



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**CONCEPÇÕES DO PSICOSSOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE
MENTAL BRASILEIRA**

THIAGO SOUSA FELIX

**FORTALEZA
2017**

THIAGO SOUSA FELIX

CONCEPÇÕES DO PSICOSSOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL
BRASILEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Curso de Mestrado em Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof Dr. Aluísio Ferreira de Lima

FORTALEZA
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F36c Felix, Thiago Sousa.
CONCEPÇÕES DO PSICOSSOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA / Thiago
Sousa Felix. – 2017.
101 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2017.
Orientação: Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima.

1. Saúde Mental. 2. Psicossocial. 3. Políticas Públicas. 4. Interdisciplinaridade. 5. Psicologia Social. I.
Título.

CDD 150

THIAGO SOUSA FELIX

**CONCEPÇÕES DO PSICOSSOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE
MENTAL BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Curso de Mestrado em Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima (Orientador)
Universidade Federal do Ceará

Prof. (a) Zulmira Áurea Cruz Bonfim
Universidade Federal do Ceará

Prof. Luis Guilherme Galeão da Silva
Universidade de São Paulo

Prof. (a) Camilla Araújo Lopes Vieira
Universidade Federal do Ceará - Sobral

Dedico essa obra a minha companheira Tatiana
e ao fruto do nosso amor, Cristina, que em breve virá!

E a todos os usuários de saúde mental que esperam pela vida e vida em abundância

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo mistério da vida e pelo dom da fé;

Aos meus pais, Cesar e Sandra, que estiveram comigo em cada momento dessa caminhada, em pensamentos e sentimentos;

A minha esposa linda, sábia e valorosa. Tatiana, que me estimula e inspira!

Às minhas tias e tios (Eliane, Lúcia, Ana, Liduína, Socorro, Fátima, Juscelino, Cláudia, Galberto) avós (Júlia, Francisco e Sebastião, Maria), aos primos e primas (Harry, Saú, Samyr, Savana, Juliana, Gabriel, Bárbara, Harrysson, Jasmine, Samuel) minha irmã linda Roberta e Fábio cunhado e demais familiares pelo apoio constante e amor incondicional;

Ao orientador e amigo Aluísio Ferreira de Lima, por estar junto no barco lidando com respeito e dando-me autonomia e coragem em meio aos solavancos das ondas;

Aos companheiros do Paralaxe: Bia, Brígia, Renata, Stephanie, Raquel, Jéssica, Pedro, André, Kevin, Kilson, Emanuel, Caio, José, Vinícios, Yuri e a todos os colegas da UFC;

Aos companheiros de Quixadá e também de Aquiraz, terras que amo como Russas e Fortaleza;

Aos queridos do NEPIM: Juracy, Cecília, Débora, Mariana, Pricila, Ana, Simone, Laís, Marcelo, Maristela (I), Maristela (II), Pablo, e ao querido mestre Antonio Ciampa;

Aos amigos de leitura atenta e apoio constante: Rodrigo, Felipe Felix, Pavla, Marçal, Umbelino, Diana, Catarina, Natália, Taís, Júlia, Paulo Coelho, dentre tantos outros;

Aos professores Marcelo Calegare, Stela Goulart, Luís Galeão (e todos do seu grupo de estudos da USP), Deborah Antunes, Pablo Severiano, Idilva Germano, Célio Freire, Suzana Kramer pelas boas conversas, pelas contribuições, pela amizade;

Aos membros da banca de qualificação e de defesa: Zulmira, Silvio, Luis Galeão e Camilla, pela sensibilidade e cuidado;

A todos os membros do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFC, em especial aos servidores Helder e Cícero, pessoas especiais que me acolheram desde o primeiro momento e sempre e também Eveline e Cris;

Agradeço também à FUNCAP, pela concessão da bolsa de pesquisa sem a qual não poderia me dedicar ao presente trabalho.

Ciência

Dizem que a ciência é exata
tão exata que às vezes
o tiro sai pela culatra.
Dizem que a ciência
de tão exata
não mata nem desata.
Dizem que está ficando chata
e quando não mata
desidrata.

(Francisco Carvalho)

RESUMO

Historicamente abordada pelo viés da institucionalização do portador de sofrimento psíquico, a saúde mental passou por transformações com o avanço da Reforma Psiquiátrica. O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS se tornou um símbolo da nova política e contribuiu para a mudança de toda uma representação engessada do sofrimento psíquico associado ao manicômio. O presente estudo objetiva investigar o termo psicossocial desde a sua origem e percurso nas ciências sociais e da saúde. Analisa as implicações do uso do mesmo na política de saúde mental brasileira. Para tanto, foram empregados dois tipos de pesquisa: a bibliográfica e a documental. A metodologia foi dividida em três momentos: primeiro, a revisão de literatura com o levantamento dos autores que abordam a discussão da palavra psicossocial associada à psicologia social; uma articulação entre autores da psicologia, filosofia, ciências sociais e ciências da saúde que abordam o psicossocial em sua implicação interdisciplinar e questionadora da prática biomédica; e, finalmente, a análise dos documentos oficiais do Estado brasileiro que incluíssem a palavra psicossocial. A diversidade de concepções do termo contribuiu para uma abrangente percepção do mesmo em consonância com uma definição de saúde mundialmente propagada. Enquanto as teorias da psicologia social contribuíram para concepções diversas do psicossocial, as ciências da saúde formularam o termo atenção psicossocial. Esse sintagma se consolidou denominando estratégias de saúde que visavam transformar o olhar sobre a saúde mental e o paciente. Porém, isso não foi acompanhado por uma compreensão mais larga de conceitos como reabilitação psicossocial, expressão essencial para compreender a inserção da atenção psicossocial na política de saúde brasileira. Percebeu-se limitada assimilação na política pública, havendo uma dissociação entre o debate político burocrático e o acadêmico-científico. Essa abordagem teórica da concepção psicossocial, ao mesmo tempo em que aponta para várias perspectivas práticas, mostra a potência da ideia psicossocial, consagrando o termo em seu significado polissêmico.

Palavras-chave: Saúde mental. Psicossocial. Interdisciplinaridade. Políticas públicas. Psicologia social.

ABSTRACT

Historically approached by a scientific line focused on the institutionalization of the bearer of psychic suffering, mental health changed with the advance of the Psychiatric Reform. The *Centro de Atenção Psicossocial* – CAPS [Center for Psychosocial Attention] has become a symbol for the new policy and has contributed for transforming the entire plastered representation of psychic suffering associated to the asylum. This study has the objective to investigate the term “psychosocial” since its origin, as well as its course both on social and health science. For this purpose, two types of research were employed: bibliographic and documental. Methodology was divided into three moments: first, a literature revision by collecting authors who approach the discussion of the word “psychosocial” associated to social psychology; an articulation among psychology, philosophy, social sciences and health sciences authors who approach the psychosocial in its interdisciplinary and questioner implication of the biomedical practice; and, finally, an analysis of official documents of the Brazilian state that included the word “psychosocial”. The diversity of conceptions for the term contributed to a broad perception of it, in line with a definition of health worldly spread. While the theories of social psychology contributed for diverse conceptions of the psychosocial, health sciences formulated the term psychosocial attention. This syntagm was consolidated as a denomination of health strategies that intended to transform the look at mental health and patient. However, this was not followed by a wider comprehension of concepts such as psychosocial rehabilitation, essential expression to understand the insertion of psychosocial attention in the Brazilian health policy. It was found a limited assimilation within the public policy, as well as a dissociation between the political-bureaucratic debate and the academic-scientific one. The theoretical approach of the psychosocial conception, at the same time, points out many practical perspectives and shows the power of the psychosocial idea, consecrating the term in its polysemic meaning.

Keywords: Mental health. Psychosocial. Interdisciplinarity. Public policies. Social psychology.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Uso do Termo Psicossocial entre alguns autores da Psicologia Social

Quadro 2 – Dados Históricos e Fatos Recentes Ligados à Saúde Mental no Brasil

Quadro 3 – Sistematização da Palavra Psicossocial na Literatura Científica Consultada

Quadro 4 – Documentos Normativos da Política de Saúde Mental Brasileira.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	11
2 MÉTODO.....	17
3 ORIGEM E DESENVOLVIMENTO DA IDEIA PSICOSSOCIAL.....	22
3.1 A dimensão psicossocial enquanto categoria analítica da psicologia social.....	31
3.2 A ideia de interdisciplinaridade e o lugar do psicossocial.....	35
4 PROBLEMATIZAÇÕES SOBRE O CONCEITO DE SAÚDE.....	41
4.1 SUS e algumas questões da formação em saúde.....	47
4.2 O social na saúde mental e a Reforma Psiquiátrica.....	50
4.3 Atenção Psicossocial: a busca de um olhar integral.....	57
5 DIMENSÃO PSICOSSOCIAL EM TEXTOS OFICIAIS.....	67
5.1 Apreciação de outros documentos.....	74
6 DISCUSSÃO.....	87
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS.....	95

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

“[...] quem de palavras tenha experiência, sabe que delas se deve esperar tudo”. (SARAMAGO, 1994, p.194)

Meu processo de formação universitária foi quase concomitante à estruturação de algumas políticas públicas no Brasil. Isso quer dizer que, enquanto cursava a graduação, estavam nos primeiros anos ou ainda seriam implementadas estratégias de saúde como: a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), algumas modalidades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Isso no âmbito da saúde pública, pois na política de assistência social tínhamos os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), dentre outros.

Esse cenário foi propício para jovens como eu que buscavam o desafio não só de conhecer as políticas, como também entender seus meandros, apreendendo conceitos e esquemas teóricos possíveis em sua realidade profissional. Mais do que isso, alguns visavam contribuir com essas discussões não somente compreendendo, mas construindo os serviços com engajamento político, no embalo das discussões teóricas com rigor acadêmico e o companheirismo que ainda encontramos nas universidades.

Em todo o percurso (que foi desenhado com a parceria de gestores e colegas de trabalho), pude atravessar as políticas públicas da educação, da assistência social e da saúde pública. Elas também me atravessaram. Porém um questionamento, dentre tantos, não quis calar: o sentido e a pertinência da palavra psicossocial aplicada às questões da saúde mental.

O questionamento permanente de concepções e práticas a partir dos estudos acadêmicos de pós-graduação possibilita uma produção crítica, uma visão nova das políticas em que vinha militando e atuando. Espera-se que o resultado dessa busca seja uma contribuição para a reflexão e o aprimoramento da política no âmbito da gestão e da assistência.

Compreender o próprio campo de atuação é um desafio profissional para aqueles que buscam a definição de seu lugar social, o aprimoramento técnico, tal como a prestação de um serviço de qualidade social e eticamente coerente.

Também é um dever ético de cada trabalhador o exercício que requer a apropriação de uma práxis, com todo o desenvolvimento do vocabulário que irá ensinar

conexões produtivas (ou não) entre técnicos, pesquisadores, gestores e população.

Esse exercício passa por toda uma reflexão crítica que deve tirar o profissional de saúde do simples papel de operador de técnicas. Situa-o no lugar de construtor de saberes e práticas renovadoras, dando-lhe também significado à vida (algo determinante para uma atuação crítica).

Baseado nesses elementos foi possível orientar minha atuação no campo da saúde pública, particularmente, na área da saúde mental no CAPS. Essa atuação está situada na histórica Quixadá, cidade que legou ao Ceará vários pioneirismos e projetos inovadores no campo da saúde.

Várias experiências de nossa parte demandam uma reflexão contínua sobre a saúde mental, a psicologia e o fazer saúde no contexto “psicossocial”. Dentre elas, estão: a militância profissional, a convivência com as instituições de ensino superior - como a realizada através da preceptoria em saúde junto ao Centro Universitário Católica de Quixadá (outrora Faculdade Católica Rainha do Sertão), a formação continuada através da Especialização Educação em Saúde para Preceptores do Sistema Único de Saúde (SUS) realizado pelo Hospital Sírio Libanês, a articulação com a rede através do Laboratório Social (encontro grupal iniciado em Quixadá seguido por outras cidades), aproximação com a população e atores de outras regiões através de eventos como a Jornada de Saúde Mental e Cidadania de Quixadá.

Mesmo posteriormente à experiência de Quixadá, a palavra “psicossocial” merece maior atenção intelectual, o que me impele a pensar esse termo na sua contínua (trans)formação semântica e utilização crescente.

Por sua presença em disciplinas variadas: saúde mental, saúde coletiva, ciências sociais, psicologia social, psicologia comunitária, psicologia do desenvolvimento e assistência social, sugeriu-se a vocação interdisciplinar do termo e consolidou-se sua pertinência investigativa por hoje nomear a Política de Saúde Mental vigente em todo o país.

O psicossocial, portanto, ganhou a centralidade entre os termos da psicologia que foram apropriados pela saúde e pelo poder público, conquistando uma efetiva proximidade com o dia-a-dia da população. Tornou-se um termo socialmente aceito, criando uma cultura que engloba os profissionais e os sujeitos que utilizam esses serviços.

O termo a ser problematizado nessa investigação, portanto, apresenta sua relevância primeiramente em relação à sua importância científica, visto que suas concepções vêm ganhando espaço e devem ser compreendidas mais amplamente em sua significação e conveniência. Depois, porque denomina uma política pública, caracterizando um serviço onde

atuam diariamente no país milhares de profissionais e até se tornando um símbolo de grande visibilidade social.

O termo psicossocial na política de saúde mental confere todo um novo sentido que é partilhado no dia-a-dia por teóricos, gestores, profissionais e usuários do SUS. Cabe, contudo, investigar se esse sentido vem sendo definido homogeneamente entre esses grupos que estão em lugares vivenciais diversos da execução da política, ou seja, se o emprego da dimensão psicossocial atende a um único discurso.

Além de conveniente, tal investigação nos permite compreender a pertinência das teorias que embasam e colaboram para que as políticas de saúde sejam refletidas. O fim é gerar amadurecimento e conscientização dos processos que constituem a saúde mental, mais especificamente conjecturar os (novos) sentidos que a atenção psicossocial tem e terá, concorrendo para a assistência às pessoas com sofrimento psíquico.

A despeito de tantos desafios e possibilidades nas quais se encontra envolta a psicologia como área do conhecimento, é notório que se constitui hoje um campo em processo de expansão, tendo em vista o interesse crescente de mais pessoas por essa área. Ainda, por estender sua abrangência dialogando, por exemplo, com outras ciências e mesmo se fazendo presente em outros campos, como nas artes.

Não por acaso, essa difusão se dá, dentre outros motivos, justamente pela característica abrangente que define a psicologia como área que, tentando dar conta do humano, pactua e busca inspiração nos mais diversos movimentos que o sujeito humano engendra.

Busco conciliar uma formação mais ou menos focada nos recursos técnicos que essa ciência promete à humanidade (sedenta por compreensão, suporte, equilíbrio, diálogo, escuta, autoconhecimento, prognóstico, desenvolvimento pessoal, consciência...) com as contribuições de uma formação ético-política que coaduna com um pensamento crítico e segue a caminho de um entendimento complexo da psicologia e da realidade.

Coerente com esse posicionamento que viabiliza presumir e enxergar as consequências políticas de um projeto científico, encontra-se um objeto de estudo que se configura num fenômeno difícil (para não dizer impossível) de ser replicável experimentalmente. O presente esboço busca a reflexão sobre o que estamos fazendo em saúde mental no Brasil.

Ainda hoje coexistem várias formas de vivenciar e lidar com o sofrimento psíquico na sociedade brasileira, algumas delas remetendo diretamente aos nomes e ideias que desde o período clássico classificam a loucura no Ocidente conforme nos traz Pessotti (1999).

De maneira que se fazem necessárias produções que compreendam esse cenário e contribuam para o maior esclarecimento teórico nesse jogo de discursos.

Sobre o tipo de pesquisa, é possível que subsista no imaginário social a figura de um pesquisador de psicologia em laboratório, com pranchetas, avaliando questionários e testes psicológicos. Quem sabe, alguns se decepcionassem ao se deparar com pesquisas, como é o caso do presente estudo, no qual a literatura especializada e documentos oficiais são, não só as principais, como praticamente as únicas fontes de dados, além da experiência profissional e dos debates técnicos vivenciados ao longo da vida.

Deve-se ressaltar que, esses recursos, além de se mostrarem amplamente coerentes com os objetivos dessa pesquisa, foram suficientemente discutidos entre colegas e professores dos Programas de Pós-graduação da Universidade de São Paulo, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e principalmente da Universidade Federal do Ceará. De modo que o ineditismo desse estudo repousa exatamente na originalidade de alguns documentos e referências analisados.

A dissertação, contudo, não se inicia por uma longa historiografia da saúde mental no Brasil. Isso virá de forma bem sucinta no momento oportuno e de forma esquemática nos quadros elaborados para fins ilustrativos. Primeiramente, iniciaremos com a problematização das concepções psicossociais, com a identificação da sua origem que veio superar um modelo ultrapassado (porém ainda em voga) de visão do ser humano: individualizado, isolado na sua história e na sua patologia, aprisionado na sua psique.

De forma que o psicossocial não figura nesse trabalho somente como parte do sintagma “Atenção Psicossocial”, mas também como o termo que foi gestado para dar conta de um fenômeno em si complexo. Julga-se necessário esse resgate pelo fato de ser o psicossocial um termo em crescente uso e, não obstante sua relevância também crescente, seu sentido nunca foi tomado, pelo menos, como é abordado aqui: numa perspectiva e como fenômeno da psicologia social.

No decorrer dessas reflexões surge um questionamento fundamental: quais as possibilidades práticas e implicações teóricas de uma ou outra matriz da origem do termo psicossocial?

Hoje (depois de confrontados os umbrais de uma resolução perigosamente simplista), a resposta a essa questão originária perde seu impulso definitivo, mas preserva sua relevância, visto que, a partir de sua transversalidade possível, o psicossocial não atende a um único objetivo puro e simples. Ao contrário, ele assiste a uma nova questão teórica e se destaca em um cenário político ainda em apropriação pela sociedade em geral.

Para se desenvolver, a referida discussão fará concessões ao campo das ciências humanas, porém sem se afastar completamente do campo da saúde, no que diz respeito à vida e ao que é inerente ao humano. Ora, o psicossocial remete a todos esses temas e daí também vem a relevância de seu estudo.

Assim, a constituição da ideia do psicossocial vai prosseguindo entre alguns pensadores da psicologia, da psicologia social e das ciências sociais. Na sequência, será visto como o termo foi sendo empregado no decorrer do século XX até chegar a ser utilizado na saúde mental. Em momento posterior, então, será pontuado como os aspectos sociais foram ganhando relevância entre autores da saúde mental e como esse cenário contribuiu para aproximar essa relação dos elementos individuais, sintomatológicos da pessoa com os aspectos sociais e contextuais que envolvem esse sujeito, desde o aspecto familiar, até o cultural e o econômico.

Tendo em conta o psicossocial como fenômeno que transcende o enfoque disciplinar, ganha espaço nesse estudo a discussão sobre a interdisciplinaridade e suas relacionadas. O debate contemplará reflexões sobre o serviço multiprofissional de saúde mental, problematizando ainda o entendimento da aplicação da técnica num mundo racionalizado.

