em conta o aspecto multidimensional dos sujeitos.

De acordo com o relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental:

O processo saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania respeitando-se as diferenças e as diversidades. A vida exige uma abordagem abrangente no campo da saúde mental, capaz de romper com a usual



e ainda hegemônica concepção compartimentalizada do sujeito com as dissociações mente/corpo, trabalho/lazer, tão freqüentes na abordagem dos serviços de saúde. (BRASIL, 1993, p. 6)

Assim, a atenção integral em saúde mental propunha não só dispositivos sanitários, mas também socioculturais a partir de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo. A intervenção sob esse ponto de vista pode se dar sob diferentes aspectos da vida da pessoa como: os educacionais, os assistenciais e os de reabilitação. (BRASIL, 1994)

O relatório da II CNSM afirma que é necessário pensar a pessoa portadora de transtorno mental para além do seu diagnóstico e que as profissões que atuam junto a esses sujeitos deveriam repensar suas referências conceituais e operacionais, expandir suas fronteiras e romper com a ética que produz subjetividades proscritas e prescritas.

Segundo Dimenstein, (2009), os psicólogos compõem uma categoria profissional historicamente ligada ao campo da reforma psiquiátrica. Entretanto, segundo a mesma autora, considerar a reforma psiquiátrica na perspectiva de sua desinstitucionalização significa promover um trabalho vivo dentro dos serviços substitutivos, sendo o sofrimento humano o verdadeiro objeto de intervenção, bem como buscar outras possibilidades de existência que dêem outros sentidos às vidas das pessoas portadoras de transtorno mental. (DIMENSTEIN, 2009).

Assim, desinstitucionalizar significa bem mais do que sair do manicômio. Significa encontrar uma liberdade existencial que foi relegada por todo um peso institucional do qual o sujeito mesmo fora dos muros age como se ainda estivesse dentro deles.

De acordo com Acioly (2010, p. 36):

Na modernidade, quando a loucura passou a ter conotação de doença mental, tornou-se possível a restauração da razão do chamado louco e, por conseguinte, de sua condição de sujeito. Para tanto era necessária sua reclusão no asilo sob várias medidas “terapêuticas”. Para tornar o chamado louco em sujeito seria necessário restaurar a sua razão. Ainda hoje as formas de tratamento visam tornar o sujeito acusado de loucura em um ser “razoável” e sociável. Há nas entrelinhas dos discursos terapêuticos de nossos dias



uma perspectiva de restaurar ou preencher nesse sujeito uma certa lacuna, isto é, de tornar o louco um cidadão moderno.

São inúmeras as críticas que os psicólogos vêm sofrendo nas últimas décadas quanto à sua atuação no campo da saúde pública, entretanto são atores sociais importantíssimos nesse processo como agentes promotores de mudanças sociais.

Considerada elitista, Vasconcelos (2009), ressalta, já no início do século XX, que a criação da Psicanálise por Freud e da Psicologia Analítica por Jung geraram uma matriz de conhecimento e prática psicológica que apesar de toda sua originalidade, ainda guardava característica do modelo médico como: a prática liberal privada, a ênfase no atendimento individual, clientela preferencial nas classes médias e na elite social capazes de pagar por esses serviços. A análise psicológica era sustentada nos códigos culturais e lingüísticos das elites, focando quase que exclusivamente os processos psíquicos individuais e colocando entre parênteses os demais componentes sociais, econômicos e culturais da vida do cliente. Boch (2001) aponta para um caráter prescritivo e domesticador das subjetividades.

Vasconcelos (2009) afirma que o psicólogo para trabalhar com os serviços substitutivos de saúde mental necessita se apropriar do que chama de práticas psicossociais, a partir da exigência da reforma psiquiátrica em lidar com a questão dos sujeitos no âmbito econômico, social e político, subjetivos, psicológicos, culturais, étnicos, de gênero, biológicos e ambientais.

## **2. Desenvolvimento**

A Reforma Psiquiátrica e a Luta Anti-manicomial foram um dos desdobramentos da Reforma Sanitária. A desinstitucionalização brasileira representa um processo de luta por mudanças no modelo assistencial para tornar-se um processo que ocorre há um só tempo e, articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural. (AMARANTE, 1997).

Vive-se a reconstrução de uma antiga prática clínica em saúde mental. Foucault (2009) demonstra que nem a psiquiatria nem a doença mental existiram desde sempre. Para o autor, a psiquiatria é revelada como um saber historicamente datado que, num determinado contexto, edifica o objeto doença mental enquanto objeto médico-científico. Em sua obra clássica - História da



Loucura -, Foucault (2005) demonstra como a loucura enquanto doença mental foi construída ao longo da história, remontando-se aos leprosários que após o desaparecimento da lepra, passaram a abrigar os loucos que, ocupando o lugar social dos leprosos, passaram a ser tratados de forma excludente.

Para Amarante (1997), a loucura é uma expressão genérica, que diz respeito às representações sociais dos fenômenos percebidos como operadores de uma ruptura com os padrões éticos, morais, sociais, culturais ou, ainda comportamentais de uma determinada estrutura aceita enquanto norma ideal. Doença mental, por outro lado, diz respeito à construção no âmbito do saber médico que busca apreender aqueles mesmos fenômenos enquanto distúrbios, transtornos ou lesões, com etiologias definidas ou por definir, com cursos e terminações mais ou menos precisos ou passíveis de serem determinados.

É o saber psiquiátrico quem opera a passagem que transforma a loucura em doença mental e, assim, muda a história do conceito e da própria experiência da loucura na sociedade ocidental (AMARANTE, 1997).

Entretanto, para Grunpter (2007), desde o início, o modelo de tratamento em saúde mental centrado no hospital psiquiátrico servia forma de controle social do Estado. Para Basaglia (1982), a Psiquiatria, desde seu nascimento, é em si uma técnica altamente repressiva que o Estado sempre usou para oprimir os doentes pobres, isto é, a classe operária que não produz. Para Foucault (2005) o mundo da loucura era o da exclusão usada como pretexto para retirar do meio social os considerados improdutivos.

O fato de os loucos terem sido envolvidos na grande proscrição da ociosidade não é indiferente. Desde o começo eles terão o seu lugar ao lado dos pobres, bons ou maus, e dos ociosos, voluntários ou não. Como estes, serão submetidos às regras do trabalho obrigatório; e mais de uma vez aconteceu de retirarem sua singular figura dessa coação uniforme. Nos ateliês em que eram confundidos com os outros, distinguiam-se por si sós através de sua incapacidade para o trabalho e incapacidade de seguir os ritmos da vida coletiva. A necessidade de conferir aos alienados um regime especial, descoberta do século XVIII, e a grande crise da internação que procede de pouco à Revolução, estão ligadas à experiência da loucura que não se pôde ter com a obrigação geral do trabalho. Não se esperou o século



XVII para “fechar” os loucos, mas foi nessa época que se começou a “interná-los”, misturando-os a toda uma população com a qual se lhes reconhecia algum parentesco. Até a Renascença, a sensibilidade à loucura estava ligada à presença de transcendências imaginárias. A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade de trabalho que lhe permite rejeitar, como num outro mundo, todas as formas de inutilidade social. É nesse outro mundo delimitado pelos poderes sagrados do labor, que a loucura vai adquirir esse estatuto que lhe reconhecemos. Se existe na loucura clássica alguma coisa que fala de outro lugar e de outra coisa, não é porque o louco vem de um outro céu, o do insano, ostentando seus signos. É porque ele atravessa por conta própria as fronteiras da ordem burguesa, alienando-se fora dos limites sacros de sua ética. (FOUCAULT, 2005, p. 73)

Segundo Silva (2001), o internamento vai desempenhar do ponto de vista socioeconômico uma dupla função: nos períodos de crise, os ociosos eram presos e, fora desses períodos, davam-lhes trabalho absorvendo mão-de-obra barata. Para Rosa (2002) o louco e a loucura questionam a credibilidade dos princípios da nova ordem, negócios e instituições. Dessa forma eles não reuniam condições para o trabalho e seguiam se perpetuando na sua “internação”, pois jamais poderiam se absorvidos como mão de obra.

Foi Pinel quem primeiro passou a observar empiricamente a loucura buscando agrupar e classificar os fenômenos em função de analogias e diferenças, constituindo classes, gêneros e espécies, inaugurando a exploração sistemática desse campo da análise dos fenômenos perceptíveis da doença. Ele considerava a alienação mental como uma doença no sentido das doenças orgânicas, situando-as nas afecções do sistema nervoso apresentando um certo número de causas físicas, hereditárias e morais. Estas incluíam as paixões intensas e os excessos de todos os tipos, como o orgulho, a ambição, o gosto pelo luxo do mundo moderno bem como a decadência dos costumes na cidade. A Psiquiatria iria surgir com meio século de atraso à evolução da Medicina. É com Pinel que os distúrbios mentais são concebidos como uma variedade partículas de distúrbios somáticos. (SILVA, 2001).