Visando à análise do conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), será feito um debate sobre a promoção e a influência política da organização associada a uma concepção psicossocial específica. Tal como a noção de psicossocial, o referido conceito de saúde busca uma concepção multidimensional, a despeito de todas as suas limitações, uma noção de saúde mais abrangente.

Um momento relevante do trabalho será quando se identificar na legislação e em outros textos de referência a evolução do emprego da palavra psicossocial. Serão pontuadas algumas particularidades, tais como inflexões, descontinuidades, definições e imprecisões nas ocorrências existentes.

Na conjuntura da militância da Reforma Psiquiátrica, ver-se-á o momento em que o social passa a ser um dado determinante na compreensão dos sintomas considerados psicopatológicos. Na verdade, essa discussão é anterior ao advento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e, por isso, resgataremos os nomes de alguns autores brasileiros pioneiros nesse campo. Feita a junção do termo *psicossocial* com *atenção*, forma-se o sintagma que caracterizará a política de saúde mental no Brasil.

Após essas palavras iniciais, gostaria de reforçar a busca por esse objeto que, mesmo no campo teórico, faz-se vivo e pulsante: a saúde mental (que, na realidade, faz-se

cotidianamente desafiante). Determinou o governo brasileiro que ela se tornasse “oficialmente” atenção psicossocial. Nas próximas páginas, o objetivo não será realizar um processo de desambiguação, certamente uma tarefa de linguistas, mas sim proceder com a compreensão de alguns trechos do percurso da palavra na política de saúde mental. Nesse processo, o leitor perceberá, por vezes, o deslocamento entre significados e significantes, podendo identificar as relações disso com o entendimento da atenção psicossocial e o campo da saúde.

Como produção acadêmica, o texto pretende estar acessível a todos os públicos: pesquisadores, trabalhadores, usuários, legisladores, gestores de saúde mental ou leigos de modo geral como mecanismo de acesso e compreensão da política. Não obstante, com essa missiva, buscamos atingir dois públicos em especial nessa leitura: os usuários e os profissionais que operacionalizam as políticas relacionadas ao tema psicossocial.

De modo que o objetivo geral dessa dissertação é: compreender o percurso da palavra psicossocial e sua função no contexto da política pública de saúde mental brasileira. A partir daí decorrem os seguintes objetivos específicos: empreender uma análise teórica sobre as concepções psicossociais no campo da psicologia social; definir a apropriação dos aspectos sociais no campo da saúde mental; analisar o emprego da palavra na legislação de saúde mental e atenção psicossocial.

2 MÉTODO

A discussão sobre a o método empregado nessa pesquisa inicia-se com um texto sobre história das ciências, da tendência e variedade de formas de se abordar determinado objeto de pesquisa, da constituição do referido objeto e de como se deve buscar (e ousar) fazer novas perguntas para eles.

Thomas Kuhn, em seu livro “A estrutura das revoluções científicas”, advoga que a ciência não necessariamente evolui atendendo a uma lógica cumulativa. Afirma o autor:

[...] nos últimos anos, alguns historiadores estão encontrando mais e mais dificuldades para preencher as funções que lhes são prescritas pelo conceito de desenvolvimento-por-acumulação. Como cronistas de um processo de aumento, descobrem que a pesquisa adicional torna mais difícil (e não mais fácil) responder a perguntas como: quando foi descoberto o oxigênio? Quem foi o primeiro a conceber a conservação da energia? Cada vez mais, alguns deles suspeitam de que esses simplesmente não são os tipos de questões a serem levantadas. Talvez a ciência não se desenvolva pela acumulação de descobertas e invenções individuais. (KUHN, 2007, p. 02).

A metodologia visa, *a priori*, aprofundar os conhecimentos concernentes a determinado tema em estudo de forma sistematizada e mirando a objetividade dos resultados. Considerando o objeto da pesquisa o elemento que define a escolha da metodologia, é o próprio objeto de pesquisa quem caracteriza esse aspecto científico da investigação. Contudo, sua delimitação, como se percebe no trecho citado acima, varia mediante uma dada conjuntura.

Aqui, evocamos a constatação da filósofa Marilena Chauí (1993) de que, no discurso científico clássico, definir um objetivo significa dominar um objeto, numa relação de poder e controle entre pesquisador e o objeto do estudo.

Considerando a abordagem de uma palavra sistematicamente empregada em política pública, cuja utilização tem se ampliado em diversos campos de prática e atuação profissional, podemos dizer que realizamos um exercício de estranhamento teórico no qual essa palavra se encontra naturalizada. Ou seja, analisamos sua construção a fim de apreender, pelo menos em alguns aspectos, sua significância no campo da saúde mental.

Feito esse exercício, o desafio se tornou compreender a adequação da construção do sintagma atenção psicossocial. Desse modo, Chauí (2001) mostra-se oportuna quando destaca que:

[...] se por pesquisa entendermos a investigação de algo que nos lança na interrogação, que nos pede reflexão, crítica, enfrentamento com o instituído, descoberta, invenção e criação; se por pesquisa entendermos o trabalho do pensamento e da linguagem para pensar e dizer o que ainda não foi pensado nem dito; se por pesquisa entendermos uma visão compreensiva de totalidades e sínteses abertas que suscitam a interrogação e a busca; se por pesquisa entendermos uma ação civilizatória contra a barbárie social e política, então, é evidente que não há pesquisa na universidade operacional (CHAUI, 2001, p.193).

Dos apontamentos levantados pela autora, pode-se pensar que nem todas as universidades se interessam pela investigação no sentido abrangente que o texto traz. Por outro lado, os aparatos disponíveis nas universidades nem sempre dispõem de recursos (nem motivação, nem dos agentes especializados) para execução de determinadas pesquisas que demandam essa interrogação, criatividade, síntese, crítica que caracterizam esse “trabalho do pensamento”.

Vale dizer que essa “ação civilizatória” equivale a uma atitude que nos faz olhar para frente, mirando o passado apenas a fim de interrogá-lo nos mistérios que ameaçam esconder ou não revelar pontos relevantes para o futuro. Dessa forma, o trabalho de pesquisa (ou do pensamento) deve estar bem paramentado com um sentimento ético-político de conveniência científica e utilidade pública.

É nesse contexto que foi determinado o percurso metodológico adotado no presente estudo. O mesmo foi se articulando a partir de três fases distintas, porém consecutivas, a saber:

1) A compilação e análise de obras, principalmente da psicologia social, que abordassem as concepções do termo psicossocial;

2) A apropriação de literatura no campo da saúde, notadamente da saúde mental e atenção psicossocial (itens 1 e 2 pesquisa bibliográfica);

3) A realização de uma análise da legislação de saúde mental no Brasil e suas implicações com o campo da atenção psicossocial num processo histórico que ainda se encontra em produção (pesquisa documental). Vale ressaltar que essa análise seguiu uma linearidade cronológica e a averigação da ocorrência da palavra psicossocial foi acompanhada de uma apreciação do contexto em que o termo surge.

É dessa forma que caracterizamos o presente estudo como uma pesquisa documental e bibliográfica. Mesmo ponderando que toda pesquisa tem uma parte bibliográfica, a parte documental, ou seja, aquela articulada através da consulta de fontes primárias foi necessária para uma mais apropriada realização do objeto.

Esses dois tipos de pesquisa (documental e bibliográfico) foram complementares ao longo do estudo, sendo realizados através da revisão de literatura do tema. Por revisão da literatura, entende-se uma consulta às publicações científicas pertinentes ao assunto em estudo. Rothen (2007), descrevendo artigos que usam essa metodologia, afirma que “são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual [...]”. De forma que “constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor”. (ROTHEN, 2007, n.p.)

Optando pela revisão narrativa, focada principalmente em livros e artigos científicos que realizassem uma abordagem qualificada da dimensão psicossocial, essa escolha se fez suficiente para atingir nossos objetivos.

Corroborando a pertinência da revisão narrativa, entende-se que, dentre os demais tipos de revisão de literatura, é aquela se constitui, basicamente, “de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor”. (ROTHEN, 2007, n.p.)

Retomando cada passo, primeiramente, verificou-se a ligação entre a utilização do termo psicossocial no contexto da psicologia, da sociologia, da psicologia social e em relação com o campo da saúde mental. Essa fase incluiu a análise de trabalhos notadamente da psicologia social que faziam algum emprego do termo psicossocial.

É dispensável uma cronologia definitiva do termo psicossocial. De forma que inexistente essa evolução claramente determinada, tal como prevista numa genealogia. Por isso, serão colocados os autores que trabalham essa temática da forma mais organizada possível. Por organizada, entenda-se em uma sequência que, de alguma forma, atenda a uma temporalidade de aparecimento na literatura. Ao fim do trabalho, tal sistematização proporcionou uma maior clareza quanto à diversidade de usos do referido termo, remetendo diretamente à variedade de empregos que se faz desde sua origem.

Com leituras de autores que articulavam concepções de saúde mental, atenção psicossocial e definições mais amplas e abrangentes de saúde, foi possível situar o debate num campo interdisciplinar no qual fazia sentido um termo que é capaz de transitar entre disciplinas.

Foi nesse momento também que se destacaram estudos que, mesmo sem o objetivo específico de constituírem uma leitura histórica da saúde mental no Brasil, realizaram esse feito com êxito crítico. Refiro-me aos estudos de Yasui (2006), Lima (2009) e Bleicher

(2015), amplamente citados no decorrer desse estudo.

Posteriormente, buscamos articulações com autores ligados à filosofia, o que ocorreu com o objetivo de favorecer reflexões sobre o termo técnico trabalhado no presente estudo, qual seja, a dimensão psicossocial. Na busca de sua compreensão surgiram, por exemplo, questões ligadas à interdisciplinaridade (JAPIASSU, 1976) e ainda suas relações com o conceito de saúde (PAUL, 2013), determinantes sociais em saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), mas principalmente sobre a efetividade da atenção psicossocial enquanto campo da saúde (AMARANTE, 2007; COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2003), dentre outros.

No momento derradeiro do estudo, procedemos com a leitura e análise da legislação no âmbito da saúde mental brasileira a fim de identificar o texto e os significados em que é empregado o sintagma atenção psicossocial. Essa apreciação dos documentos legais incluiu os primeiros documentos que fazem referência aos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial ainda nos anos 1990, porém ocorreu notadamente do ano de 2001, ano em que começou a vigorar a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 (também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica e Lei Paulo Delgado) ao ano de 2014, conforme disposto nos portais e publicações do Ministério da Saúde do Brasil.

Dentre os documentos consultados para este trabalho, listam-se: a) Constituição Federal (1988); b) Lei 8.080 de 1991; c) Toda a legislação de saúde mental, incluindo alguns decretos anteriores a Lei 10.216 (2001) até o ano de 2014; d) O Relatório das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992, 2001 e 2010); e) Declaração de Caracas (1990); f) Relatório Mundial da Saúde: “Saúde Mental: nova concepção, nova esperança”, da Organização Mundial de Saúde (2002); g) As Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, do Conselho Federal de Psicologia, 2013.

Deve-se ressaltar que a legislação em saúde mental e outros documentos oficiais inspirados nas experiências pioneiras em saúde mental, dentre outros agentes¹, são os principais responsáveis por consagrar o termo em estudo.

Levando em consideração a sistematização que resultou desse estudo, foram elaborados quatro quadros explicativos que dispõem de informações relevantes sobre o tema da investigação, são eles: **Quadro 1** – Uso do Termo Psicossocial entre alguns autores da Psicologia Social; **Quadro 2** – Dados Históricos e Fatos Recentes Ligados à Saúde Mental no

¹ Como os autores Ana Pitta, Benedetto Saraceno, dentre outros que articularam a ideia do cuidado na atenção e do olhar integral na dimensão psicossocial.

Brasil; **Quadro 3** – Sistematização da Palavra Psicossocial na Literatura Científica Consultada; e **Quadro 4** – Documentos Normativos da Política de Saúde Mental Brasileiro.

Em referência à confecção dos quadros I e III, em especial, deve-se considerar que foram utilizados como critério de inclusão: obras e autores publicados no âmbito da psicologia social, as obras selecionadas realizarem abordagem de alguma concepção psicossocial e de fazerem seu emprego de forma mais ou menos sistematizada.

Por outro lado, excluímos aqueles trabalhos que faziam uma referência genérica ao termo psicossocial e expressões derivadas. De forma que algumas dessas obras foram consultadas e até citadas nesse trabalho, mas não constam nos quadros que ilustram essa dissertação.

Assim, a análise conceitual a que esse estudo se propôs não se limitou ao campo da psicologia social, atravessando várias áreas do conhecimento. Procedendo com a articulação teórica em outros campos do saber e com uma análise da legislação da saúde mental brasileira, cremos realizar uma reflexão teórica sobre a questão dos serviços de saúde e ainda produzir um material que poderá ser de utilidade prática a quem se interessar pelo tema.

3 ORIGEM E DESENVOLVIMENTO DA IDEIA PSICOSSOCIAL

“[...] a linguagem não é um sistema arbitrário; está depositada no mundo e dele faz parte porque, ao mesmo tempo, as próprias coisas escondem e manifestam seu enigma como uma linguagem e porque as palavras se propõem aos homens como coisas a decifrar”. (FOUCAULT, 1999, p. 47)

A expressão psicossocial, formada pela justaposição de *psico* do grego *psykhê*: sopro que significa alma, espírito, mente; com a palavra *social*, originária do latim *sociális* ou *socialis* (HOUAISS, 2009), revela em si uma concepção, na verdade, uma nova concepção integrativa de elementos que, uma vez combinados, aponta para novas realidades implicando em transformações nas formulações da psicologia e de outros campos do saber.

Por alguns momentos desse estudo, a questão centrava-se em torno dos significados inerentes às palavras *psico* e *social* em suas línguas originárias e surge, desde aí, uma primeira questão: a primeira tem origem no grego e a segunda no latim.

Sem delongar uma questão filológica, percebe-se que a abordagem da psique tem desde a Antiguidade como marco o clássico de Aristóteles “Sobre a alma” (De Anima), obra sobre a qual Barbosa (2014) afirma que:

Será Aristóteles, às portas do período helenístico, que retomará o conceito de *psykhê* como centro de um tratado importante no interior de seu programa filosófico: o *Peris psykhê*. Existem inúmeras dificuldades de tradução desse título, concernentes diretamente à elucidação do escopo básico do tratado. Traduzi-lo por *De anima* (“Sobre Alma”), como optarão as edições modernas, é uma inevitável redução do conceito (BARBOSA, 2014, p. 23).

No entanto, não existia entre os gregos uma noção de *social*. O que havia assimilado e que, por sua vez, dava origem à *pólis*, era o que se expressava através do termo *política* (posto que ambos os termos evocam uma ideia de coletividade que vai além do eu individual). Arendt (2007) é quem vai situar a passagem desse *político* para a compreensão do surgimento do *social*:

O que chamamos anteriormente de advento do *social* coincidiu historicamente com a transformação do interesse privado pela propriedade privada em uma preocupação pública. Logo que ingressou no domínio público, a sociedade assumiu o disfarce de uma organização de proprietários, que, ao invés de requererem o acesso ao domínio público em virtude de sua riqueza, exigiram dele proteção para o acúmulo de mais riqueza (ARENDR, 2007, p. 84).

Certamente, o autor que irá dar expressão máxima a contradição entre o homem social e o homem político é Karl Marx, quando afirma em *O Capital*, na célebre passagem: “o homem é, por natureza, se não um animal político, como acha Aristóteles, em todo caso um animal social” (MARX, 1996, p. 443).

Esse debate poderia também ser guiado por várias perspectivas como, por exemplo, aquela empreendida por Gonçalves Neto (2015) na busca de analisar a gramática do termo “identidade”².

Por outro lado, após consultas realizadas entre vários dicionários sobre os significados de psico, social e psicossocial, constatou-se que esse método *enciclopédico* não contemplaria os objetivos dessa investigação. Seria preferível observar de forma qualificada o uso do termo na literatura científica e analisar os debates que se deram em torno da palavra psicossocial.

Dentre esses debates, merece destaque aquele ocorrido no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. A discussão que envolveu pesquisadores dos Programas de Pós-graduação de Psicologia dessa instituição tratou as particularidades do termo, como a utilização do hífen e suas (re)significações.

Intitulada como a “discussão do hífen”³, esse debate seria mais do que determinar se o uso linguístico da palavra deve se dar pela forma psicossocial e/ou psico-social. No Manual de Pós-graduação do Instituto de Psicologia da USP (1997), por exemplo, aparece o termo psicossocial no contexto do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia, onde se faz menção, no seu segundo objetivo de “fortalecer a pesquisa sobre os processos psicossociais em nosso país, procurando contribuir para a determinação cada vez mais clara do objeto e método da psicologia social (para que se torne cada vez mais uma ciência segura de sua linguagem)” (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, 1997, p. 94).

Outros Programas de Pós-graduação em Psicologia foram além e adotaram a palavra psicossocial em suas linhas de estudos. É o caso do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará que tem sua linha 03 intitulada: Processos Psicossociais e Vulnerabilidades Sociais⁴.

² Com esse objetivo, o autor citado utiliza a noção de *jogos de linguagem* criada pelo filósofo Ludwig Wittgenstein.

³ Segundo Paiva (2013), o debate sobre o hífen foi iniciado no Departamento de Psicologia Social da Universidade de São Paulo pelos professores Belinda Mandelbaum, Luiz Galeão e Nelson da Silva Júnior em um documento interno não publicado de 2011.

⁴ Fonte: <http://www.pospsi.ufc.br/pesquisa/linhas-de-pesquisa/>. Acesso em: 05 de julho de 2017.

É o caso, também, da Universidade Federal do Amazonas, onde o Programa de Pós-graduação em Psicologia conta com duas linhas de pesquisa: Processos psicossociais e Processos psicológicos e saúde⁵.

Pode-se, então, caracterizar a palavra psicossocial como compreensível no seu sentido literal, ou seja, denotativo. Enquanto a construção atenção psicossocial poderia ser qualificada como sintagma adjetivo, posto que o psicossocial se presta a essa função adjetiva, de qualificar (por isso ser tão comum encontrar nos últimos anos palavras associadas a ela como processo, intervenção, vulnerabilidade, dentre muitas outras).

Sem embargo, outras questões estão envolvidas para além da formação linguística do tema de estudo dessa dissertação. Elas serão pontualmente colocadas no decorrer do texto acompanhando o momento do debate teórico que segue; como também incide através da psicologia social (ou ainda o que adentra as políticas públicas criando identidades profissionais e nichos de mercado⁶). Agora, reflete-se um pouco sobre o lugar do psicossocial no campo da psicologia social.

Herdeira de uma tradição focada no indivíduo e, em muitos casos, a considerar os fundamentos fisiológicos das pesquisas na Alemanha, nas reações orgânicas e estímulos laboratoriais, a ciência psicológica se viu confrontada com novas leituras, inclusive com reflexões sociológicas que analisavam o homem nos seus movimentos sociais (indo além do plano individual). Da superação de ambos os modelos hegemônicos, pode-se dizer que emergiu uma concepção dialética que fazia interagir tanto as contribuições sociais quanto os aspectos psicológicos na constituição do homem.