A Psiquiatria Moral, como é conhecida a prática de Pinel e Esquirol, seu principal discípulo, já tem claros elementos de uma Medicina e de uma Psiquiatria



Social, já que, apesar da perspectiva organicista, apresenta também uma nosografia moral das paixões e de um ambiente social patogênico (VASCONCELOS, 2009). O alienismo é considerado a primeira grande matriz de idéias psicossociais.

Em Pinel, a ênfase na concepção reativa, psicogênica e social/moral da doença mental, em relação à origem organicista, é o que justifica o tratamento moral e seu “otimismo terapêutico”. Para Esquirol, a loucura é produto da sociedade e das influências intelectuais e morais. Neste campo, a anomia social era entendida como má educação, relaxamento dos costumes, má conduta das mulheres, miséria, etc. (VASCONCELOS, 2009, p. 35 e 36).

A prática alienista de tratamento moral visava a uma substituição no meio familiar patogênico mediante uma pedagogia marcada pelo exercício da autoridade do médico que impunha submissão pela vigilância e pela regularidade das atividades diárias e do trabalho, havendo, em paralelo a essa prática, elementos de uma profilaxia social. (VASCONCELOS, 2009).

Outros alienistas, desde a época de Pinel, seguem a linha buscando “dar uma ordem racional à higiene social, na idéia de fundar a moral pública, de levar o homem corrompido ao trabalho e à virtude.” (VASCONCELOS, 2002, p.36).

Entretanto será no trabalho de Morel, em meados do século XIX, com sua teoria da degenerescência, que a preocupação com a origem e causas da doença mental toma uma perspectiva de descrição da sintomatologia, buscando tratar a doença e prevenir seus efeitos. Morel buscou envolver toda a sociedade especialmente nos elementos mais graves como os focos de miséria, de desordem e crise moral, e, para isso, fazia-se necessária a força conjunta do Estado. (VASCONCELOS, 2009).

Entretanto, segundo Amarante (1994), foram as idéias renovadoras do psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980), no Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, em 1971, que trouxeram a inovação que seria o marco da origem de novo dispositivo: o da saúde mental. Essa ruptura se daria especialmente em relação ao dispositivo alienante da Psiquiatria Clássica, abolindo medidas institucionais de repressão, permitindo a ocorrência de reuniões com médicos e pacientes para restabelecer a dignidade de cidadão do doente mental. Esse novo dispositivo chama a atenção para o conceito de desinstitucionalização.



Amarante (1994) ressalta que desinstitucionalizar significa romper os paradigmas que sustentam a instituição clássica, entretanto, com a nova proposta de desconstrução institucional, fazia-se necessária uma nova instituição que abrigasse, de forma coerente, o novo modelo. Esse novo modelo irá considerar o sujeito como um todo, isto é, em termos de sua existência, de seu sofrimento psíquico e de sua dimensão social.

A reformulação da estrutura asilar deu-se por se considerar que a manutenção da prática manicomial contribui muito mais para o isolamento social e para a cronificação da doença do que para a reabilitação do sujeito. (CARVALHO, 2009).

Assim, semelhante à Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica também se apropriou dos conceitos de medicina comunitária, e ainda, segundo Vasconcelos, (2008), apesar da repressão aos movimentos sociais e a qualquer iniciativa de mudança política, os hospitais psiquiátricos foram “palco de várias experiências inovadoras”, justamente à pouca visibilidade social e política, no final da década de 60 e início de 70. (VASCONCELOS, 2008, p.31).

O autor refere-se ainda três grandes fases da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que vão de 1978 aos dias atuais.

Na primeira grande fase, que compreende os períodos de 1978 a 1982, Vasconcelos (2008) destaca o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que denunciava e buscava mobilizar pela humanização dos hospitais psiquiátricos como verdadeiros campos de concentração, denunciava a indústria da loucura nos hospitais psiquiátricos privados conveniados ao INPS, reivindicava por melhores condições de trabalho e pela expansão dos serviços ambulatoriais em saúde mental. Destaca ainda a expansão e formalização do modelo sanitário, com entrada em São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, em 1982, de lideranças do MTSM que resultou em expansão gradativa da rede ambulatorial em saúde mental, não-criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados e regionalização das ações em saúde mental. Surge uma ala do MTSM, inspirada na Psiquiatria Democrática Italiana, que coloca em xeque o hospital psiquiátrico convencional como dispositivo terapêutico com a bandeira “Por uma sociedade sem Manicômios”, buscando ainda uma re-aliança do movimento de saúde mental com movimentos populares e da opinião pública em geral. (VASCONCELOS, 2008).