Considerando desde as colocações de Gustave Le Bon sobre as multidões, de Gabriel Tarde (2005) sobre a imitação e de Émile Durkheim (2000) sobre o fato social até as sínteses de Wilhelm Wundt, George Mead (1972), Sigmund Freud e ainda Serge Moscovici (2011), denota-se uma ínfima parte da diversidade de enfoques que é possível dentro dos estudos da psicologia social. No entanto, as citações caracterizam os diversos caminhos e ideias pelas quais a construção da psicologia social passou, considerando os pioneiros na Europa e nos Estados Unidos.

Sabe-se que a psicologia foi se constituindo ao longo de sua história numa perspectiva individualista (impregnada do enfoque no sujeito cartesiano que, posteriormente, muito bem se enquadrou a um modelo clínico e biomédico). No caso da psicologia social

⁵ Fonte: <http://www.ppgpsi.ufam.edu.br>. Acesso em: 21 de abril de 2017.

⁶ O debate aqui realizado não visa disciplinar quem pode aplicar recursos psicossociais, mas compreender a função do psicossocial no campo da saúde mental.

norte-americana, enveredando para uma psicologia experimental e objetivista, desconsiderando a psicologia dos povos (*Volkerpsychologie*) que o próprio W. Wundt construiu paralelamente ao seu projeto de uma psicologia laboratorial.

Deve-se considerar na avaliação desse momento histórico na Europa (final do século XIX) a busca por afirmação das ciências humanas em relação à filosofia e, em especial, os conflitos entre a filosofia e a nascente ciência psicológica (FARR, 2003) que buscava se consolidar como ciência autônoma através das investigações experimentais obtidas de empréstimo das ciências naturais.

Nas palavras do psicólogo social cubano Fernando González Rey (2013, p.14): *“la ciencia se asumía de una forma cada vez más instrumentalista por la psicología, reproduciendo las tendencias a la objetividad y la verificación que caracterizaban el desarrollo científico en las ciencias naturales de la época”*.

Alguns problemas surgiram desse enfoque. Na psicologia influenciada pelo modelo biomédico, por exemplo, "o social e o externo se confundiam entre si" e, além disso: *“la dimensión simbólica y cultural de lo social era completamente ignorada por una psicología que comprendía las personas como seres naturales y no establecía diferencias entre el psiquismo humano y el animal”* (GONZÁLEZ REY, 2013, p. 14).

Na psicologia social norte-americana, seguia-se a tendência de ênfase no comportamento manifesto do indivíduo. Autores como George Mead e Willian James faziam suas trajetórias transitando entre a filosofia, a sociologia e a psicologia em direção a um pragmatismo, principalmente o último, o que resultou em profunda contribuição para uma filosofia norte-americana.

O social se definia por aqueles comportamentos que expressavam conteúdos sociais explícitos, segundo os princípios de F. Allport, suscetíveis de serem medidos. Esse psicólogo social norte-americano considerava que o início do método objetivo e o avanço da psicologia social se explicam pela introdução dos delineamentos experimentais (ÁLVARO; GARRIDO, 2006).

Além disso, a teoria histórico-cultural (ou como alguns denominariam sócio-histórica que, como se sabe, recebeu forte influência do materialismo histórico) rompe com uma visão centrada no indivíduo atribuindo ao social e ao cultural um lugar essencial na formação dos processos psíquicos. Inicialmente, é dessa forma, que a ideia psicossocial foi sendo utilizada nos campos de estudo em que se identificava uma aproximação entre reflexões sociais e psicológicas, ou seja, quando o social passou a ser entendido como protagonista nos processos de saúde (cuja discussão será aprofundada no próximo capítulo).

Enquanto isso, na Rússia pós-revolução bolchevique, o entendimento da posição Interacionista de Vigotski, presente n'A formação Social da Mente⁷, influenciou uma original noção de homem e, conseqüentemente, de sociabilidade. Por isso, tem se mostrado relevante no pensamento psicológico moderno (e na compreensão de como o fenômeno psicossocial vem sendo abordado).

De modo geral, o interacionismo em Vigotski, mais presente nos debates da psicologia da aprendizagem, diz respeito ao conhecimento que é produzido a partir de uma interação do indivíduo com o seu ambiente. Essa teoria, que é muito utilizada na educação, coloca o desenvolvimento do sujeito em constante troca de influência com o meio social.

Esse autor e sua teoria, após romper com um modelo psicológico que se poderia chamar de psicogenético, necessariamente focado no indivíduo e nos seus elementos internos, testemunha a emergência de um modelo que identifica a consciência como resultado de uma sociogenética e, portanto, um entendimento mais amplo do processo de aprendizagem e socialização humana.

A Segunda Guerra Mundial, sem embargo, toma relevância insuperável nesse processo de ampliação dos interesses por estudos sociais. Sendo que o impacto na Psicologia Social foi considerado semelhante àquele que a Primeira Guerra teve em relação à área da psicometria (FARR, 2003). Esse impacto se deu, notadamente, sobre Sigmund Freud que, vivendo entre as duas grandes guerras, passou de uma leitura do indivíduo abordado na sua clínica em Viena, para uma leitura mais social.

Farr (2003) especifica o impacto desse clima que antecede a Segunda Guerra no fundador da psicanálise. O autor da *Interpretação dos Sonhos* no começo do século (1900) não seria o mesmo ao escrever *Totem e Tabu*⁸ (1913) e, posteriormente, *Mal-estar na Civilização* (1930). Ou seja, além de aplicar os conceitos psicanalíticos para analisar a cultura e a sociedade, percebe-se uma clara tendência de Freud para considerar os aspectos sociais na constituição da psique, ressaltando sua interinfluência (relação entre Eu e Isso).

Além das conseqüências da guerra, com impactos em praticamente todas as dimensões da vida, a ascensão do nazismo determinou a ida de muitos intelectuais para universidades nos Estados Unidos, o que contribuiu para disseminar ali muitos estudos e teorias que vinham sendo realizados na Europa. Foi o caso de Erik Erikson, Kurt Lewin, Hannah Arendt, Eric Fromm, Theodor Adorno, Herbert Marcuse, dentre muitos outros, que

⁷ O título da obra, na verdade, é a tradução para a língua portuguesa, da compilação de ensaios do autor russo tal como foi concebida pelos editores norte-americanos.

⁸ Nessa discussão em que Freud faz um paralelo entre a vida psíquica do “selvagem” e a do neurótico, percebe-se a influência da “psicologia dos povos” ou etnopsicologia de Wundt e ainda uma ampliação do foco no sujeito.

contribuíram para o enriquecimento da filosofia, da psicanálise e também da psicologia social naquele país.

De acordo com González Rey (2013), é propriamente Freud quem inaugura a aproximação entre o social e o psíquico quando se inclina a *psicologizar* o social. Complementa o autor:

De todas formas, lo social, por primera vez en la literatura psicológica, se expresa en el nivel simbólico en las consecuencias del conflicto edípico, sólo que ese social es comprendido como relación inmediata e histórica, con independencia de las producciones sociales que se configuran en cada momento y en cada espacio social particular (GONZÁLEZ REY, 2013, p. 24).

Seguramente, o empreendimento teórico e literário do pai da psicanálise, associado às produções das ciências sociais, será determinante para as elaborações futuras da psicologia social, tal como de muitas outras ciências e campos do saber no século passado.

Decisivas foram também contribuições que os pós-freudianos deram para a aproximação entre a psicanálise, a psicologia social e leituras sociológicas sobre alguns fenômenos psicossociais do século XX. A Teoria Crítica foi o espaço privilegiado onde ocorreram essas experimentações e Theodor Adorno foi um dos principais articuladores dessa empreitada.

A despeito de não participar dos meios psicanalíticos institucionais, Adorno irá articular nos *Ensaio sobre Psicologia Social e Psicanálise* um diálogo com as correntes dos *neofreudianos*⁹ que refletiam as adaptações da psicanálise ao debate da época e as conexões com o sociológico. O diretor da Escola de Frankfurt escreve na mesma obra o capítulo “Sobre a relação entre sociologia e psicologia”, na qual refletirá os limites entre os objetos da psicologia e da sociologia. Dentre reflexões, ressalta-se a seguinte passagem:

As ciências da sociedade e da psique, na medida em que transcorrem lado a lado desconectadas, sucumbem igualmente à tentação de projetar em seu substrato a divisão do trabalho do conhecimento. A separação entre sociedade e psique é falsa consciência; ela eterniza categoricamente a clivagem entre sujeito vivo e a objetividade que impera sobre os sujeitos, mas que provém deles. Não se pode, entretanto, retirar a base dessa falsa consciência através de um decreto metodológico (ADORNO, 2015, p. 74).

⁹ Esse movimento revisionista da teoria psicanalítica em solo norte-americano se deu basicamente por pesquisadores imigrantes da Europa, durante e principalmente após a Segunda Guerra Mundial, que precisavam adaptar o legado freudiano, em nome da empregabilidade e da subsistência, às instituições e ao contexto cultural ianque. Ver mais na apresentação à edição brasileira de Adorno (2015).

Adorno se mostra impressionado, tendo em vista a capacidade analítica de Freud ao antecipar esquematicamente na sua teoria psicanalítica muitos fenômenos de massa que vieram a se concretizar com a ascensão do nazismo ao poder na Alemanha. Erich Fromm, outro psicanalista e psicólogo social alemão, também contribuiu, deve-se ressaltar, para o início de uma Teoria Crítica psicanaliticamente orientada quando publicou “A crise da Psicanálise”, em 1970.

A partir da sociologia, vale apontar que atualmente pode ser analisado um consenso entre os principais autores da sociologia recente, dentre eles Nobert Elias, Pierre Bourdieu, Anthony Giddens, Zigmunt Bauman de que não se tem como dissociar o indivíduo da sociedade a que pertence.

O debate envolve o homem como produção social e a sociedade como produção humana. De acordo com *a teoria da construção social da realidade*, a formação do eu deve também ser compreendida em relação com o contínuo desenvolvimento orgânico e o processo social, no qual o ambiente natural e o ambiente humano são mediatizados pelos significados (BERGER; LUCKMANN, 2003). Como os autores explicam em nota, esse ponto é explanado por Mead, psicólogo social norte-americano já referido, na sua teoria sobre a gênese social do eu.

Segundo Almeida (2012, p. 130), dentro da perspectiva sociológica da psicologia social, encontra-se a Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici, que “mostra um movimento dialógico entre indivíduo e sociedade”. Almeida também destaca em seu texto um fato curioso em relação à psicologia social norte-americana. Para esse autor, a separação entre indivíduo e sociedade “foi resolvida com uma ferramenta implementada pela psicologia social norte-americana: o conceito de grupo, entendido como elo intermediário entre os dois”. (ALMEIDA, 2012, p. 127)

Todas essas contribuições teóricas anteriormente expostas constituem tanto na definição de conceitos, como na formação da disciplina. Isso não ocorreu, contudo, sem discussões que reverberarão na crise da Psicologia Social que ocorreu pelos idos dos anos de 1960.

É oportuno refletir, neste instante, o lugar da própria psicologia social. Se Farr (2003) trata-a como disciplina cujo passado deveria ser abordado numa perspectiva internacional e interdisciplinar, tendo em vista a diversidade de raízes de um “longo passado” e uma “curta história”, Boris Pariguin (1972) considera que:

Muitos dos problemas da Psicologia Social foram colocados assim mesmo de uma ou de outra forma, nas obras dos primeiros pensadores burgueses. Da orientação e

dos estágios no desenvolvimento da Psicologia da Sociedade falou, por exemplo, Giambattista Vico no seu trabalho *Princípios de uma Ciência Nova acerca da Natureza Comum das Nações* (1725). Várias questões concernentes à determinação do lugar e papel da psicologia da pessoa na vida da sociedade foram colocadas por Helvécio. Em suas obras *Do Espírito e do Homem*, insistia ele, por um lado, na importância do meio social para a educação do homem e, por outro lado, destacava o papel da consciência e das paixões, dos afetos, das necessidades e dos desejos do indivíduo para o desenvolvimento da sociedade (PARIGUIN, 1972, p. 14 -15).

É interessante a concepção de Pariguin em dispor a psicologia social como ciência independente, mas ele não é o único a fazer isso. Inclusive, pelo fato de o autor sugerir que o psicossocial deve se constituir num qualitativo relacionado às questões dessa ciência da psicologia social. Por isso, desde o início da obra, quando apresenta o objetivo do seu livro, enuncia que o mesmo “consiste em chamar a atenção do leitor para as questões da Psicologia Social e introduzi-lo na esfera dos problemas fundamentais da ciência psicossocial” (PARIGUIN, 1972, p. 08). No decorrer da obra, faz sistemáticas referências ao psicossocial sempre que alude a algum aspecto da psicologia social.

Como muitas das ideias da Psicologia Social burguesa dos séculos XIX e XX já haviam sido intuídas muito antes pelos filósofos e sociólogos do passado, aqueles, na visão de Pariguin, não seriam propriamente os pioneiros da nova ciência, visto que:

Para que nasça uma nova disciplina científica, não são suficientes certas ideias, nem sequer concepções. É necessário separá-la de outras disciplinas já formadas, ou então, pelo menos, libertá-la no interior destas últimas com todas as consequências que derivam disso: determinar sua própria teoria, sua metodologia e suas funções aplicadas. Nesse processo, o aspecto básico consiste em deslindar o objeto próprio de investigação (PARIGUIN, 1972, p. 16).

Esta discussão se faz pertinente no momento em que se constitui síntese histórica de um processo de formação de uma psicologia social imbricada no que se entende ser esse objeto psicossocial. É relevante atentar para o contexto e os acontecimentos de sua formação.

Perseguindo especificamente as influências e a definição do psicossocial, deve-se conjeturar especificamente o impacto das reflexões do materialismo dialético nessa ideia que associa o homem aos seus movimentos societários. Percebendo esse raciocínio claro na obra de Pariguin (1972), destaca-se uma passagem dentre tantas que poderiam ilustrar a relação próxima entre o marxismo, a psicologia social e a concepção do psicossocial:

Não há dúvida de que os representantes do materialismo antropológico em filosofia situam no primeiro plano o homem como objeto fundamental dos estudos filosóficos. Não obstante, ainda não concebem totalmente o homem como um ser psicossocial, mas, antes de tudo, como um ser biológico, o dito princípio não

conduziu, nem podia conduzir, ao nascimento da psicologia social sobre a base do materialismo antropológico. (PARIGUIN, 1972, p. 16).

Nessa linha, concorda-se com Mandelbaum (2012, p. 16) quando afirma que o campo da Psicologia Social compõe-se de instigante território problematizador dos modelos e métodos das Ciências Humanas. Considera a mesma que, na contemporaneidade, o “encontro do psicológico e do social é um território fértil para constituir-se em algo assim como um laboratório para a produção em Ciências Humanas [...], no século XX, cada vez mais o social foi em direção ao psicológico”.

Prosseguindo no seu raciocínio, a autora assevera que isso não significa que um método ou modelo poderá mostrar-se, a partir desta problematização, “mais eficaz na configuração desse campo. Não se trata de irmos em direção a um modelo ou método mais privilegiado” (MANDELBAUM, 2012, p. 16)

Não obstante, Iñiguez-Rueda (2003, p. 225) mostra uma fratura da área (psicologia social) em, pelo menos, três enfoques distintos: o enfoque empirista, o enfoque profissional (comunitário) e o enfoque transdisciplinar. Essa classificação faz ver claramente que não existe um movimento uniforme da psicologia social numa perspectiva *evolucionista* de ciência e que essa disciplina, portanto, tem muitas possibilidades de caminhos (métodos) para chegar em seus objetivos.

Remetendo a discussão à crise da psicologia social, pode-se dizer que um dos seus fundamentais produtos foi o surgimento do que se pode chamar de uma Psicologia Social Latino-americana posto ter sido nessa região que vários psicólogos sociais questionaram e repensaram os fundamentos e a prática da psicologia social rompendo com a hegemonia dos modelos teóricos estadunidenses (ALMEIDA, 2012).

Esse evento, tanto epistemológico quanto político, consolidou-se como relevante no processo científico da psicologia, tendo em vista que permitiu aos seus pensadores uma quebra com os modelos oriundos dos países mais desenvolvidos ao tempo que favoreceu produções criativas e comprometidas com as demandas locais vide a produção de autores como Bosi (1994), Lane e Codo (1994), Ciampa (2005).

Ou seja, o que esses e outros autores fizeram foi buscar, através de suas pesquisas e formulações, uma psicologia social comprometida com as questões sociais e políticas mais relevantes do seu tempo e do seu contexto. Rompendo com uma ciência de laboratório e *imparcial*, posto que a Psicologia Social Crítica sempre procurou estar disposta do lado dos oprimidos, dos excluídos do banquete, visando, mais do que estudá-los e catalogá-los, dar-lhes voz e ainda mais: a possibilidade de um projeto de emancipação.

Certamente, outros contribuíram até chegar nesse entendimento do sujeito e da sociedade, da relação entre a psique e o social. Muito se produziu de conhecimento até chegar ao que se conhece na atualidade. Fazer um resgate minucioso custaria, quem sabe, uma prolongada digressão narrativa da história das ideias. Deve-se, contudo, deter-se no objetivo principal da presente investigação, que é entender a construção do psicossocial e observar o impacto que esse entendimento da ideia psicossocial trouxe para vários campos do saber, no caso, pensar suas consequências para a relação da sociedade com a “loucura”.

Devido às constatações perfazerem um apanhado abrangente do fenômeno e indícios apresentados darem uma ampla visão geral, o debate caminha para uma polissemia que irá caracterizá-lo no decorrer do seu percurso. Essa mesma polissemia terá consequências inesperadas no desenvolvimento da ideia psicossocial e, efetivamente, no desencadeamento crítico desse estudo.

3.1 A dimensão psicossocial enquanto categoria analítica da psicologia social

“Se não reduzirmos a Psicologia Social ao conjunto de procedimentos ideológicos elaborados no interesse e por necessidade das classes exploradoras, se temos em conta que o nascimento da psicologia social está relacionado com as necessidades do desenvolvimento do saber científico e com os interesses das classes tão somente reacionárias, mas também progressistas, temos que resolver o problema concernente à origem da dita ciência levando em consideração as leis do desenvolvimento do conhecimento científico”. (PARIGUIN, 1972, p. 14).

Seguindo a diversidade de influências que compõem uma ideia de psicossocial, encontram-se agora autores de vários campos que empregam esse termo em suas teorias. De modo geral, todos eles, ou sua grande maioria, guardam proximidade com as discussões desenvolvidas no campo da psicologia social. Parecem mesmo orbitar em torno desse campo.

O psicólogo Erik Erikson (1987) trabalhou com o termo psicossocial para entender o desenvolvimento de crianças das comunidades indígenas em comparação com crianças das cidades norte-americanas de origem afro-americana, judia, dentre outras. Postulando a *identidade psicossocial*, Erikson formulou em sua teoria do desenvolvimento psicossocial o entendimento de que os sujeitos passam por fases demarcadas em suas vidas por crises, que podem trazer crescimento ou paralisação do processo de desenvolvimento

psíquico. Esse processo se daria através de uma relação dinâmica entre o sujeito e a sociedade em que ele está inserido.