Na segunda grande fase, que compreende o período de 1992 a 2001, o autor destaca a implementação da estratégia de desinstitucionalização e consolidação





do movimento de luta antimanicomial, a abertura de dois mil leitos psiquiátricos em hospitais gerais e cerca de duzentos serviços de atenção psicossocial. Na terceira grande fase que vai de 2001 até os dias atuais, o autor atenta para a consolidação da hegemonia reformista e da rede de atenção psicossocial

É importante ressaltar que todo esse período foi permeado por lutas e disputas de idéias e interesses. A consolidação de uma política social depende diretamente os gestores e das lideranças políticas que se encontram na esfera do poder, na conjuntura econômica vigente e na participação da sociedade.

Um dos grandes marcos da Reforma Psiquiátrica foram ainda as Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), que propuseram suplantam a lógica manicomial por uma abordagem psicossocial da pessoa portadora de transtorno mental.

No texto do relatório da I CNSM já estavam presentes “propostas que engajam o processo de transformação de um setor específico da saúde, a saúde mental, em uma luta que transcende essa especificidade, vinculando-a à luta pela transformação da sociedade.” (COSTA-ROSA, LUZIO & YASUI, 2001, p.14)

Para os autores, o relatório da I CNSM demonstra uma vinculação entre o Movimento Sanitário e a Reforma Psiquiátrica pois ambos tratam a saúde como uma questão revolucionária no eixo da luta pela transformação da sociedade.

O conteúdo do relatório da I CNSM é realmente revolucionário pois busca uma mudança radical do modelo assistencial em saúde mental já deixando claro, em seu texto, a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais. Dava prioridade ao sistema extra-hospitalar, ao atendimento multiprofissional e à desospitalização. A partir daquela conferência, o setor público não credenciaria nem instalaria novos leitos psiquiátricos e os existentes seriam reduzidos progressivamente e substituídos por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica. Merece destaque a ampliação do conceito de saúde (clínica ampliada) e da exigência da participação popular na saúde mental e a proposta de um novo modelo de atenção, o psicossocial, em contrapartida ao modelo asilar.

Essa rede de atenção deveria substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto socorro, hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Núcleos de Assistência à Saúde da Família, (NASF), centros de convivência, dentre outros dispositivos.



Para Costa-Rosa, (2000 apud Costa-Rosa Luzio & Yasui, 2001), o Modo Psicossocial pode ser definido de acordo com quatro parâmetros fundamentais: 1) as intervenções dos profissionais e o modo de trabalho deverão valorizar a subjetividade do usuário e o implicar no seu processo terapêutico a partir de uma relação de horizontalidade entre os usuários e profissionais, dos profissionais entre si e dos usuários e da população da área; 2) a horizontalidade também deverá estar presente nas relações intrainstitucionais, “com a distinção obrigatória entre as esferas do poder decisório, de origem política e as esferas do poder de coordenação de natureza mais operativa.” (COSTA-ROSA, LUZIO & YASUI 2001, p.14); 3) o Modo Psicossocial também preconiza a integralidade das ações no território, subvertendo a natureza da instituição como dispositivo e tomando o próprio território como referência. A instituição funcionará como um equipamento no qual se inter cruzarão as diferentes linhas de ação no território e para onde poderão remeter-se as demandas; 4) finalmente, o Modo Psicossocial tenta reverter a ética da adaptação que busca formas de adequar o indivíduo ao meio e o ego à realidade, muitas vezes não considerando os múltiplos aspectos da pessoa. O Modo Psicossocial valoriza a produção de uma subjetividade singular tanto nas relações imediatas com o usuário quanto nas relações com toda a população do território.

Tanto a Reforma Psiquiátrica quanto a Reforma Sanitária apresentam um ousado projeto de transformação social, o qual requer, para sua efetivação, uma profunda transformação na formação dos profissionais. Eles são os principais operadores da mudança do modelo assistencial. (CAMPOS, 1992)

Dimenstein (1998) ressalta:

A entrada dos psicólogos na área de saúde mental deu-se, assim, num momento de crítica ao modelo asilar e às equipes de saúde formadas predominantemente por médicos e de ênfase na formação das equipes multiprofissionais, vistas enquanto condição sine qua non para a concretização do novo modelo de assistência em psiquiatria que preconizava a desospitalização e o investimento em serviços alternativos extra-hospitalares. Em outras palavras, pode-se dizer que a partir do final dos anos 70, o campo da saúde mental configurou-se como um grande pólo de absorção de psicólogos, inserção que deu-se em parte devido às críticas quanto à predominância de médicos nas equipes de saúde, e ao investimento que passou a ser efetivado em outras



categorias profissionais, na tentativa de mudar o modelo médico presente e de formar as equipes multiprofissionais. (DIMENSTEIN, 1998, p.58)

No contexto da entrada de novos atores social que responderam a chamada ao projeto democrático, foi possível o estabelecimento de maior controle público sobre a assistência prestada à população. Segundo Dimenstein (2001), o grande desafio enfrentado no Brasil no âmbito da reforma diz respeito a uma “nova mentalidade profissional e organizacional, de participação e compromisso na busca de qualidade da saúde”. (DIMENSTEIN, 2002, p.58)

Nogueira (2004) afirma que não é possível se pensar em reforma do Estado sem se considerar a face gerencial da crise atual. É preciso incrementar as habilidades e os conhecimentos técnicos para se poder melhorar a performance do aparato público, o que Nogueira chamará de “tecnologias de gestão”. (NOGUEIRA, 2004, p. 88).

Dimenstein (2001) relata que, historicamente, a Psicologia manteve-se distante da realidade social e, conseqüentemente ao longo do tempo veio se configurando como instrumento de reprodução de estruturas injustas. Em especial quanto à sua formação, a autora denuncia:

Em outras palavras, a formação profissional veio direcionando o psicólogo para modelos de atuação bastante limitados para o setor saúde, modelos responsáveis, em parte, pelas dificuldades do profissional em lidar com a demanda da clientela e das instituições de saúde, e até de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigida pelo SUS. (DIMENSTEIN, 2002, p.59)

A autora alerta para uma defasagem entre os conteúdos discutidos na formação e as demandas do cotidiano que esses profissionais vivenciam dentro da saúde pública em especial no âmbito da reforma psiquiátrica.

No Brasil, até os anos 80, a Psicologia era hegemonicamente voltada para a clínica ou outras atuações privadas, através da tarefa de avaliação psicológica e do acompanhamento de dificuldades de aprendizagem nas escolas, dos trabalhos de consultoria, recrutamento e seleção no contexto das empresas. Tratava-se de um período no qual o exercício da psicologia, em expressiva escala, se adequava às necessidades políticas e econômicas herdadas do governo militar ditatorial. (SCARPARO, 2007 ).



Esse caráter elitista começou a ser objeto de questionamento a partir do final da década de 1970 e durante toda a década de 1980: Caracterizou-se pelas lutas pela democratização as quais criaram as bases para os movimentos sociais no campo da saúde pública (movimento sanitário) e da saúde mental (reforma psiquiátrica e luta antimanicomial), vindo a culminar na constituição de 88 e na legislação que criou o Sistema Único de Saúde, em 1990, que objetiva o afastamento do mercado como principal critério para a organização dos serviços, na medida em que a saúde é considerada um direito constitucional caracterizados como direitos de todos os cidadãos. (VASCONCELOS, 2009)

As características centrais desse novo modelo assistencial, como já foi discutido, são a concepção de saúde como qualidade de vida; universalização da proteção; descentralização político-administrativa, participação, controle social, visibilidade social e prestação de contas; integralidade; intersetorialidade; interdisciplinariedade; gestão centrada na relação entre pessoas e no acolhimento do trabalhador de saúde ao seu usuário.

Pode-se observar uma mudança de paradigma no que se refere ao antigo modelo médico mecanicista com enfoque em questões exclusivamente biológicas, individualista, especialista, as quais excluía práticas alternativas. Assim a Psicologia passou a enfrentar desafios que tanto lhe proporcionaram mais espaço, quanto colocaram em xeque todo seu saber já pré-estabelecido.

Na década de 60, nos cursos de graduação de diferentes áreas, a reforma universitária e o patrulhamento ideológico característicos da época da ditadura, pautaram as diretrizes curriculares e o cotidiano das academias. Era comum que, por medo de represálias, alguns professores universitários de disciplinas cujo conteúdo fundamentava-se em abordagens políticas, usassem códigos para comunicar-se com os estudantes, pois não podiam expressar livremente suas idéias, sob pena de serem perseguidos politicamente (SCARPARO, 2007). Ainda hoje é possível observar resquícios dessa ideologia desenvolvimentalista quando os psicólogos recebem uma formação hegemônica, desconectada de interesses popular-democráticos.