As crises do desenvolvimento se dariam, portanto, num contexto sociocultural específico que forneceria para o sujeito símbolos e ritos mais ou menos apropriados para superação da crise e prosseguimento para uma nova etapa de desenvolvimento pessoal. Vale ressaltar que Erikson, embora não tenha deixado vasta produção bibliográfica nessa área, teve grande repercussão dentro e fora da psicologia, o que contribuiria para explicar a propagação do termo psicossocial em espaços além do campo psicológico (no capítulo II, desdobramentos na saúde mental).

Pichon-Rivière (2000) também compreende e insere esse componente psicossocial quando teoriza a partir de um ponto de vista psicológico e psicossocial. Este último ponto, seria pretensamente um entendimento mais abrangente do que uma visão exclusivamente psicológica. Desde a clínica até o trabalho grupal que lhe deu notoriedade, Pichon-Rivière formulou o *esquema conceitual, referencial e operativo*. Nas palavras do autor:

Como unidade operacional, as ciências do homem assim reunidas trazem elementos para a construção de um instrumento único ao qual chamamos ECRO, esquema conceitual, referencial e operativo, orientado para a aprendizagem através da tarefa. Este conjunto estrutural e genético nos permite a compreensão horizontal (a totalidade comunitária) e vertical (o indivíduo nela inserido) de uma sociedade em permanente situação de mudança e dos problemas de adaptação do indivíduo ao seu meio (PICHON-RIVIÈRE, 2000, p.122).

Apesar do psicossocial não tomar lugar central em sua produção teórica, o psiquiatra emprega o termo ao afirmar que um nível psicossocial “refere-se às relações do paciente com cada um dos outros membros do grupo familiar” (PICHON-RIVIÈRE, 2000, p. 43).

Não obstante, o psicossocial é aplicado pelo sociólogo Gilberto Freyre (1980) na sua análise sociológica da realidade brasileira. Utiliza-o no momento em que faz uma compreensão estruturalista da sociedade e propõe uma engenharia social com objetivo de contribuir para o progresso nacional em plena conjuntura de ditadura militar.

Antes de novas nações africanas ou orientais rejeitarem socialismos europeus ou capitalismo ianques por não corresponderem às suas realidades sociais, já o Brasil vinha repelindo, depois de tentativas infelizes, a adoção de sociologismos, antropologismos, psicologismos, europeus e estadunidenses no trato de aspectos mais específica, telúrica ou ecologicamente brasileiros de sua realidade psicossocial ou sociocultural (FREYRE, 1980, p. 31).

Uma vez que a palavra psicossocial é usada em aplicações nem sempre elucidadas, o termo continua a compor sistemas teóricos e campos do saber nem sempre convergentes, servindo ora para identificar um fator do desenvolvimento humano, ora para determinar processos entre a psicologia de grupos e a psiquiatria ou ainda para justificar uma concepção de homem passível de sofrer uma engenharia social com fins de “progresso” e controle da sociedade.

Dessa forma, o termo, apesar de sugerir uma variedade de significações, está presente em diversos ramos da psicologia social, estando inserida desde reflexões sobre a indústria cultural na Teoria Crítica de Theodor Adorno (2002, 2010), nas reflexões sobre exclusão e desigualdade social com Bader Sawaia (2002), na Psicologia Social Crítica de Silvia Lane (2006), nas reflexões sobre consumo e publicidade de Fátima Severiano (2006), na Psicologia da Libertação de Ignácio Martin-Baró (1996; 2011), na Psicologia Social Comunitária de Maritza Montero (2004, 2006; 2011), na Psicologia Social Crítica para Libertação de Pedrinho Guareschi (2012) ou na coletânea “Nos interiores da Amazônia: leituras psicossociais” organizada por Marcelo Calegare e Maria Inês Higuchi (2016).

Apesar da concentração das obras citadas serem no âmbito da psicologia social, esses autores contribuem para uma formulação em que o psicossocial traz a vocação para superar as fronteiras de um campo determinado. Sem embargo, reforçam com sua produção a ligação essencial do conceito com a abordagem específica da psicologia social.

Nesses autores, contudo, pouco é aprofundado acerca de uma concepção definida do que seja o psicossocial. Percebe-se que uns abordam o termo com mais acuidade e sistematicidade, enquanto outros utilizam o psicossocial apenas ocasionalmente. Todos, porém, apontam com insistência para a relevância do aspecto social na constituição do indivíduo até então excessivamente centrado em si mesmo, no seu comportamento (tomado como unidade de análise) ou no aspecto orgânico.

Avançando nos estudos, percebe-se que a ideia do psicossocial vem sendo tratada em trabalhos que abordam questões ligadas de forma abrangente às ciências sociais e humanas, indo além de um conceito exclusivo da psicologia social. É o caso de Tassara (1996) que, como outros autores, está abordando o psicossocial a partir do aprofundamento de várias reflexões contemporâneas que demandam uma formulação interdisciplinar que dê suporte a um sujeito psicossocial demarcado em sua relação entre o indivíduo e o ambiente.

Outras produções ilustram esse debate: são os trabalhos “Sobre o Campo da Psicologia Social”, de Belinda Mandelbaum e “Psicologia na Saúde: Sociopsicológica ou Psicossocial? Inovações do Campo no Contexto da Resposta Brasileira à Aids”, de Vera

Paiva. As obras abordam aspectos relevantes do tema psicossocial, levando-os para os seus campos de investigação. Vale destacar que as autoras citadas são professoras do Instituto de Psicologia da USP.

Enquanto no artigo de Mandelbaum (2012) o texto toma um caráter de ensaio e articula discussões entre Walter Benjamin, psicanálise e poesia, no de Paiva (2013) a autora tenta resgatar a origem e o uso do termo psicossocial no contexto da saúde pública (particularmente na “resposta brasileira à Aids”) na qual pode distinguir as ocorrências do termo nas bases de dados onde se identifica “até o mês de agosto de 2013 o termo psicossocial em 841 artigos no Scielo, 390 na BVS e em mais 218 teses, além da ocorrência em 40 livros” (PAIVA, 2013, p. 534).

Tanto pela significação aparente como pela constante presença, define-se aqui o psicossocial como tema pertinente (se não pertencente) à psicologia social. Porém, considerando ainda que o termo *transborda* os limites dessa área, faz-se oportuna uma reflexão sobre o projeto disciplinar e sua superação.

Quadro 1 – Uso do termo psicossocial entre alguns autores da psicologia social

AUTOR (es)	OBRA*	ANO*	CENÁRIO DO USO DO TERMO	LIGAÇÕES EXTERNAS
Boris Pariguin	A Psicologia Social como Ciência	1972	Formação de ciência social humanista na extinta URSS	Marxismo, socialismo como ideal de sociedade
Ignácio Martin-Baró	O papel do Psicólogo	1996	Psicologia Social Latino-Americana	Teologia da libertação, luta contra a ditadura
Enrique Pichon-Rivière	O Processo Grupal	2000	Relativo à psicologia social	Psicanálise
Theodor Adorno	Indústria cultural e sociedade	2002	Teoria Crítica	Marxismo e psicanálise
	Educação e Emancipação	2010		
Bader Sawaia	As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social	2002	Definição de objetos de estudo da Psicologia Social	Psicologia Social Latino-Americana
Lupicínio Iñiguez-Rueda	<i>La Psicología Social como Crítica: Continuismo, Estabilidad y Efervencias Tres Décadas después de la “Crisis”</i>	2003	Reflexão sobre a psicologia social após sua crise nos anos 1960-1970	Perspectiva histórica da Psicologia Social
Maritza Montero	<i>Introducción a la psicología comunitária: Desarrollo, conceptos y procesos.</i>	2004		
	<i>Teoría y Práctica de a psicología comunitaria: la</i>	2006	Psicologia Social Latino-Americana	Psicologia Comunitária, estudo nos EUA

	<i>tensión entre comunidad y sociedad</i>			
Silvia Lane	O que é psicologia social	2006	Construção de uma Psicologia Social Brasileira	Visão histórico-cultural do homem
Fátima Severiano	Consumo, Narcisismo e Identidades contemporâneas: uma análise psicossocial	2006	Reflexão sobre a sociedade contemporânea	Teoria Crítica
José Luis Álvaro & Alicia Garrido	Psicologia Social: Perspectivas Psicológicas e Sociológicas	2006	Apanhado histórico da Psicologia Social	Psicologia Social como campo de estudo
Pedrinho Guareschi	Psicologia Social Crítica como prática de Libertação	2012	Diálogo entre a psicologia e a sociologia; análise da comunicação	Teoria das Representações sociais, dentre outros
Marcelo Calegare & Maria Inês Higuchi	Nos interiores da Amazônia: leituras psicossociais	2016	Psicologia comprometida com questões locais e populares	Psicologia Social Comunitária, Escola de São Paulo

Fonte: O autor.

*O título das obras e o ano são referentes, com exceção das obras de Maritza Montero e Lupicínio Iñiguez-Rueda, às edições traduzidas e/ou publicadas no Brasil.

3.2 A ideia de interdisciplinaridade e o lugar do psicossocial

Quando se pergunta a um grupo de psicólogos sociais de variadas formações e origens institucionais qual abordagem se segue dentro da psicologia social, percebe-se a diversidade de rumos e orientações que essa área pode apresentar. Não obstante, a ideia psicossocial situada entre as aproximações da psicologia com a sociologia nasce, portanto, originalmente, na e da encruzilhada entre ambas. Das nuances que se dão e interferem nesse encontro, podemos encontrar da psicologia social psicológica até a psicologia social sociológica.

Pode-se dizer que a análise da ideia psicossocial se desenvolve plenamente nesse lugar que vai de uma concepção positivista da ciência até uma metodologia mais qualitativa e politicamente consciente.

Consequência de um mundo dividido entre especialistas e especialidades, os campos do saber terminam por se limitar a uma definição, uma especificação, uma parte do conhecimento. Mesmo com o aprofundamento dos estudos que demandam mais e mais especificações, sucede uma tendência de interligar os pontos e exceder as fronteiras disciplinares estabelecidas.

Assentando a questão no campo científico, no qual a técnica e a própria ciência são tomadas como ideologia por Habermas (1987), identificamos com esse autor o discurso dominante colocado no formato de racionalidade. Em resposta a Herbert Marcuse sobre a civilização científica e o controle racionalizado da vida, Habermas pondera que “a ‘racionalização’ progressiva da sociedade depende da institucionalização do progresso científico e técnico” (HABERMAS, 1987, p. 45).

Essa discussão faz pensar até que ponto a tecnologia legitima o poder político da tecnocracia sobre todas as nuances da cultura humana. Ao tempo que essa dominação se expande sobre a natureza, também cresce perversamente sobre o próprio homem, impondo-lhe o progresso como imperativo técnico e gerando uma dominação sem precedentes.

Japiassu (1976) parece seguir pensamento semelhante refletindo com preocupação quando afirma que os “bárbaros de outrora eram homens e ‘trabalhavam’ em escala humana com meios reduzidos, o que limitava os estragos. A barbárie técnica e industrial não tem fisionomia. Seus meios de ação são ilimitados” (JAPIASSU, 1976, p. 13).

As proliferações de especialidades parecem atender eficazmente a esses pleitos de racionalização da realidade, afastando o homem, cada vez mais, do almejado processo de emancipação vislumbrado desde o Iluminismo, ao tempo que cria uma alienação humana que aponta para a impossibilidade de conhecer toda a realidade construída.

Sem considerar o movimento de inter e transdisciplinaridade como a revolução na ciência e na técnica pensados por Habermas, será tratada no decorrer deste capítulo a possibilidade de separação entre técnica e dominação através dessa nova forma de encarar a racionalidade e a ciência.

Conforme a dinâmica de trabalho de uma equipe (por exemplo, de uma instituição pública) composta de vários profissionais, constituída em torno de uma atividade ou fim (ou mesmo dependendo da natureza dessa atividade), pode-se denominá-la de multidisciplinar, interdisciplinar ou mesmo transdisciplinar. Sendo que essa última, pelo ineditismo e como prática em construção, é mais comumente atribuída a um olhar ou como abordagem da realidade.

Partindo para uma definição do que é disciplina, há dois autores que trabalham com essa discussão das especialidades e do que é restrito ao disciplinar. A citação é do médico Patrick Paul (2013, p. 59), que afirma: “embora englobada no conjunto científico, cada disciplina tende à autonomia e à delimitação, por ‘compartimentação’ de suas fronteiras”.

Em princípio, atribui-se ao trabalho interdisciplinar um arco de ação superior ao multidisciplinar, que seria a intervenção de equipe com cada profissional atuando dentro de sua disciplina. Já a perspectiva transdisciplinar seria a superação de todas as disciplinas e especialidades, integrando-as em direção a um novo olhar. Essa discussão, na verdade, ainda está ocorrendo na época presente.

Afirma Japiassu que: “a ciência divide para reinar. Dissocia as perspectivas, desmembrando, assim, a figura do homem” (JAPIASSU, 1976, p. 20). O autor considera absurdo e vão “querer construir uma pretensa ciência do homem, se tal ciência não encontra na existência humana em sua plenitude concreta, seu ponto de partida e seu ponto de chegada”.

Para o mesmo autor, foi Piaget quem “criou um novo termo para completar a gradação esboçada pelo multi-, pelo pluri- e pelo interdisciplinar. Trata-se do transdisciplinar” (JAPIASSU, 1976, p. 75).

Na perspectiva de Alvarenga *et al* (2005), a transdisciplinaridade é uma evolução da ciência quanto aos modelos de observação e compreensão do mundo. Ela não nega o disciplinar, o multidisciplinar, o interdisciplinar nem o pluridisciplinar, uma vez que parte deles, constituindo-se um saber que relativiza, organiza e articula com diferentes saberes. Necessita e propõe o encontro entre a teoria e a prática, apresentando-se, assim, como um saber complexo.

Outra distinção que pode ser explicitada está relacionada ao inter- e o transdisciplinar. Assim como distingue Paul (2013), quando afirma que o transdisciplinar, além de superar meramente as disciplinas, como faz o saber e a prática interdisciplinar, excede os limites entre a ciência, a espiritualidade e a arte.

Nas palavras de Yasui (2006), pensando a saúde mental: “a busca do conhecimento total nos leva não apenas a transpor as rígidas fronteiras entre as disciplinas, mas a reconstruí-las em uma perspectiva que supera os campos disciplinares, estabelecendo um constante diálogo transdisciplinar” (YASUI, 2006, p. 93).

Para Japiassu (1976, pp. 61-62), o positivismo não somente “foi o grande responsável por essa situação de fragmentação das ciências do homem, na medida em que seus métodos apresentam sérias lacunas”, como também é um dos grandes inviabilizadores do avanço da interdisciplinaridade. Segundo o autor:

[...] há uma gradação dos diferentes termos: multi-, pluri-, inter-, e trans-. [...] A característica central da interdisciplinaridade consiste no fato de que ela incorpora os resultados de várias disciplinas, tomando-lhes de empréstimo esquemas conceituais

de análise a fim de fazê-los integrar, depois de havê-los comparado e julgado. (JAPIASSU, 1976, p. 32).

O filósofo entende a interdisciplinaridade “como princípio de organização ou de estruturação dos conhecimentos, capaz de modificar os postulados, os conceitos, as fronteiras, os pontos de junção e os métodos das disciplinas científicas” (JAPIASSU, 1976, p. 70). Dessa forma, apreende-se que o psicossocial vai se confirmando como um conceito que, interdisciplinarmente constituído, desafia os métodos disciplinares, objetivando dar conta de uma realidade complexamente estabelecida.

Afirma-se isso por se considerar que a concepção psicossocial representa uma formulação que supera as dimensões *multi-* e *pluridisciplinar*; seguindo, pretensamente, em direção a uma abordagem interdisciplinar. Nesse sentido, podemos afirmar que a concepção psicossocial e sua proposta interdisciplinar desafiam a fragmentação das ciências do homem, superando dessa forma o projeto positivista considerado por Japiassu (1976, p. 61-62) o “grande responsável por esta situação”.

Entender que o psicossocial não é uma soma de palavras, mas um termo que sintetiza uma nova ideia, de alguma forma, é reconhecer que sua significação, como explicitada anteriormente, remonta aos estudos da psicologia social em seus avanços sobre algumas concepções individualizadas da psicologia geral. A psicologia social sociológica aponta para uma interdisciplinaridade como uma categoria de significado claro.

Como se pode apreender na obra de Ploner *et al* (2008), são várias as contribuições da psicologia social para a prática da psicologia numa perspectiva institucional, ou melhor, nos diversos contextos de intervenção do psicólogo. Esse movimento leva a interagir com outras profissões, o que também faz refletir sobre a relação entre as ciências e a perseguir a interdisciplinaridade.

É sabido que o interdisciplinar, em sua diferença com o transdisciplinar (utópico) e o multidisciplinar (mais frequentemente nas políticas públicas, onde cada um desenvolve sua atuação independente dos demais), configura-se como grande desafio prático e como busca teórica desde a formação curricular no ensino superior.

Por exemplo, um campo que emprega tecnicamente a palavra psicossocial enquanto fenômeno é o da Psicologia Social Comunitária. Consideravelmente estimulada pela política pública federal nos últimos anos (primeiros anos do século XXI que coincidem com os dois mandatos do governo de Luís Inácio Lula da Silva), a Assistência Social, que tem nas assistentes sociais sua identidade e categoria principal, parece haver encontrado no termo

psicossocial um ponto definitivo ao tempo que operacionalizado no cotidiano dos serviços públicos ligados a essa política.

De maneira diversa da política de saúde mental que se intitula Atenção Psicossocial, a política de assistência social aborda questões socioeconômicas que, não poucas vezes, veem-se circundadas por questões psicossociais, posto que envolvem questões que vão além do social.

Compreende-se, então, que deve ser num contexto interdisciplinar que a prática psicossocial cotidianamente se realiza. Dar conta de uma realidade complexa não se faz somente com uma ciência, o que demanda superar várias dicotomias como psíquico x social, mente x corpo, teoria x prática, disciplina x interdisciplinar, dentre outros problemas cartesianos.

Considera-se válido pensar o trabalho em equipe nos serviços de saúde não somente a partir de uma reflexão teórica/abstrata. Por isso, faz-se necessário contextualizar a formação de grupos de trabalhadores a partir de uma lógica econômica que determinam repasses dos entes federados, a priorização de investimentos públicos, as remunerações e os salários desses trabalhadores (na perspectiva da questão do capital inerente ao setor público).

Fica evidente, desde logo, que o cenário onde se pode imaginar o desenvolver-se das próximas linhas é facilmente o cotidiano do Sistema Único de Saúde (mas também pode-se abstrair e pensar outros setores e instituições de atuação pública). Mais uma vez recorrendo a Habermas:

Porque a racionalidade deste tipo só se refere a correta eleição entre estratégias, a adequada utilização de tecnologias e a pertinente instauração de sistemas (em situações *dadas* para fins *estabelecidos*), ela subtrai o entrelaçamento social global de interesses em que se elegem estratégias, se utilizam tecnologias e se instauram sistemas, a uma reflexão e reconstrução racionais. (HABERMAS, 1987, p. 46).

Pensando nas consequências que essas questões trazem para o dia-a-dia das práticas nas instituições onde atuam os profissionais, imagina-se o fluxo de um paciente num serviço específico. Pode-se concluir que o movimento perfaz, muitas vezes, uma alusão bem direta a uma linha de montagem do sistema *fordista*¹⁰.

Inicialmente, o usuário (oportunamente denominado paciente) é encaminhado de outro serviço ou chega por demanda espontânea, permanecendo depois numa lista de espera ou *encaixado* num atendimento com o profissional de plantão no serviço. Daí, passa por profissionais de outras áreas de atuação que vão submetê-lo a uma série de ações que podem

¹⁰ Referente à linha de produção desenvolvida pelo industrial Henry Ford.

variar de um exame, entrevista anamnese, uma visita domiciliar até uma intervenção terapêutica focal ou medicamentosa.

A fim de problematizar essa realidade hierarquizada, unidimensional, cindida, resta formular algumas perguntas: esse fluxo (se dessa forma operado) assiste a demanda do paciente? Consegue vê-lo integralmente? Acolhe sua família? Pode ser flexível a fim de atender suas especificidades? Está oportunamente disponível para a vida? Aliás, quanto desse sujeito que adentra o serviço chega cooptado por uma lógica consumista e imediatista, categorizado no processo de saúde, por exemplo? E quanto à equipe: existe tem alguma hierarquia interprofissional? Como essa relação se dá e quais suas consequências para o resultado do processo interventivo?

Como não perceber que o conceito psicossocial pode se perder em qualquer momento desse fluxo? O campo da prática psicossocial parece bem abrangente, contudo, amplamente circunscrito a uma concepção de homem percebida como limitado. Isso quer dizer que o psicossocial, na sua variante de possibilidades de sentido, tenta dar conta de uma realidade em que o homem tem uma subjetividade, mas que essa subjetividade se dá numa intersubjetividade.

Dentro da proposta da nova forma de agir está a possibilidade de categorizar os diversos tipos de atendimentos possíveis e necessários, nas suas particularidades, para assistência em saúde. Porém, deixar livre a possibilidade de integrar esses atendimentos numa assistência integral ainda é um grande desafio para qualquer serviço de assistência.

Entender, por exemplo, as questões sociais envolvidas nos transtornos individuais demandam uma atitude comprometida com a realidade. Para citar um caso do campo da saúde mental, pode-se pensar quando uma pessoa tem um surto psicótico. O que geralmente se pergunta no senso comum é: por que essa pessoa surtou? Essa pessoa tem problemas, né? Por vezes, constata-se: Essa pessoa está causando transtornos! Quando uma questão mais oportuna, numa perspectiva psicossocial poderia ser: quais fatores psicológicos e/ou sociais (econômicos, culturais, familiares, históricos) influenciaram no estado dessa pessoa?

Essa crítica sobre a ausência do aspecto social em saúde mental pode ser um ponto central para a concepção do psicossocial como elemento constitutivo e denominador do campo da saúde mental. Sua assimilação enseja, ainda, uma das mais duras condenações feitas pela reforma psiquiátrica em sua busca por romper com a lógica manicomial. Isso remonta aos primórdios desse movimento, desde o pensamento de Franco Basaglia que será abordado com mais profundidade na segunda parte do próximo capítulo.

4 PROBLEMATIZAÇÕES SOBRE O CONCEITO DE SAÚDE

Nesse momento do nosso estudo, é relevante definir saúde a fim de prosseguirmos com o debate até chegarmos à saúde mental e às implicações da atenção psicossocial nesse campo. Nas palavras de Scliar (2007):

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. (SCLiar, 2007, p. 30).

A saúde é um estado passageiro, tendo em vista sua fragilidade associada à vida (que se constitui um acontecimento marcadamente efêmero). Pode estar relacionado com o bem-estar e mesmo próximo da felicidade. Certeza mesmo é de que não se pode explicar completamente suas nuances peculiares em uma única definição.

Investigando atentamente as transformações porque passa o conceito de saúde, pode-se identificar que ele vem ampliando seu escopo, levando a compartilhar com o psicossocial a aspiração por uma visão mais abrangente, mais contextual. Acrescente-se que as aproximações entre a saúde e o psicossocial ficarão cada vez mais recorrentes, fazendo-se necessária a compreensão de ambos conjuntamente.

Muitos fatores podem ser elencados como responsáveis pelo entendimento atual de saúde e pela constituição da saúde pública como de interesse do Estado e dos seus governantes. Podem-se considerar alguns eventos históricos como decisivos para esse processo. Concorreram, cada uma com seu impacto, fenômenos como o Cameralismo¹¹, movimento que influenciou alguns reinos europeus no século XVIII, e eventos marcantes como a Revolução Francesa, posteriormente, a Revolução Industrial.

Enquanto os franceses trouxeram a Carta dos Direitos Humanos e, no seu bojo, o tema da saúde, pela primeira vez, para o seio do Estado laico constituído através do comprometimento público com a questão, o processo de industrialização inglês levou os trabalhadores a condições aviltantes (dentre elas, intensa aglomeração urbana, desnutrição,

¹¹ Cameralismo seria uma variedade alemã do mercantilismo. “O termo cameralismo tem duas conotações. Por um lado, designa as ideias que apareceram para explicar, justificar e guiar as tendências e práticas centralizadoras da administração e da política econômica da monarquia absolutista nos estados alemães no final do século XVII e no século XVIII. Por outro lado, refere-se a tentativas feitas no mesmo período de elaborar, através da emergente ciência política e social contemporânea, uma visão sistemática do funcionamento dos vários serviços administrativos como base para o treinamento dos funcionários públicos”. (ROSEN, 1979, p. 147).

falta de higiene e de ventilação nas instalações fabris, até a aquisição de doenças através do trabalho). Esses e outros fatores patogênicos foram o objeto de vários estudos, além de preleções de médicos e estudiosos que denunciaram essas condições, reclamando ações dos seus governos.

Colocando a questão em termos “médicos”, poderia se dizer também que: “o termo saúde, quer se refira à boa ou à má, designa um estado dinâmico de um organismo resultante da interação de fatores internos e ambientais que se dá em um cenário espaço-temporal” (ROSEN, 1979, p. 47). Esta definição geral se aplicaria, de acordo com o mesmo autor, a todos os organismos biológicos, colocando a saúde em um contexto ecológico.

Os estados nacionais vinham se ocupando, cada vez mais, da saúde de sua população, notadamente nos países industrializados. Não havia, contudo, uma definição mundialmente aceita e:

Para tal, seria necessário um consenso entre as nações, possível de obter somente num organismo internacional. A Liga das Nações, surgida após o término da Primeira Guerra, não conseguiu esse objetivo: foi necessário haver uma Segunda Guerra e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), para que isto acontecesse (SCLIAR, 2007, p. 36).

Identifica-se, na perspectiva da definição de saúde da Organização Mundial de Saúde – OMS, de 1948¹², um impulso para que os Estados membros da ONU adotassem medidas que beneficiassem seus cidadãos. No entanto, essa definição é apontada por autores como Serge e Ferraz (1997) como um entendimento superado.

Dessa forma, é possível afirmar que nunca se teve consenso absoluto em relação a esse conceito que preconiza: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade¹³”.

Essa concepção multifatorial da saúde que embasa o atual conceito da OMS foi corroborada em ocasiões posteriores, como na Declaração de Alma-Ata, em 1978. Todo um entendimento de saúde evoluiu até a criação da Carta de Ottawa, em 1986, onde se defende e reconhece a participação de toda a comunidade local no processo de promoção da saúde. Pode-se constatar, dessa forma, que essa definição foi sendo aceita e, aos poucos, ganhou espaço e aplicação internacionalmente ao longo dos anos.

¹² A referida definição de saúde contou com a delegação do Brasil como grande incentivadora para formação desse conceito dentro da estrutura da ONU.

¹³ Texto disponível em: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>

Tomada como excessivamente idealizada, essa acepção também passou por definições críticas como a de Dejours (1986), que problematizou principalmente o conceito de bem-estar associado a algo estável, constante e sem atividade. Resgatando a própria dinamicidade da vida, o autor traz uma nova concepção de bem-estar (físico e psíquico) quando associa ao conceito de saúde elementos subjetivos como a *liberdade*.

Lunardi (1999) traz esse questionamento da singularidade (como um aspecto desprezado pelo conceito da OMS) e ainda do que possa ser entendido como bem-estar por sujeitos diferentes. Por exemplo, a mesma patologia pode ser sentida e vivenciada de forma diversa por pessoas em situações várias (exemplifica a autora que a mesma dor pode ser sentida de modo diferente por duas pessoas).

Dejours (1986) levanta ainda a questão da diversidade de compreensões de bem-estar entre variadas culturas. Essa reflexão permitiria entender, por exemplo, as formas de exercer a medicina em universos simbólicos onde cada doença toma lugar. Nessa perspectiva, pode-se dizer que se tomar uma única concepção de saúde seria algo arbitrário, posto a variedade de sentidos que cada cultura atribuiria ao estado de saúde.

De todo modo, percebe-se que o conceito, pelo mesmo fato de ser subjetivo, torna-se abrangente e adaptável a vários contextos (tal como aconteceria com a palavra psicossocial). Essa abrangência de sentido difundida no conceito de saúde em questão e no termo psicossocial passa a não ser ocasional quando Paiva (2013), analisando sobre o uso do psicossocial na literatura, identifica um bom número de artigos que abordam o processo saúde-doença em relação com a definição da OMS.

É como se o conceito da OMS, na verdade, requeresse para ser atendido, uma dimensão *multi* ou interprofissional. Isso posto que nenhum profissional sozinho conseguiria assistir todas as dimensões, como refletiu-se no capítulo que abordou a interdisciplinaridade.

Serge e Ferraz (1997) são contundentes na crítica ao referido conceito da organização. Através da psicanálise, os autores refletem a priorização e a proposta de resgate do subjetivismo, que reverte a um questionamento da atual definição de saúde, toda ela embasada em avaliações externas, “objetivas”. Como se pode ver na seguinte passagem, abordam com severidade o conceito de saúde sugerido:

A definição de saúde da OMS está ultrapassada por que ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. Mesmo a expressão “medicina psicossomática”, encontra-se superada, eis que, graças à vivência psicanalítica, percebe-se a inexistência de uma clivagem entre mente e soma, sendo o social também inter-agente, de forma nem sempre muito clara, com os dois aspectos mencionados (SERGE e FERRAZ, 1997, p.540).

Poderia ser alegado também que o conceito, apesar de ser originalmente gestado numa organização internacional, não deixa de sucumbir a certa limitação epistemológica provinda de uma determinada tradição, qual seja, a civilização ocidental europeia. O conceito, portanto, poderia (e deveria) ser enriquecido por um debate multicultural que ampliasse inclusive a lógica cartesiana quase unidimensional em cujo conceito está enredado.

A definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, disposta na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, “é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença” (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p. 80).

A propósito de um novo conceito de saúde que supere aquele da OMS e se aproxime do pensamento complexo e transdisciplinar que demanda hoje a área, seria difícil limitar-se somente numa única definição. Dessa forma, Paul (2013) traz um debate em que a saúde passa a ser compreendida em três diferentes modelos. Segundo o pesquisador:

Hoje, três modelos associados a três abordagens diferentes da saúde justapõem-se, habitualmente, nesses campos: o da saúde positiva, referente ao bem-estar que é interessante preservar; o da saúde negativa, para o qual a referência é a doença que convém evitar; e, enfim, o da saúde global, que constata a complexidade das determinações biológicas, psicológicas, socioculturais e mesmo espirituais que interferem na saúde ou na doença. Cada um deles apresenta sua riqueza e seus limites, que devem ser conhecidos, uma vez que cada um sustenta, na maioria das vezes implicitamente, as atitudes. (PAUL, 2013, p. 33).

Na sua abrangência, a saúde é mais do que ausência de doença. É relevante considerar a descoberta da complexidade dos fatos sociais (PAUL, 2013) e manter em vista os outros elementos de análise que podem ser sintetizados em três categorias:

Doença biológica (*disease*), subjetiva e pessoal (*illness*) e, enfim, social (*sickness*) – sugere a introdução, em um modelo de saúde global, dessas três categorias em sua face positiva. A saúde é, portanto, tanto física (o que é valorizado particularmente pelo modelo biomédico e ecológico) como subjetiva e moral (sendo a referência ao bem-estar uma apreciação pessoal ligada ao modelo de saúde positiva) ou, ainda, social (modelo de saúde comunitária) ou espiritual. Essa pluralidade, complexa em seu domínio e paradoxal em suas relações, mostra-se como fator essencial a ser apreendido nos desafios ligados à saúde. (PAUL, 2013, p. 38).

Góis (2008) também problematiza a saúde. Para este autor, o conceito envolve elementos “eco-sócio-organico-psicológico” que se manifestam de modo multidirecional. Ele vê a saúde numa perspectiva ecológica e biocêntrica (referenciada na vida), que não tem

relação com o “vitalismo e com o biologicismo“ (GÓIS, 2008, p. 19). Vale destacar que esse enfoque não envolve somente a vida humana, mas a vida de todos os demais seres do planeta. Segundo o autor:

Podemos dizer com clareza que a saúde é uma questão de ecologia e de vida social, e a doença um problema de ruptura ecológica e desigualdade social, geralmente praticada pelo ser humano mediante uma prática cultural baseada em valores antivida. (GÓIS, 2008, p. 20).

Essa concepção em relação à saúde é oportuna quando, por exemplo, imagina-se o seguinte cenário: qual tipo de saúde um sujeito poderia manter num contexto urbano degradado, com os recursos naturais deteriorados, poluídos ou ainda num ambiente de violência e degradação dos laços sociais? Como se manter saudável num contexto de precariedade?

Uma das mais graves contradições do tema é a maioria das pessoas não ter condições de garantir o mínimo preconizado pelo ideal de saúde posto. Entendida nessa realidade socioeconômica, a saúde seria mais um valor ou bem que, no sistema do capital, é passível de ser adquirido. O resultado dessa ilusão é um mercado que movimenta cifras astronômicas em todoo mundo.

No Brasil, a determinação social da doença ficou explicitada primeiramente quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, sendo muito importante para superação das lógicas higienista e curativa (LUNARDI, 1999) preponderantes até então.

Sabe-se, por suposto, que um dos fatores que integram essa discussão, tomados de forma crescente tanto por governos, como é o caso do brasileiro, são os Determinantes Sociais em Saúde (DSS). Esse entendimento é importante pelo fato de superar uma visão apenas biológica das doenças, também considerando os fatores sociais. É possível que historicamente venha se constituindo certo consenso sobre a importância dos DSS na situação da saúde (BUSS; PELLEGRINI, 2007), concepção que contribui também para ampliar conceitual e oficialmente a definição de saúde.

Dentre os elementos componentes dos Determinantes Sociais em Saúde, estão o combate das iniquidades em saúde (que podem ocorrer por fatores econômicos, sociais, comportamentais ou políticos). Ou seja, investir em programas sociais, projetos educacionais e reverter o quadro dos altos índices de violência (homicídios, acidentes automobilísticos,

suicídios) contribui para melhoria da saúde e da qualidade de vida da população. Reconhecendo a antiguidade do debate e sua relevância, Rosen (1979) afirma que:

Em suma, o aparecimento de doenças em uma população e em uma época não é somente fruto do acaso: trata-se de um fenômeno específico que possui determinadas etiologia, incidência, prevalência e mortalidade a serem estudadas de acordo com a idade, sexo, classe social, profissão, modo de vida ou outros fatores ligados de uma forma ou de outra à estrutura, cultura e psicologia de uma sociedade. Se a doença surge e afeta as condições ou relações sociais em que o ser humano vive, então ela é um fenômeno social que deve ser estudando enquanto tal e enquanto fenômeno só completamente inteligível em um contexto bio-social. Este aspecto pode ser ilustrado por muitos exemplos. (ROSEN, 1979, p. 51).

Ao encontro desse olhar interdisciplinar de saúde que se concretiza na constante tensão com outras abordagens da saúde pública, quais sejam, o enfoque biológico, o sócio-político e o ambiental (BUSS; PELLEGRINI, 2007), a medicina social surge baseada em dois pilares: a medicina e a ciência social, de forma que:

[...] o conceito de medicina social só poderia se tornar mais preciso com o avanço da medicina e com o desenvolvimento da ciência social. Nunca é bastante enfatizar que a medicina social se baseia igualmente nas ciências médicas e social. A antropologia, a psicologia social, a sociologia e a economia são tão importantes para estes campos quanto os vários ramos da medicina. (ROSEN, 1979, p.138).

Para o referido autor, coube ao século XIX desenvolver a ideia da medicina como ciência social e, partir daí, formular o conceito de medicina social. Podemos perceber que no contexto dessa medicina, no século XX, surge a utilização do termo psicossocial referente às questões médicas que se deparam com questões sociais, levando em consideração aspectos psicológicos.

É oportuno perceber que esses conceitos: medicina social, saúde pública, saúde mental, determinantes sociais em saúde, sendo predominantemente pensados num contexto europeu, ganharam uma aplicação em vários países do mundo. Além disso, são fruto de um processo histórico e ainda não estão acabados. De qualquer forma, eles estão relacionados quanto ao modo de entender a concepção psicossocial e de produzi-la como forma de olhar a partir da saúde.

4.1 SUS e algumas questões da formação em saúde

Muitos eventos se mostraram determinantes para a formação do que veio a ser responsabilização do poder público com a saúde pública. Dentre eles, estão episódios como a Segunda Guerra Mundial, que no seu término viu nascer a Organização das Nações Unidas, ONU.

No Brasil, um marco crucial para pensar a saúde se dá com o processo de redemocratização, com a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, que culminou na assinatura da Constituição de 1988.

Em estudo recente, no qual se analisa a atuação da atenção primária no âmbito da saúde mental, Viana (2016) constatou que existem alguns desencontros quando da formulação de projetos nacionais, da constatação das demandas locais e da participação dos agentes diretamente envolvidos. Mesmo um projeto popular como o SUS prescindiu da participação dos profissionais na sua constituição.

Perceber, como ressalta Viana (2016), que não participaram decisivamente na escrita do que viria a se tornar o Sistema Único de Saúde entidades como: a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), os Conselhos de Profissão e as Universidades, faz refletir quão democrático foi o processo desde seu início:

Mesmo que sindicatos e associações de classe tenham composto a citada comissão, estas entidades não possuem a prerrogativa de lei de orientar e disciplinar a atuação profissional. Cabe às universidades (majoritariamente) pautar os parâmetros da formação e aos Conselhos profissionais pautar e fazer cumprir os parâmetros da atuação. A não presença destas duas modalidades de entidades neste momento histórico ajuda a compreender uma série de desníveis de formação de diversas profissões e a sua controversa com o sistema único de saúde (VIANA, 2016, p.147).

A despeito de tamanho desencontro, que provocou consequências principalmente no perfil do profissional de saúde brasileiro, deve-se notar que o conceito de saúde que inspira o Estado brasileiro e vem ganhando cada vez mais espaço considera como princípios os valores que fazem do SUS um sistema único no mundo, no sentido de que tem extrema relevância social e presta serviços que não são acessíveis em muitos países. Além da

universalidade, também figuram como princípios do SUS a equidade e a integralidade da atenção à saúde¹⁴.