A matriz curricular e as práticas acadêmicas pouco contemplam disciplinas que trazem enfoques sociais e comunitários. Ao abordar questões relativas à formação profissional, Sacarparo (2007) salienta a importância de levar-se em conta o momento histórico vivido no exame dos projetos sociais que justificam e estruturam as propostas curriculares e seus desdobramentos. A Psicologia, como profissão, tem sido caracterizada pela prevalência de modelos característicos da sociedade ocidental moderna e, em muitas ocasiões, posiciona-se com



distanciamento dos contextos históricos e culturais nos quais se processam os fenômenos de interesse para a área. Como decorrência, são muitas as contradições entre os modelos e as estratégias profissionais disponíveis e as propostas ou as demandas advindas das diferentes circunstâncias de vida. (SCARPARO, 2007)

Para Dimenstein, a formação acadêmica do profissional da Psicologia limita a atuação no setor da saúde pública, dificulta o atendimento da demanda da clientela e das instituições de saúde, e dificulta a adaptação às dinâmicas condições de perfil profissional exigida pelo SUS. (DIMENSTEIN, 2002, p.59)

Mesmo dentro da saúde mental, a atuação desses profissionais estava subordinada aos paradigmas da Psiquiatria, ainda muito voltados para a questão da medicação e da internação. (SPINK, 2010)

Macedo (2011) assevera que as principais práticas realizadas pelos psicólogos dentro dos dispositivos psicossociais ainda se centram na ação isolada através da realização da psicoterapia individual. Centram-se também na identificação dos processos psicopatológicos e adesão ao tratamento medicamentoso, na prevenção e controle dos fatores desencadeadoras da crise psiquiátrica, na busca de estratégia para a remissão de sintomas e na diminuição dos níveis de periculosidade dos pacientes.

Como se pode observar, apesar dos psicólogos terem sido uma categoria importante na luta da reforma psiquiátrica, paradoxalmente, as práticas desenvolvidas por esses profissionais no campo da saúde ainda estavam longe do que hoje se chama de práticas psicossociais.

Neiva (2010) afirma que, embora as necessidades psicossociais tenham sempre existido nos indivíduos, grupos e sociedades, “é relativamente recente a constituição de uma área específica da psicologia que dê suporte teórico e metodológico para a realização de intervenções psicossociais.” (NEIVA, 2010, p. 13) O grande desafio enfrentado no Brasil, no âmbito da reforma, diz respeito a uma nova mentalidade profissional e organizacional, de participação e compromisso na busca de qualidade da saúde.

Spink (2010) assevera que a Psicologia da Saúde encontra-se ainda em uma fase inicial na qual ainda busca novos campos de atuação “faltando ainda uma reflexão mais aprofundada sobre o contexto mais global em que se dá essa atuação”. (SPINK, 2010, p.36). Segundo a mesma autora, o psicólogo necessita compreender as representações do processo saúde/doença, ou seja, como se



dá o processo de adoecimento e quais as práticas para a prevenção, cura, ou melhoramento do estado de saúde. Também deve compreender a configuração dos serviços bem como as políticas de saúde e suas implicações para os usuários.

Um psicólogo que atue no campo da saúde pública deve ter como primeira característica pensar sobre os direitos sociais numa ótica coletiva, devendo conhecer tanto os microprocessos de produção de sentido dos indivíduos quanto questões institucionais e políticas, superando, finalmente, a dicotomia indivíduo/sociedade.

Deve também, facilitar a construção de projetos de vida, de ampliação dos níveis de troca e produção de vínculos entre os usuários e as realidades por onde circulam, seja no contexto sócio-institucional, seja no âmbito comunitário em que vivem.

Isto requer a articulação de subsídios teóricos e práticos que consideram os fatores políticos, culturais, ambientais e biopsicossociais multideterminantes do sofrimento psíquico; conseqüentemente, das condições de vida produtora de existências-sofrimento de indivíduos e famílias. A aposta encontra força quando se avança para a organização de ações que envolvam os meios básicos de vida, tomando-os como dispositivos de reinserção social, de modo a articular o cuidado médico medicamentoso e/ou psicoterápico com as demais estratégias de cuidado em saúde não mais importantes que as estratégias culturais, sociais e práticas de produção de vidas e subjetividades. (MACEDO, 2011, p. 138 e 139)

Assim, os psicólogos envolvidos com práticas psicossociais devem atuar na construção das redes sociais de cuidado do usuário, transpondo os muros das próprias instituições onde trabalham.

O psicólogo deve ainda facilitar a autonomia e o empoderamento que se constituem como campo de ação cujo propósito é fortalecer a capacidade de grupos e indivíduos de elaborarem novos projetos para suas vidas, partindo da posição de grupo-assujeitado para grupo-sujeito, no sentido de desenvolver o seu poder contratual e de alimentar novas trocas sociais.

O processo da saúde pública se transformou em um campo de trabalho de grande relevância social para o psicólogo no Brasil. Sehn (2004) propõe que: no



lugar do desespero ou do abandono da profissão, é preciso criar resistências, construir outros saberes e práticas coletivamente.

### **Considerações finais**

Por vezes os problemas parecem cair sobre cada um de nós de maneira aleatória, como problemas individuais, e reparados, se possível, apenas por esforços individuais quando talvez os riscos que nos fazem tremer e as catástrofes que nos fazem sofrer tenham origens sociais, coletivas. (BAUMAN, 2005, p. 189)

Para Amarante (1997), o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica é poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados.

A proposta do novo modelo psiquiátrico implica na apropriação de uma cultura antimanicomial. O sujeito dessa atenção não estará mais limitado a uma visão mecanicista e sim multidimensional. A histórica dimensão moral disciplinar ainda é perpetuada quando os profissionais, mesmos os que se julgam reformistas utilizam práticas que assumem a perspectiva de adequar ações/comportamentos para que o louco seja aceito socialmente, visando senão reparar, ou pelo menos, minimizar “excessos”.

Para Woodward (2004), os processos históricos que sustentavam a fixação de identidade estão entrando em colapso e novas identidades estão surgindo e sendo forjadas, muitas vezes, pela luta e contestação política. Ele argumenta que os “novos movimentos sociais” têm questionado o essencialismo da identidade como uma categoria biológica em favor da própria expressão da identidade, na qual permanecem abertas as possibilidades para valores políticos que podem validar tanto a diversidade quanto a solidariedade.

Dagnino (2002) concebe a questão da qualificação técnica como parte de uma qualificação política mais ampla que envolve um aprendizado de uma convivência direta com a multiplicidade que se constituem múltiplas arenas e que a dimensão do conflito é inerente a esse processo.



A matriz curricular e as práticas acadêmicas do curso de Psicologia pouco contemplam disciplinas que trazem enfoques sociais e comunitários. Ao abordar questões relativas à formação profissional, é fundamental levar-se em conta o momento histórico vivido ao preparar projetos sociais que justificam e estruturam as propostas curriculares. (SCARPARO, 2007)

São muitas as questões relevantes que devem ser incorporadas na formação dos profissionais que atuam no modelo psicossocial como: conhecimento das questões de saúde mental presentes na prática das equipes de saúde que atuam na rede pública, compreensão do impacto que a desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental traz nas relações familiares, promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários através da articulação dos recursos existentes em outras redes (sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas), dentre outros.

Implicará, portanto, a apropriação de uma cultura antimanicomial e de práticas que fogem ou se distanciam das que tem sido mais comuns e freqüentes no exercício da profissão, colocando o desafio constante de mediar as relações das pessoas com sofrimento psíquico com o mundo, buscando ampliar o seu poder contratual e o seu potencial de trocas sociais.

### Referências

ACIOLY, Yanne. **Reforma psiquiátrica:** construção de outro lugar social para a loucura?! Seminário Nacional Sociologia e Política. Grupo de trabalho 4: cidadania, controle social emigrações internacional. In: [www.humanas.ufpr.br/.../reforma-psiquiatrica-YanneAcioly.pdf](http://www.humanas.ufpr.br/.../reforma-psiquiatrica-YanneAcioly.pdf). Acesso: 14/07/2010.

ALMEIDA, M. C. P., Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Revista Saúde em debate*. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, mai/ago. 2001.

AMARANTE, P. **Loucura, cultura e subjetividade.** Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: *Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury* (organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

AMARANTE, P. **Loucos Pela Vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.





AMARANTE, P., **Manicômio e loucura no final do século e do milênio**. (1999)  
In: GUIMARÃES, J., MEDEIROS, S. M., SAEKI, T., ALMEIDA, M. C. P.,  
Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma  
emergente. Revista Saúde em debate. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde.  
Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, mai/ago. 2001.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria Alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo  
da prática. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Políticas de Saúde  
Mental**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10/04/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Relatório Final da Primeira Conferência  
Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Relatório Final da Segunda Conferência  
Nacional de Saúde Mental**. Brasília: 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Relatório Final da Terceira Conferência  
Nacional de Saúde Mental**. Brasília: 2001.