Há de se refletir, portanto, se todas as dimensões: histórica, política, sociocultural e conceitual (que vão muito além do ensino dos procedimentos técnicos específicos de cada profissão) da saúde são devidamente abordadas na formação de profissionais de saúde no Brasil.

Sem a pretensão de adentrar excessivamente no debate sobre o ensino superior, nem no lugar institucional da psicologia, deve-se pontuar o que é notório: a psicologia, na qualidade de curso de graduação, tem migrado cada vez mais, em instituições de ensino superior, para o campo das ciências da saúde.

Essa mudança, além de atender a uma questão aparentemente mercadológica, ocorre num contexto de inflexão das ciências humanas e traz para a psicologia o desafio de se adequar enquanto campo de saber às ciências da saúde. É oportuno refletir com qual (conceito de) saúde a psicologia irá se associar, mas isso depende de qual postura os docentes assumirão e o que será demandado da psicologia no diálogo interdisciplinar com os outros cursos da saúde.

Em uma das críticas cotidianas que se fazem de modo geral ao ensino no campo da saúde, os programas e grades curriculares ainda estão muito voltados para uma noção da doença ao invés da saúde. Complementando, percebe-se a dimensão multifatorial das questões ligadas à saúde demandando um tratamento diferenciado também da doença.

Acreditamos como é possível que essa abordagem possa ter proveito com os subsídios oriundos da concepção psicossocial de realidade, podendo ser implementada oportunamente em variados cursos de graduação. Não somente naqueles relacionados com a saúde mental.

Isso ocorre tendo em vista se adequar à urgente demanda do setor público por uma melhor assistência à saúde (aquela realizada na Estratégia de Saúde da Família, na Rede de Atenção Psicossocial, dentre outras), também, pela emergência de se ampliar a visão de saúde comumente reduzida a tecnicismos e à lógica do consumo.

Vale dizer que as instituições de ensino superior, pela própria estrutura, parecem incapazes de realizar uma transmissão tão dinâmica, totalizante dos saberes teóricos e técnicos concernentes a cada âmbito do saber. Ou seja, nenhuma formação é capaz de transmitir aos

¹⁴ Esses princípios, tal como o próprio SUS, estão ameaçados, nos últimos tempos, por governos antidemocráticos (e golpistas) que patrocinaram cortes no financiamento público da política de saúde numa clara intenção de esvaziar a responsabilização estatal com a saúde da população.

discentes todos os conteúdos indispensáveis para uma prática adequada (nem mesmo há garantias de que os aprendizes exercerão a prática com perfeição). Desse modo, o processo ensino-aprendizagem institucional está limitado a contemplar apenas alguns elementos. Sem embargo, com a apropriação de conceitos e concepções mais amplos, é possível agir coerentemente implementando novas formas de compreensão da realidade.

Certamente, uma ideia recorrente, porém ainda revolucionária, seja a de estimular práticas extracurriculares humanizadas e inovadoras que permitam ao estudante vivenciar experiências que superem o ambiente da sala de aula, de modo que a formação não se finda no instante da conclusão do curso superior. De maneira que o desenvolvimento contínuo deverá ser um companheiro constante do profissional na sua solitária/coletiva busca por conhecimentos que lhe viabilizem um contato humanizado com a realidade do usuário do serviço. Essa mesma realidade reluta em se acomodar no interior das disciplinas e exige um olhar além do unilateral e do parcial.

Isso é muito oportuno para a saúde mental, que se beneficia desse olhar complexo ao superar o lugar do sujeito acometido com transtorno mental, que vai do lugar de culpado para o de corresponsável na preservação da sua saúde e também de toda a comunidade. Trazendo uma derradeira citação de Paul (2013), pode-se colocar sinteticamente que é perceptível:

Uma mudança de orientação relativa que testemunha uma tentativa de transformação paradigmática da noção de saúde e de doença, a fim de melhor integrar (sem forçosamente poder controlá-lo totalmente) os diversos questionamentos formulados pela genética, fisiopatologia, meio ambiente, inconsciente, sociedade, espiritualidade [...]. E, uma vez que existe uma grande dificuldade em definir a saúde, os novos indicadores operam de um modo contraditório, complexo, paradoxal e dialético. A abertura para abordagens não reducionistas impõe-se, portanto, cada vez mais, já que o conceito ampliado de saúde global integra, então, o conjunto das posturas e modelos anteriores (PAUL, 2013, p. 39).

Como referido anteriormente, é amplo o cabedal de influências que tem formado um entendimento mais integral do fenômeno saúde. Em alguns aspectos, o mesmo processo se confunde (intercruza) com o histórico da psicologia em suas crises e cientificidade na paulatina migração do originário campo das ciências humanas para o campo da saúde. Pode-se entender essa migração como ampliação da perspectiva de homem e de ciência, mas também pode ser compreendida como um processo de metamorfose que busca se legitimar tanto num campo de saber como no respectivo campo de atuação.

Para Yasui (2006), não há explicação baseada na causalidade biológica, capaz de dar conta da complexidade do existir e do sofrer humano. É dessa forma que “a ruptura epistemológica da Reforma Psiquiátrica propõe que o homem esteja no centro, e não a bioquímica dos neurotransmissores” (YASUI, 2006, p. 92).

Quando os dois aspectos (o psíquico e o social) integram uma concepção psicossocial, uma vez partindo do corpo biológico, trazem uma nova compreensão da saúde, mais ampla e integral. Visto que os três: o biológico, o psicológico e o sociológico são determinados como relevantes para a constituição plena do sujeito por documentos da OMS (2002), o psicossocial não se esgotaria nos dois últimos elementos, constituindo-se numa concepção relevante principalmente na saúde mental.

Dessa forma, tanto o psicossocial quanto o(s) moderno(s) conceito(s) de saúde são atualmente compreendidos como fenômenos multifatoriais. Esse entendimento comum promove uma integração entre ambos e mantém uma coerência no sintagma atenção psicossocial quando este chega ao campo da saúde mental.

4.2 O social na saúde mental e a Reforma Psiquiátrica

Consoante com os avanços técnicos das ciências médicas e psicológicas no campo da saúde, de modo geral, os governos têm buscado atuar de forma cada vez mais efetiva na vida das pessoas que apresentem algum transtorno mental. Da mesma forma que outras questões do âmbito da política, a saúde é materializada para a população em forma de serviços, a partir de uma determinada perspectiva de mundo, de uma concepção teórica ou ideológica.

Não é casualidade que a responsabilização do tema saúde pelos governos vem sendo paulatinamente associada às discussões sobre a relevância dos fatores sociais e sua influência na saúde coletiva. Buscando um marco no qual se possa identificar com clareza o início da perspectiva social no campo da saúde mental, há que se voltar no tempo e identificar aqueles que consideraram o aspecto social como pertinente para o desenvolvimento do que se entende hoje por sofrimento psíquico.

Indo nos primórdios, desde Pinel, reconhece-se, de alguma forma, que é no contexto social que se denota o quadro de perda da razão no indivíduo. Ainda que não deixe clara a influência entre aspectos psicológicos e sociais, o fundador da psiquiatria moderna sugere a mente como o lugar onde se dá o transtorno. Ao mesmo tempo, indica o estudo e a

observação demorada do paciente. Daí, justifica-se a necessidade de internação desse sujeito para tratamento adequado nos manicômios, conforme sugere os preceitos do tratamento moral (PEREIRA, 2004).

Passaram-se séculos, contudo, até que se identificasse o contexto social não só como parte causal do problema, mas também como espaço para a reabilitação do sujeito. Esse entendimento sistemático, que se contrapunha ao isolamento proposto pelos manicômios, só veio realmente florescer no século XX e com mais intensidade após a Segunda Guerra Mundial.

Ulysses Pernambucano foi um dos pioneiros no Brasil desse entendimento do social como fator relevante para o processo de adoecimento, além de uma situação existencial, que admitia “os fatores sociais como co-determinantes” (ANTUNES, 2003, p. 54). Pernambucano foi, de fato, responsável por ações inovadoras em instituições de saúde por onde passou.

Investigando as contribuições para o pensamento psicológico brasileiro, Mitsuko Antunes (2003) aponta o psiquiatra Ulysses Pernambucano como um dos precursores do que viria a ser denominado antipsiquiatria. Dentre os elementos que contribuiriam para isso, está justamente sua visão para os determinantes sociais que superariam em alguns casos o organicismo preponderante até então nos espaços psiquiátricos.

Outra psiquiatra que pondera a relevância do social nos quadros clínicos é Nise da Silveira. Uma das pioneiras da reforma e precursora do movimento de contestação da lógica manicomial, Nise ressalta o encontro da psiquiatria com as ciências sociais como uma tendência que iria avançar em várias direções. Explica a autora:

Um salto dado na segunda metade do século XX foi a contestação de que a doença mental possa encaixar-se no modelo médico, que ocorra dentro do organismo. A loucura acontece entre os homens, isto é, na sociedade. O louco é o inadaptado à ordem social vigente. E a psiquiatria é acusada de defender a ordem burguesa contra homens que tem uma diferente visão do mundo. (SILVEIRA, 2015, p. 112).

Na mesma obra, Silveira (2015) resgata a contribuição de outro grande nome da psiquiatria que vai em caminho semelhante quanto à consideração sobre o social e a constituição da psique: Carl G. Jung. O criador da psicologia junguiana, além de identificar a relação entre a psique individual e a psique coletiva, quando sugeriu a existência do inconsciente coletivo e dos arquétipos, também deixou suas impressões sobre a relevância do social.

Para Silveira, é curioso que “tendo partido do estudo do indivíduo, na área da psiquiatria, e sem nenhuma preocupação de ordem sociológica (econômica, política), Jung tenha chegado empiricamente ao conceito de estruturação da psique a partir das vivências sociais” (SILVEIRA, 2015, p. 114).

Considera-se principalmente Franco Basaglia como uma figura que repensou o lugar da psiquiatria, tanto pelo seu ineditismo, como pela proximidade de modelo da reforma psiquiátrica que ocorreu no Brasil daquela que aconteceu na Itália.

Pode-se dizer que a ideia psicossocial na reforma psiquiátrica se faz presente no momento em que Basaglia sentencia que o social é espaço de tratamento por ser também o lugar do adoecimento. Negando a internação forçada do sujeito ‘disfuncional’ ou em crise, lança para a sociedade o desafio da convivência. Para Viana (2016):

O eixo propulsor do movimento da Reforma Brasileira consistiu em questionar a instituições aprisionadoras como os manicômios e toda a sua “ferramentaria” ideológica e institucionalizante dos sujeitos. Ou seja, as bandeiras da Reforma não se resumiam em questionar o Hospital Psiquiátrico. Muito pelo contrário, os eixos de enfrentamento exigiam uma nova sociedade que prezasse pela autonomia dos sujeitos, concebendo a loucura como uma condição de existência humana e não apenas enquanto patologia. (VIANA, 2016, p. 106-107).

Inicialmente inspirado nas experiências da Comunidade Terapêutica inglesa (BASAGLIA, 1989; SIDRIM, 2015), Basaglia logo transitou para uma completa ruptura com os modelos institucionais de assistência à saúde mental por acreditar que esse modelo atendia a uma lógica segregacionista que nada tinha de curativa e, acima de tudo, porque atentava contra a dignidade humana.

Decerto, esse novo paradigma é desafiador, pois para além da transformação do indivíduo, requer uma transformação social. Em várias passagens, o autor dá destaque ao elemento social, ora desqualificando um olhar puramente biológico sobre o doente, ora ressaltando a questão multifatorial do transtorno mental. Nas palavras do autor:

Na maioria dos casos, entretanto, a hipótese de uma lesão cerebral parece infundada, artificiosa e irrelevante, porquanto o distúrbio interpessoal só adquire sentido no âmbito daquela dinâmica social que progressivamente lhe deu forma, criando o seu doente, e subtraindo-lhe gradativamente a possibilidade de manter relações sociais. (BASAGLIA, 1991, p. 262).

Em certo momento, Basaglia identifica em Harry S. Sullivan uma nova abordagem da saúde mental. Sullivan havia reagido ao dogmatismo kraepeliano e freudiano, criando sua própria teoria psicopatológica e terapêutica. Em síntese, o psiquiatra norte-americano pôs em evidência as relações interpessoais como fator relevante para os processos

de ansiedade/segurança que constituiriam parte dos transtornos mentais. Para Basaglia, H. Sullivan:

tomou consciência do fato de que o distúrbio mental, longe de ser um problema individual, dentro do corpo objetivado do doente, só pode ser corretamente apreciado em seu aspecto interindividual. Entretanto, os critérios aplicados ao exame desses problemas sempre derivam fundamentalmente da psicologia e da psicanálise; em vez de estudar como os problemas sociais e políticos influem nas dinâmicas de grupo e as determinam em sua realidade histórica, tem-se preferido estender o exame psicológico e psiquiátrico até o domínio social, subtraindo este último à crítica política (BASAGLIA, 1991, p. 263).

O psiquiatra citado mira, por um momento, a experiência inglesa da comunidade terapêutica e enxerga uma nova experiência que denominou de psiquiatria social, ela:

pode ser a expressão concreta de uma nova ciência, a psiquiatria social, que, pondo em causa os fatores sociais e ambientais na gênese dos distúrbios mentais, tenta repará-los instituindo um serviço psiquiátrico tecnicamente eficaz e humanitário. Mas a descoberta do “vírus social” como responsável pela doença mantém ainda a psiquiatria num terreno contratransferencial, ainda que racionalizado. (BASAGLIA, 1991, p. 314).

Segundo Amarante (2007), Basaglia considerava a psiquiatria um “mal obscuro” por ter separado o “objeto fictício” da doença da “existência global e complexa dos sujeitos e do corpo social” (AMARANTE, 2007, p. 66). Ressalta na mesma obra que, após o falecimento de Basaglia, deu continuidade ao movimento da Psiquiatria Democrática o também médico Franco Rotelli. Este deu prosseguimento às reflexões sobre os efeitos das questões sociais e o sofrimento psíquico.

Noutra perspectiva, Gerald Caplan, dentre outros psiquiatras estadunidenses, iriam contribuir para que o governo do seu país implantasse serviços comunitários em saúde mental de maneira que reconheçam de uma só vez: o fracasso das instituições manicomiais e a evidência promissora dos tratamentos comunitários como solução viável para os casos de sofrimento psíquico.

Destacando a relevância do pronunciamento do Presidente Kennedy, considerado o primeiro chefe de Estado a abordar oficialmente o tema, o autor separa do seu conteúdo o que será o cerne da psiquiatria comunitária, na qual “se enfatizam que a prevenção, tratamento e reabilitação dos enfermos mentais [...] devem ser considerados responsabilidade comunitária, e não um problema privado a ser enfrentado por indivíduos e suas famílias”. (CAPLAN, 1980, p. 17)

Hoje, tem-se a crítica a esse modelo da psiquiatria comunitária que acreditava que as doenças mentais podiam ser prevenidas com procedimentos padrão. Além disso, a

concepção de comunidade é divergente em contextos culturais diferentes, como é o caso dos Estados Unidos em relação ao Brasil (BIRMAN; COSTA, 1994). Nas palavras de Amarante:

Caplan adotava uma teoria etiológica inspirada no modelo da História Natural das Doenças, de Leavell e Clark, que pressupõe uma linearidade no processo saúde-enfermidade, e uma evolução (paradoxalmente a-histórica) das doenças. Por consequência, em seu entendimento, todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente. (AMARANTE, 2007, p. 48).

A essa forma de prevenção dos transtornos mentais, sem embargo, Amarante (1992) denuncia também um novo projeto de medicalização de ordem social, isto é, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais. “Nesse processo, compete aos saberes psiquiátrico-psicológicos mediatizarem a constituição de um tipo (psico)sociológico ideal”, o que se traduz em mecanismo de controle e normatização de expressivos segmentos sociais, marginalizados de variadas causas. Considerando ainda essa questão, Yasui (2006) faz seu apontamento no sentido de que:

O sonho de uma psiquiatria preventiva era o de se infiltrar na trama cotidiana da sociedade e localizar a doença e o doente antes mesmo de sua emergência. O justo limite é aquele que se equilibra na corda bamba da produção da autonomia atenta para não produzir dependência ou tutela. Equilíbrio entre a produção da liberdade ou da servidão voluntária. (YASUI, 2006, p. 116).

De qualquer forma, o autor é um dos precursores ao adotar sistematicamente o termo psicossocial em sua produção de saúde mental. Deve-se destacar que o único autor que Caplan menciona utilizando esse termo é Erik Erikson quando trata sobre “a influência de fatores psicossociais e sócio-culturais no desenvolvimento do ego” (CAPLAN, 1980, p. 27).

Por isso, apesar das motivações, conotações e limitações da prática da psiquiatria comunitária de Caplan, é forçoso mencionar seu nome pelo emprego consciente do que seria o psicossocial no âmbito da saúde mental e de sua suposta relação com a teoria eriksoniana. Diante da trajetória da psiquiatria preventiva, sobre o tema, o próprio Caplan afirma que:

Refere-se ao corpo de conhecimentos profissionais, teóricos e práticos, que podem ser utilizados para planejar e executar planos destinados a reduzir (1) a incidência de distúrbios mentais de todos os tipos numa comunidade (“prevenção primária”), (2) a duração de um número significativo daqueles distúrbios que efetivamente ocorrem (“prevenção secundária”) e (3) a deterioração que poderá resultar desses distúrbios (“prevenção terciária”). (CAPLAN, 1980, p. 31).

Seguindo uma crítica a essa psiquiatria burguesa e sua dupla incompreensão: a incompreensão do sujeito que está por trás da doença e do fator social (econômico) envolvido nesse processo, Basaglia afirma:

De fato, se a psiquiatria burguesa mostra-se disposta, agora, a reconhecer que doença mental pode estar intimamente ligada às contradições de nossa realidade social, ampliando o terreno de indagação e de cura do indivíduo à família, à escola e à fábrica, é porque sabe que nessa direção poderá criar novas instituições (como, por exemplo, a psicoterapia da família, os psicólogos de fábrica, os assistentes sociais), que virão atenuar os conflitos sem nunca chegar a colocar em discussão o fundamento sobre o qual se baseia a ideologia. (BASAGLIA, 1991, p. 319).

Uma reflexão multifatorial sobre a saúde mental vai se constituindo, enquanto se tece uma dura crítica ao modelo psiquiátrico de assistência e ao *status quo* que negligencia as questões humanitárias da internação, pois se fundamentam na lógica de exploração dos mais pobres e na exclusão/confinamento dos improdutivos.

Ao mesmo tempo que entende essa perspectiva social, o psiquiatra italiano identifica nessa gama de profissionais ligados ao social uma tendência de perpetuar a violência em forma de técnica, uma vez vinculados a uma instituição ou lógica manicomial.