CAMPOS, F.C.B. (Org.). **Psicologia e saúde. Repensando práticas**. São Paulo:  
HUCITEC, 1992.

CAMPOS, G.W.S. **O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo  
liberal-privado para organizar o cuidado à saúde**. Cuidado e Saúde Coletiva,  
12 (Sup):18651874,2007.in:scielo.br/2007000700009&lng=en&nm=isso&tlng=pt  
COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A. & Yasui, S. **As conferências nacionais de Saúde  
Mental e as premissas do modo psicossocial**. Revista saúde em debate.  
Centro brasileiro de estudos de saúde. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, mai/ago. 2001.

DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo,  
Paz e Terra/Unicamp, 2002

DIMENSTEIN, M. D. B. **O psicólogo e o compromisso social no contexto da  
saúde coletiva**. Psicol. estud. Maringá, v.6 n. 2,Dec. 2001Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722001000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200008&lng=en&nrm=iso)>.accesson 09 Nov.2010. doi:10.1590/S1413-73722001000200008.

DIMENSTEIN, M. D. B. **O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde:**



**desafios para a formação e atuação profissionais.** Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 3, n. 1, June 1998. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X1998000100004&lng=en&nrm=isoscielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S14138123](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000100004&lng=en&nrm=isoscielo.php?script=sci_pdf&pid=S14138123)>

GRUNPTER, P.V. **O Movimento da luta antimanicomial no Brasil e os direitos humano dos portadores de transtornos mentais.** Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia, UFSC, Florianópolis, Brasil. ISSN 1982-4602, 2007. in:[www.sociologia.ufsc.br/npms/paula\\_v\\_grunpeter.pdf](http://www.sociologia.ufsc.br/npms/paula_v_grunpeter.pdf)

MELO, M.A.B.C. **Anatomia do fracasso:** intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na nova república. Dados Revista de ciências sociais, vol 36. Fundo Editora: Rio de Janeiro, 1993.

NOGUEIRA, M. A. **Um Estado para a sociedade civil.** Temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo, Editora Cortez, 2004.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice:** o social e o político na pós-modernidade, 3 ed. São Paulo: Cortez, 1997. In: GUIMARÃES, J., MEDEIROS, S. M., SAEKI, T.,

SCARPARO, H. B. K. **Psicologia Social Comunitária e Formação Profissional Psicologia & Sociedade;** 19, Edição Especial 2: 100-108, 2007 - SciELO Brasil

SEHN, L. M. **A produção do conhecimento, a psicologia e as políticas.** In: in NASCIMENTO, C.A.T (org). Psicologia e Políticas Públicas. Experiências em saúde. Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. 2004.

SILVA, L. .de C. **Doença mental, psicose, loucura:** representações e práticas da equipe multiprofissional de um Hospital-Dia. São Paulo.Casa do Psicólogo. 2001.

SILVA, M.C.C. **História da loucura e reforma psiquiátrica:** Um percursos. in NASCIMENTO, C.A.T (org). Psicologia e Políticas Públicas. Experiências em saúde. Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. 2004

SPINK, M.J.P.; LIMA, H. **Rigor e visibilidade:** a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M.J. (org) Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano. São Paulo: Cortez Editora, 2000, pp.93-122.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens Psicossociais v.1:** história, teoria e prática no campo. 2ª edição. Aderaldo & Rothshild, 2009.



VASCONCELOS, E. M. **O campo da saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização, cidadania e da interdisciplinaridade.**In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org). Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2006.

WOODWARD, K. **identidade e diferença:** a perspectiva dos estudos culturais. Editora Vozes, 3 edição. Petrópolis, 2004.

### **Abstract**

This article, through literature review intends to discuss the role of psychologists towards the new paradigm of public health, especially when placed in the context of psychosocial care. There are countless reviews that psychologists have suffered in recent decades as to its performance in the field of public health, social actors however are very important in this process as promoting agents of social change. The psychologist to work with the substitutive mental health services need to take ownership of what he calls psychosocial practices, from the requirement of psychiatric reform in dealing with the question of the subjects in the economic, social and political subjective, psychological, cultural, ethnic, gender, biological and environmental factors. Would therefore call for the appropriation of a culture and practices antimanicomial fleeing or distance themselves from what has been most common and frequent in the profession. Poses a constant challenge to mediate the relationships of people with mental suffering to the world, seeking to increase their bargaining power and their potential for trade sociais.O process of public health became a field of work of great social importance to thepsychologist.

**Keywords:** psychology, public health, psychosocial care

||  
—

||  
—

—  
||

—  
||