O novo psiquiatra social, o psicoterapeuta, o assistente social, o psicólogo da indústria, o sociológico de empresa (para citar só alguns), são os novos administradores da violência no poder, na medida em que, atenuando os atritos, dobrando as resistências, resolvendo os conflitos provocados por suas instituições, limitam-se a consentir, com sua ação técnica aparentemente reparadora e não-violenta, que se perpetue a violência global. Sua tarefa, que é definida como terapêutico-orientadora, é adaptar os indivíduos à aceitação de uma condição de “objetos de violência”, dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é serem objeto de violência se rejeitarem todas as modalidades de adaptações que lhes são oferecidas. (BASAGLIA, 1991, p. 102).

Esta perspectiva de responsabilizar o profissional por sua prática é abordada por Lima (2010) quando identifica o reconhecimento perverso nos discursos técnico-psicológicos que produzem personagens fetichizadas que, sem contribuir para o empoderamento e conscientização do sujeito, contribuem para o aprisionamento nesse lugar e para condenação a uma identidade definitiva.

Colocar o ônus patológico sobre o sujeito desresponsabilizando o contexto social e responsabilizando exclusivamente o próprio sujeito pelo seu estado de sanidade mental é problematizado por Lima (2009). Esse autor traz nas narrativas de histórias de vida dos usuários de serviços de saúde mental elementos fundamentais que passaram despercebidos ou foram negligenciados pelos profissionais do sistema.

Paulo Amarante também dá relevância ao fator social em sua relação com o sofrimento psíquico. Autor de várias obras no campo da saúde mental, Amarante (2003) postula que compõem o quadro da saúde mental e atenção psicossocial quatro dimensões do processo social complexo, quais sejam: o Teórico-conceitual, Jurídico-política, Técnico-assistencial e sociocultural.

A fim de evidenciar o ponto de vista do autor sobre a preponderância do social nas questões do transtorno e do sofrimento mental, segue um trecho no qual coloca suas relações com o evento da crise:

No modelo clássico da psiquiatria, entende-se crise como uma situação grave disfunção que ocorre exclusivamente em decorrência da doença. Como consequência desta concepção, a resposta pode ser agarrar a pessoa em crise a qualquer custo; amarrá-la, injetar-lhe fortes medicamentos intravenosos de ação no sistema nervoso central a fim de dopá-la, aplica-lhe eletroconvulsoterapia (ECT) ou eletrochoque, como é mais conhecida pelo domínio popular. Ao contrário, no contexto da saúde mental e atenção psicossocial, a crise é entendida como o resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros. Sejam estes familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. Um momento que pode ser resultado de uma diminuição do limiar de solidariedade de uns para com outros, de uma situação de precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência, enfim, uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica. Também por esse motivo trata-se de um processo social. (AMARANTE, 2007, p. 83-84).

Na mesma obra, Amarante chega a afirmar que a Reforma Psiquiátrica mais do que “uma invenção de psiquiatras insatisfeitos”, significa a transformação da ciência psiquiátrica (AMARANTE, 2007, p. 66). No entanto, esse processo não é resultado de reflexões unicamente de uma ciência, mas resulta dos entendimentos gestados por vários saberes, dentre eles também o filosófico, o político, o artístico, dentre outros.

Acredita-se, portanto, que o entendimento sobre saúde mental justificado com a inserção do psicossocial, além de um movimento e tendência na psiquiatria, representa um avanço no entendimento dos processos anteriormente percebidos como de adoecimento.

Certamente, essa unidade é apenas um recorte de alguns dos autores que repensaram a psiquiatria e trouxeram novas abordagens dos transtornos mentais e do sofrimento psíquico. Esses olhares inspiraram novas práticas em saúde mental e contribuíram para superação do modelo asilar que, por séculos, aprisionou, tentando ocultar e reprimir aquilo que esteve em torno da loucura no ocidente.

4.3 Atenção Psicossocial: a busca de um olhar integral

Prosseguindo com a discussão sobre saúde mental e em afluência com o tema do presente estudo, desde já, pode-se dispor a seguinte passagem a fim de iniciar com uma reflexão:

[...] todas essas práticas e ideias desenvolvidas no âmbito das Comunidades Terapêuticas, da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Comunitária não chegaram a conferir ao significante “psicossocial” mais que o estatuto de um termo que pretendia incorporar aspectos psíquicos e sociais aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da Psiquiatria. (COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2003, p. 05).

Antes mesmo de entender o funcionamento e a utilização do termo com um determinado fim (no caso em questão no campo da saúde mental), é necessário analisar em que contexto ele vem se tornando efetivado. De fato, essa tarefa já vem sendo realizada através de trabalhos como o de Costa-Rosa, Yasui e Luzio (2003), no qual:

Firmamos a hipótese inicial de que o termo psicossocial, que a princípio designa experiências de reforma da Psiquiatria, agregando a seu objeto aspectos psíquicos e sociais, vai aspirar ao estatuto de conceito, a partir do momento em que lhe são acrescentadas às contribuições de movimentos de crítica mais radical à Psiquiatria, como a Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática e alguns aspectos originários da Psicoterapia Institucional. Tais elementos traduzem-se, a partir de certo momento, em transformações nas concepções de “objeto”, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo, e, sobretudo na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que têm, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares. (COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2003, p. 06).

Logo, concluiu-se que o presente trabalho requer uma apropriação não só de uma, como das demais expressões que compõem o debate sobre saúde mental. Debate esse que tem encontrado no espaço público um lugar de diálogo, ao tempo que de constantes disputas políticas.

Tal como a política, a ciência se materializa num campo de disputas constantes. Apesar de não serem hegemônicos, os movimentos que vêm dando as diretrizes para a atual política de saúde mental no Brasil é o movimento de contestação da lógica manicomial intitulado de Reforma Psiquiátrica. Costa-Rosa (2013) registra em nota o que vai ao encontro do que está sendo abordado no presente trabalho:

Amarante (1995), parafraseando a Reforma Sanitária, cujo marco foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, registrou a primeira história oficial da Reforma

Psiquiátrica brasileira nomeada como tal, marcando seu início no final da década de 1980, e designando quatro âmbitos nos quais as práticas psiquiátricas teriam avançado: teórico-conceitual, tecnoassistencial, jurídico-político e sociocultural. Compreende-se perfeitamente o ato estratégico de Amarante ao nomear o movimento explicitamente com os termos “Reforma Psiquiátrica”, aproveitando o prestígio da Reforma Sanitária, mas é preciso cuidado para não fazer pensar que esse é o primeiro movimento de Reforma Psiquiátrica no país. Também merece ser discutida a sua decisão de localizar geograficamente a inflexão considerada por ele como fundamental para o seu início. (COSTA-ROSA, 2013, p. 18).

É sabido que esse termo envolve movimentos que se articulam de formas diversas e se aglutinam também em demandas específicas. É o caso da Luta Antimanicomial, dentre outros, que ganham representação e articulações próprias em vários pontos do Brasil (SANTOS, 2016). Alguns desses movimentos recebem ainda cores específicas em cada estado do país, fazendo-se presente nas regiões de forma variada, a julgar pela diversidade de cenários que se encontra a saúde mental em cada realidade local.

Desde a década de 1980, quando os movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica ganharam “mentes e corações” de diversos militantes da saúde em todo o país, as práticas em saúde pública têm sido repensadas. A criação do Sistema Único de Saúde foi o começo e o ponto alto dessas transformações no campo da saúde que visavam, mais do que trazer avanços tecnológicos para o país, tornar a saúde um bem acessível a todos e garantir que fosse materializado em práticas mais humanizadas.

Para Yasui (2006):

A Reforma Psiquiátrica não pode e não deve ser confundida com uma modificação na estrutura dos serviços de saúde ou de mudança nas instituições. Sua natureza é mais ampla. A Reforma Psiquiátrica é um processo civilizador. Um processo que no encontro cotidiano com o sofrimento, por vezes intenso, inventa dispositivos diferentes de cuidado; diversifica ações tecendo uma rede com o território; cria formas de sociabilidade; produz valor social; constrói uma ética; insiste em sonhar com um outro mundo possível. (YASUI, 2006, p. 17).

É nesse processo que se inclui o sujeito com sofrimento psíquico na assistência às demandas mais básicas como ser escutado, vestir-se, ter o direito de ir e vir etc. No decorrer desse contexto, produzem-se experiências inovadoras de saúde que foram se disseminando a partir da militância política e dos eventos acadêmicos e científicos, dentre outros meios de intercâmbio de profissionais.

Em se tratando de serviço de saúde mental, possuindo em sua denominação a palavra psicossocial, tem-se notícia do Centro Psicossocial Universitário, fundado em 1970, em Genebra, Suíça. O mesmo visava promover uma política comunitária de prevenção das

hospitalizações, dotada de “serviços de consultas, de oficinas terapêuticas, de uma antena psiquiátrica no Hospital Geral” (FIGUEIREDO, 1977, p. 05).

Com os objetivos comuns de ampliar o olhar sobre a saúde mental e melhorar as condições de vida dos pacientes que até então deveriam ficar internados, a palavra psicossocial surge intitulado alguns serviços isolados. Eles buscavam colocar em prática as primeiras experiências ‘reformadas’ de saúde mental que, por sua vez, buscavam inspiração nas principais referências mundo afora (inglesa, francesa, norte-americana, italiana e nicaraguense).

Segundo Costa-Rosa, Yasui e Luzio (2003):

Essas transformações têm seus correspondentes no contexto brasileiro, a partir da década de 80, ocasião em que “psicossocial” passa a ser utilizado como um significante para designar novos dispositivos institucionais (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial - CAPS1 e NAPS) que aspiram à outra lógica, outra fundamentação teórico-técnica e outra ética, que não mais as do paradigma psiquiátrico. (COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2003, p. 06).

No Brasil, surgem serviços que trazem, pela primeira vez, a expressão “atenção psicossocial” e, conforme identificado posteriormente, essa origem pode ser sintetizada no surgimento do Centro de Atenção Psicossocial, denominado assim pela psiquiatra Ana M. Fernandes Pitta que, a partir da experiência de saúde da Nicarágua (PITTA, 2016, p. 43) recomendou essa denominação para nascente experiência brasileira¹⁵.

Da possibilidade de denominação dos serviços de saúde mental brasileiros estar relacionado com esse serviço da Nicarágua, temos algumas pistas, porém evidências limitadas. A partir de artigos, como o de Jorge Jacinto Rodriguez et al (2007, p. 351) identificamos que:

En Nicaragua han surgido los Centros de Atención Psicosocial (CAPs), que constituyen un modelo local de servicios comunitarios de salud mental. Su creación se remonta a la década de los años ochenta; empero, durante los noventa sufrieron un serio deterioro. Actualmente se están fortaleciendo algunos, como el de Chinandega que ha recibido el apoyo de la OPS/OMS mediante el proyecto WHO-AIMS.

Constatamos, em tempo, que um grande entusiasta da reabilitação psicossocial, o psiquiatra italiano Benedetto Saraceno esteve “auxiliando serviços de saúde mental na

¹⁵ Outro caminho que levou a associação entre o nome de Ana Pitta e atenção psicossocial ocorreu através de conversa com a professora e enfermeira Ana Aranha e a psicóloga Sandra Facundes no contexto da Mostra de Práticas Manicomiais no contexto da Semana da Luta Antimanicomial 2016 ocorrida nos dias 13 e 14 de maio e realizada pelo Conselho Regional de Psicologia – CRP, em São Paulo.

América Latina e Central, incluindo Nicarágua, El Salvador, Honduras, Costa Rica, Panamá, Chile, Cuba e Brasil”¹⁶. É presumível que tenha havido uma influência desse pensador naquele contexto local e que essa influência reverberou também no Brasil.

É possível, entretanto, que a atenção psicossocial enquanto ideia seja tributária de outra expressão comum da saúde mental em determinado período (e ainda muito utilizada) que é a *reabilitação psicossocial*. A expressão, inclusive, dá título ao livro clássico que compilou as primeiras experiências de Reforma Psiquiátrica no Brasil dos anos 1990.

No capítulo “Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio”, Saraceno, então presidente da *World Association for Psychosocial Rehabilitation*, defende que a reabilitação deve pertencer aos profissionais que abordam de forma ética a saúde mental. Nas suas palavras: “a reabilitação é considerada, antes de tudo e neste momento, historicamente, em todo mundo, uma necessidade ética é uma exigência ética” (SARACENO, 2016, p. 19).

De modo que “a reabilitação é essa conspiração clara contra o entretenimento para manter dentro (da cultura psiquiátrica e hospitalar), para reproduzir a lógica que nunca termina, manterá a lógica da enfermidade, tornando-nos cúmplices deste tipo de entretenimento” (SARACENO, 2016, p. 25).

Já no seu capítulo “O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?”, Ana Pitta (2016, p. 27) consegue ser ainda mais precisa. Afirma que se fala em reabilitação psicossocial há no máximo quatro décadas e constata: “no entanto, muitos são os usos que têm sido feitos em seu nome”.

No seu sentido instrumental, a Reabilitação Psicossocial¹⁷

representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes. Numa definição clássica da International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, de 1985, seria ‘o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade... o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, 27 recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado’ (PITTA, 2016, p.28).

¹⁶ Dados extraídos do portal do CNPQ, Plataforma Lattes, no endereço eletrônico: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K8961371E7>

¹⁷ O apreço da referida autora pelo conceito é tão grande que quase sempre faz referência à expressão com as letras iniciais em maiúsculas.

O outro fato histórico de que se tem registrado é da experiência em saúde mental da cidade de Bauru, estado de São Paulo, que ocorreu em 1987 na gestão do prefeito José Gualberto Tuga Martins Angerami (psicólogo de formação, professor universitário que exerceu o mandato de prefeito duas vezes na cidade). No contexto de municipalização de ações voltadas para a saúde e de abertura política que o Brasil vivia, o prefeito Tuga convidou para ser coordenador de saúde mental de Bauru o psiquiatra recém-chegado de uma experiência em Trieste, Roberto Tykanori, e criou na cidade o Núcleo de Atenção Psicossocial, um dos primeiros do país¹⁸. Para Bleicher (2015):

Em 1986, havia sido criado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS – do Brasil, na cidade de Bauru. A equipe de trabalho era composta por jovens dirigidos por Roberto Tykanori, psiquiatra que havia chegado recentemente de Trieste, impregnado das ideias da Psiquiatria Democrática. (BLEICHER, 2015, p. 135).

Contextualizando essa discussão num cenário histórico, criamos um sucinto quadro ilustrativo que se inicia em 1978 e chega até fatos recentemente ocorridos em nosso país.

Quadro 2 – Dados históricos e fatos recentes ligados à saúde mental no Brasil.

Ano	Fato histórico
1978	Fundação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental durante Congresso de Psiquiatria
1879	O psiquiatra Franco Basaglia faz uma série de conferências no Brasil e visita o Hospital Colônia de Barbacena
1986	Criado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS – do Brasil, na cidade de Bauru, SP
1987	Implantação do 1º CAPS na cidade de São Paulo, SP
	I Conferência Nacional de Saúde Mental – nesse evento foi definido o 18 de maio como dia da Luta Antimanicomial em todo o Brasil
1989	Intervenção no Hospital Psiquiátrico Anchieta em Santos, SP Apresentação na Câmara dos Deputados do Projeto de Lei do deputado federal Paulo Delgado cuja iniciativa previa extinguir progressivamente os manicômios
1992	II Conferência Nacional de Saúde Mental
2001	III Conferência Nacional de Saúde Mental A Lei 10.216 é aprovada no Congresso Nacional e passa a valer no Brasil
2006	Inaugurado pelo Ministério da Saúde, em Fortaleza, o milésimo CAPS do Brasil
2011	Criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
2014	Nesse ano existem 2.209 CAPS implantados por todo o país
2015	Campanha nacional “Fora Valencius” e a ocupação simbólica do prédio do Ministério da Saúde em Brasília

¹⁸ Informação cedida por Roberto Tykanori Kinoshita, em 2016, quando Coordenador da Política de Saúde Mental da cidade de São Paulo, na sua sala na Secretaria Municipal de Saúde. Vale ressaltar que Tykanori foi também Coordenador da Secretaria de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil sendo apontando como seu substituto o psiquiatra Valencius W. Duarte Filho o que gerou a mobilização de resistência por parte de movimentos ligados à reforma psiquiátrica e à saúde mental, gerando um grande descontentamento com o Governo Federal.

Fonte: o autor.

Alguns anos depois das primeiras experiências psicossociais em saúde mental no Brasil, o país já vivenciava uma rica diversidade de práticas em saúde mental. Isso porque, tal como o movimento antimanicomial, os serviços foram disseminados por todo o território nacional, sendo só posteriormente normatizados e cofinanciados pelo Ministério da Saúde.

O processo não foi desprovido da criatividade e da militância que caracterizou o movimento da Reforma Psiquiátrica, criando práticas alternativas que se inspiraram, de modo simbólico, na primeira experiência antimanicomial do país, a Casa das Palmeiras, criada por Nise da Silveira, no Rio de Janeiro, em 1956 (portanto muito antes do que se conhece por Reforma Psiquiátrica, recebendo influência principalmente italiana).

Inserida no campo da Reforma Psiquiátrica, a origem da Atenção Psicossocial

remonta a uma série de contribuições vindas das diferentes experiências históricas que incluem, sobretudo, a Psiquiatria de Setor e Comunitária, a Antipsiquiatria, a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria Democrática Italiana; além da contribuição das políticas públicas e das experiências locais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). De modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias (sic) sociológicas e psicológicas, pelo Materialismo Histórico, pela Psicanálise e pela Filosofia da Diferença. (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 17).

O que estudos como o de Pontes (2015) vêm destacando, contudo, é que o processo de instalação dos CAPS no Brasil não foi gestado simplesmente por um governo consciente da relevância do tema da desinstitucionalização em saúde mental e sensível ao bem-estar geral da população.

Apesar da militância ter realizado uma grande mobilização no campo da saúde e ter sensibilizado alguns políticos mais progressistas para a aprovação de leis reformistas em alguns estados, a condenação internacional do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos¹⁹, no que ficou conhecido como caso Damião Ximenes, obrigando o país a investir em soluções alternativas ao modelo manicomial, teve algum impacto no processo de fortalecimento de uma rede de atenção psicossocial que já vinha se colocando como uma alternativa ao modelo asilar.

¹⁹ Dentre as esferas de luta e resistência que fizeram a Reforma Psiquiátrica progredir, alguns são especiais, como é o caso da condenação internacional no caso Damião Ximenes. Estudos como o de Pontes [2015] são elucidativos a respeito das repercussões que a condenação do caso trouxe para os rumos da reforma psiquiátrica. Compreende-se, ainda, que uma das causas da condenação do Brasil, além da gravidade dos fatos, foi o descaso com a temática por parte do governo a época.

Yasui (2006) traz uma síntese de como o processo se delineou ao ponto de:

Em 2002, como consequência da III CNSM, uma nova portaria foi publicada, a 336/02, com importantes diferenças em relação à anterior: abandonou o termo NAPS, propondo um novo modelo de assistência, definindo os CAPS como: “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”; cria três diferentes tipos: “CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional”; o CAPS passou a ser o articulador central das ações de saúde mental do município ou do módulo assistencial, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (YASUI, 2006, p. 59).

O fato de a Atenção Psicossocial ter se tornando a política oficial do Ministério da Saúde permitiu, até certo momento, a ampliação dos recursos financeiros investidos e o consequente aumento do conjunto de instituições que caracterizam esse modo de conceber e realizar as práticas de Atenção ao sofrimento psíquico e aos demais impasses subjetivos.

Na mesma proporção, “aumenta o número dos trabalhadores [...] e, nessa medida, a necessidade de agregação de tecnologias e saberes correspondentes aos princípios da Atenção Psicossocial” (COSTA-ROSA, 2013, p.10). Dessa forma, consagra-se na nomenclatura do equipamento público substitutivo CAPS – Centro de Atenção Psicossocial (criado pela portaria do Ministério da Saúde Número 336 de 2002).

O termo ‘psicossocial’ que designa

‘o paradigma em princípio’ expressava apenas aspectos psíquicos e sociais secundários à prática psiquiátrica, contudo, a partir do momento em que lhe são acrescentadas as contribuições dos movimentos de crítica mais radical à psiquiatria e a elaboração teórica das práticas dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (Caps e Naps), aspira ao estatuto de conceito, definindo um novo campo da práxis (COSTA-ROSA, 2013, p. 09).

Esse novo modo de tratar procura demonstrar que se pode realizar a Atenção ao sofrimento psíquico, incluindo o mais grave, prescindindo por completo das instituições fechadas e do mandato social da psiquiatria. (COSTA-ROSA, 2013, p.12)

Deve ser resgatada a citação de Caplan que, conforme citado anteriormente, traz o termo psicossocial do campo da psicologia através da menção a Erik Erickson. Logo, aquele autor irá colocar o psicossocial dentro de uma funcionalidade esquemática, uma vez que, dos três suprimentos necessários para uma boa sanidade mental, uma é o psicossocial:

Os suprimentos psicossociais incluem a estimulação do desenvolvimento cognitivo e afetivo de uma pessoa através da interação pessoal com outros membros significativos da família, com seus iguais e pessoas mais velhas na escola, igreja e trabalho. O que está envolvido é a influência dos intercâmbios face a face entre o

indivíduo e as pessoas com quem ele fica emocionalmente envolvido e desenvolve relações contínuas. Nesta área, a “provisão de suprimentos” é o que usualmente chamamos a “satisfação de necessidades interpessoais”. (CAPLAN, 1980, p. 46).

Mais à frente, o autor reconhece que a classificação das condições de saúde mental como suprimentos físicos, psicossociais e socioculturais é um tanto arbitrária e que os três conjuntos de fatores estão inextricavelmente interligados na vida. (CAPLAN, 1980, p. 48)

Para melhor esclarecer essas nomenclaturas, a obra de Costa-Rosa, Yasui e Luzio (2003) é mais uma vez pertinente. Aproveitando um subtítulo enunciado do referido trabalho, pode-se afirmar que “*O Modo Psicossocial é uma tentativa de balizar uma lógica mais precisa para a Atenção Psicossocial*”. Nesse trabalho, Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003, p. 20) indicam que a Atenção Psicossocial se configura como um campo que pode congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, “conservando, ao mesmo tempo, a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão”.

Considerando o conceito Atenção Psicossocial com potencial para incluir, além de seu próprio sentido, o dos demais conceitos Apoio Psicossocial e Reabilitação Psicossocial, os pesquisadores da UNESP²⁰ citados defendem que:

Historicamente, vemos o conceito Psicossocial associar-se mais comumente a outros três: Reabilitação, Apoio, Atenção; cada vez tentando criar sentidos diferentes, substantivando o que seja “psicossocial”. Em alguns momentos cada um desses substantivos pode apresentar-se como globalizador do campo da Atenção, aspirando a sobrepor-se aos demais. Isso tem sido particularmente válido para a Reabilitação Psicossocial e para a Atenção Psicossocial, que aparentemente vêm sendo utilizados para designar o mesmo referente, embora esse referente não seja concebido do mesmo modo. (COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2003, p. 09).

Percebe-se, gradativamente, que o modo psicossocial não tem simples divergências com o modo asilar; ele se opõe e busca superá-lo na medida em que questiona seus princípios e sugere uma nova lógica. Os autores fazem uma diferenciação:

Distinguimos, portanto, o termo, do conceito, reservando para o último o estatuto de designação das práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da Psiquiatria, conservando para o termo a função de designar as práticas reformadoras em sentido amplo. O estatuto de conceito, bem como o caráter da transição paradigmática poderão ficar melhor esclarecidos na medida em que formos explicitando os contornos do paradigma psicossocial. (COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2003, p. 06).

²⁰ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, instituição de ensino a que pertencem os autores citados.

São muitas as dicotomias a serem superadas. Elas vêm tanto do pensamento psicológico tradicional - que quer se superar com o desenvolvimento da psicologia social, como da psiquiatria que se busca suplantar através da reforma psiquiátrica e pela própria ciência cartesiana, que hoje se questiona por meio do pensamento complexo ou paradigma emergente.

O campo da Reforma Psiquiátrica trata essencialmente do humano. Produzir uma radical ruptura com a dicotomia sujeito/objeto, nos coloca frente a frente com a complexidade do existir, com a dor em suas múltiplas dimensões, com nossos próprios limites e potencialidades como atores e agentes do cuidado e da produção de conhecimento. Não há como fazer do sujeito um objeto sem deixar de conhecê-lo como sujeito e sem considerar que aquele que olha está implicado neste encontro. (YASUI, 2006, p. 94).

Tendo refletido sobre o psicossocial no campo da saúde mental, Costa-Rosa (2000) nomeia o conjunto das práticas promovidas pela Reforma Psiquiátrica como Modo Psicossocial, em um movimento dialético de contradição ao modelo psiquiátrico tradicional, o qual nomeia como Modo Asilar predominante. Propõe o autor que,

para caracterizar a mudança de paradigma de atenção capaz de superar o modelo asilar, é imprescindível que a prática preencha algumas condições relativas a transformações radicais em quatro âmbitos: concepção do objeto e dos meios de trabalho; concepções das formas da organização institucional; formas do relacionamento com a clientela; e concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos. (COSTA-ROSA, 2000, p. 96-97).

Isso ocorreu delimitando um campo de saberes e práticas atravessado por um ideário ético-político pretensamente substitutivo ao da psiquiatria *hospitalocêntrica* e *medicocentrada*, a despeito das várias contradições, retrocessos e incoerência que essa política protagoniza quando monitorada atentamente.

O entusiasmo que requer a atuação em saúde mental, como a atenção psicossocial se propõe, demanda mais do que competências técnicas. Demanda um saber que se transmite no dia a dia de uma práxis coerente ético-politicamente com a filosofia que sempre deve superar a política burocrática em si. Em síntese, deve ser coerente com a vida e, por isso mesmo, deve superar as normatizações e padronizações formuladas pelas políticas governamentais.

Dispomos abaixo o **Quadro 3**, no qual podemos encontrar algumas referências à palavra psicossocial em vários campos do saber, sobretudo na saúde mental.

Quadro 3 – O uso da palavra psicossocial na literatura científica consultada

Ano	Autor/instituição	Contexto	Obra
1948	J. Halliday	A área da saúde começa a se abrir para contribuições das ciências sociais, como da psicologia e da sociologia	<i>Medicina Psicosocial</i>
1950	E. Erikson	Psicanálise, desenvolvimento humano por fases	Juventude, Identidade e Crise
1964	G. Caplan	Governo norte-americano Psiquiatria Comunitária é apontada como alternativa em relação aos manicômios	Princípios de Psiquiatria Preventiva
1965	B. Pariguin	Psicologia soviética, projeto de humanismo socialista	Psicologia Social como Ciência
1970	Universidade de Genebra	Objetivando promover assistência estudantil, cria-se um Serviço Psicossocial	Criação do Centro Psicossocial Universitário
1980	Gilberto Freyre	A Sociologia freyreana é paradigma no Brasil desde a obra Casa Grande & Senzala. Segmentos do poder adotam essa leitura do país	Realidade Brasileira
1986	Moysés Paciornik	Descrição de casos clínicos da obstetrícia	Conflitos psicossociais de um consultório médico. Petrópolis: Vozes, 1986.
1980 até 1990	Militantes da saúde mental	Com a redemocratização (1989) e a criação do SUS (1991) vão se estruturando alternativas há muito desejadas para a saúde mental	No campo político, a dimensão psicossocial é cada vez mais discutida e tomada como relevante para uma transformação da assistência
1992	Mary Jane P. Spink	Publica versão modificada da conferência proferida no 1º Seminário de Psicologia Social e Saúde Pública, realizado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 1989 na Revista Saúde e Sociedade	A construção social do saber sobre saúde e doença: Uma perspectiva psicossocial
1994	Ana Pitta	Conhecendo experiências na Nicarágua e em outros países, a psiquiatra se torna uma referência da Reforma no Brasil	Primeira edição do Livro “Reabilitação psicossocial no Brasil”
2003	COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio.	O ambiente político e intelectual já é favorável para que pesquisadores militantes da saúde pública pensem novos conceitos em conformidade com as novas demandas	Publicação do capítulo: “Atenção psicossocial- rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva” no livro Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.
2012	Belinda Mandelbaum	Discussões sobre a pertinência do psicossocial no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo	Publicação do artigo: “Sobre o Campo da Psicologia Social”
2013	Vera Paiva	Discussões sobre a pertinência	Publicação do artigo: “Psicologia

		do psicossocial no contexto da resposta brasileira à AIDS	na Saúde: Sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do Campo no Contexto da Resposta Brasileira à Aids”
2017	Vários autores	Dezenas de obras e artigos científicos, de vários campos do saber, especialmente da psicologia e da saúde mental abordam a temática	Vários títulos

Fonte: o autor.

5 DIMENSÃO PSICOSSOCIAL EM TEXTOS OFICIAIS

Ao analisar documentos legislativos e executivos do âmbito federal, objetivamos apreender a dimensão psicossocial nos textos oficiais, especificamente, como se aplicam e o que revelam em relação a esse tema. Podemos dizer que a legislação se tornou parte essencial desse estudo. Não obstante suas lacunas explicativas e as limitações semânticas dos textos, apresentaram-se sistematicidade por vezes superior à abordagem teórica da expressão atenção psicossocial e da palavra psicossocial em particular.

Apesar de tomarmos como marco inicial a promulgação da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, também denominada Lei Paulo Delgado, que reconhece a cidadania do portador de transtorno mental e prevê a extinção dos manicômios, outras quatro portarias anteriores foram consideradas nesse estudo por já trazerem a palavra psicossocial associada ao campo da saúde mental. Anterior a essas, uma primeira portaria foi considerada inserida dentre as normatizações do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS como se verá a seguir.

Essa análise envolveu, em sua totalidade, mais de quarenta documentos normalizadores, dentre os quais: portarias (da Secretaria de Atenção à Saúde e do Gabinete do Ministro), decretos, leis, recomendações, notas técnicas, (oriundos do Congresso Nacional, da Presidência da República e do Ministério da Saúde). Eles podem ser observados no quadro de número IV. Ali estão dispostos por ano de publicação, com uma síntese dividida em como aparece o termo psicossocial nos textos e ainda um breve comentário sobre o documento.

Inicialmente, deve-se esclarecer que a análise não se restringiu à expressão

atenção psicossocial (que poderia ser mais adequada para esse momento da pesquisa que se debruça sobre a política de saúde mental). Isso porque, em várias ocasiões, a palavra psicossocial está isolada ou mesmo associada a outros termos como reabilitação, transtorno, cuidado, por exemplo. No caso da Portaria SAS nº 854, de 22 de agosto, de 2012, surge até mesmo a expressão reabilitação biopsicossocial. É a única vez que essa palavra ocorre em toda a legislação.

A abordagem dessa documentação se fez, deve-se ressaltar, a partir do documento **Legislação em saúde mental: 1990-2004** (Brasil, 2004) e do compilado disposto no site Portal Saúde do Ministério da Saúde²¹. É verdade que, durante a análise empreendida, podemos perceber o que seria possível considerar, em relação a uma lógica interna de apresentação e evolução compreensiva do conceito, certas discontinuidades, incoerências, inconsistências. No entanto, preferimos qualificar essas passagens de curiosidades. Elas foram percebidas em alguns trechos, principalmente de portarias e decretos, sendo aqui apontadas a seguir.

Uma dessas primeiras curiosidades é a ausência da palavra psicossocial, tanto na fórmula atenção psicossocial, quanto na reabilitação psicossocial no texto da Constituição Federal de 1988 e também na Lei 8.080, de 19 de setembro, de 1990. Como sabemos, essa lei é a que regula as ações e os serviços de saúde brasileiros no que virá a ser conhecido como Sistema Único de Saúde.

Entende-se que, nesses momentos de grandes conquistas cidadãs para a população brasileira, não se teve a especificidade de olhar a saúde mental, nem no processo de escrita da Constituição, nem mesmo na construção social que foi a criação do SUS. A expressão *saúde mental* não consta nesses documentos (Constituição Federal e Lei 8.080 de 1990). Sendo que esse campo foi “deixado” para ser regulado com maior profundidade em momentos posteriores (aliás, essa é uma das marcas da assistência pública em saúde: constantemente sendo postergada).

No entanto, percebe-se que o espírito que preconizou a Constituição cidadã e a formação do SUS está presente em toda a construção da Rede de Atenção Psicossocial. Até nossos dias, o campo da saúde mental, como política pública, vem sendo constituído. De forma que:

O modelo de assistência em saúde mental também é norteado pelos princípios e diretrizes da Lei 8.080/1990 e da Constituição de 1988, que significou grande

²¹ Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/11-saude-mental/12319-legislacao-saude-mental>>

avanço na assistência à saúde no Brasil, sendo de suma importância os princípios da universalidade, equidade, descentralização, regionalização, participação popular e integralidade (Lei Orgânica da Saúde 8.080/90). (SOUZA e PATO, 2016, p. 62-63).

É dessa forma que se identifica a **dimensão psicossocial** amplamente ancorada com os princípios doutrinários do SUS, quais sejam, universalização, equidade e integralidade. E mais ainda com seus princípios organizativos que regem o SUS: Regionalização e Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização, Participação dos cidadãos. (Ministério da Saúde, 1990)

Deve-se lembrar oportunamente: quando a Constituição Federal de 1988 foi promulgada, já havia ocorrido a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Neste evento, mesmo que a dimensão psicossocial não tenha tomado a centralidade dos debates, ela já figurou como temática que se mostrará em ascensão.

Por um lado, a Lei Orgânica da Saúde (lei 8080/90) não menciona a saúde mental entre os eixos prioritários. Inclusive, pode-se destacar que não cria uma instituição de referência ou de vigilância específica da saúde mental, como ocorre na saúde do trabalhador e na saúde nutricional. É, por exemplo, o que nos aponta Viana (2016).

Além disso, no decorrer da análise, não encontramos referência à expressão em estudo nos textos de decretos e portarias como é o caso do Decreto de 28 de maio de 2003 (que institui Grupo de Trabalho Interministerial para avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool); do Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010 (Institui o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas* cria o seu Comitê Gestor) e do Decreto de nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013 (que institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – Pronacoop Social).

No âmbito das Portarias, o mesmo acontece com a Portaria GM nº 53 20 de janeiro de 2004 (que estabelece novos procedimentos no SIH-SUS referentes ao Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS); Portaria GM nº 2644, de 28 de outubro de 2009 (estabelece nova classificação dos hospitais psiquiátricos de acordo com o porte e reajusta incrementos); Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS).

Curioso também que no decorrer do texto da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde de nº 189, de 20 de março de 2002, utiliza-se a expressão “Centros de Atendimento Psicossocial III”, excluindo a *atenção* e a substituindo por *atendimento*. Não sabemos se isso foi uma ação intencional, uma *atecniã* ou apenas um ato falho. De qualquer modo, essa

portaria já considera “a necessidade de melhorar a qualidade da assistência prestada às pessoas portadoras de transtornos mentais.” (BRASIL, 2002)

Conforme colocamos no início dessa unidade, antes da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, constatamos a presença da palavra psicossocial na Portaria SAS nº 147 de 25 de agosto de 1994 e ainda em três portarias do Gabinete do Ministro da Saúde: a Portaria GM nº 106, a Portaria GM nº 1.220 e a Portaria GM nº 175. Essas portarias estabelecem, respectivamente, a criação dos Serviços de Residência Terapêutica, da tabela de serviços em saúde mental e, por fim, da definição de uma equipe mínima dos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental.

Por uma questão formal e meramente burocrática, deve-se referir a primeira vez que surge a locução *atenção psicossocial* na legislação. Isso se deu com a publicação da Portaria/SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991, quando se disciplina o atendimento em Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial. No contexto do surgimento dessa lei, ainda existia o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, INAMPS, órgão do governo extinto pela Lei Federal 8.689, em 1993.

Nesse momento, devem-se ressaltar duas questões: o primeiro documento a tratar dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial não vem do campo da saúde mental. Os próprios CAPS, naquele momento histórico, não eram serviços e instituídos pelo Governo Federal, mas sim iniciativas locais isoladas.

Enfim, sucederam-se praticamente em citação ao conteúdo desse documento a Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 e a Portaria SAS nº 147 de 25 de agosto de 1994. Dessa forma, consideramos que a primeira vez em que aparece *atenção psicossocial* no âmbito específico da saúde mental ocorre com a Portaria SAS nº 147, de 25 de agosto de 1994.

Mesmo a Lei nº 10.216 irá manter em obscuridade a definição do psicossocial, limitando-se a empregar reabilitação psicossocial no seu Artigo 5º, em que se lê:

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e **reabilitação psicossocial** assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (BRASIL, 2004, grifo nosso).

Vale notar que, aparentemente, reabilitação psicossocial foi tomada de empréstimo dos debates protagonizados por sujeitos de relevo da Reforma Psiquiátrica, como

Benedetto Saraceno e Ana Fernandes Pitta²² a qual, inclusive, organizou o livro intitulado *Reabilitação Psicossocial no Brasil*, com sua primeira edição em 1994. Possivelmente, esses debates influenciaram a comissão legislativa que elaborou o texto da Lei 10.216, em especial seu autor, o Deputado Federal Paulo Delgado²³.

A própria Ana Pitta (2016) reconhece que essa lei utiliza a reabilitação psicossocial no seu “caldo de cultura” e mais:

Leis, portarias, declarações, relatórios finais de conferências locais e nacionais se multiplicaram nesses últimos anos, na união, estados e municípios, invocando a Reabilitação Psicossocial, no seu amplo sentido ético-estético-político de revolucionar as micro e macropolíticas no campo da atenção psicossocial”. (PITTA, 2016, p. 10).

No entanto, anterior à publicação dessa lei, percebemos na Portaria GM nº 1.220 de 07 de novembro, de 2000, uma nova combinação para a palavra psicossocial. Dessa vez, é o *cuidado psicossocial extra-hospitalar* que vem se colocar como o tratamento mais adequado (que o tratamento hospitalar).

O termo segue sem maiores inovações e aplicações até o ano de 2003. Podemos destacar que, no transcorrer do ano de 2003, a dimensão psicossocial passou a mostrar-se mais dinâmica interagindo com outras construções como transtorno psicossocial, atendimento psicossocial, dentre outros. Dessa forma, deixou de orbitar entre a nomenclatura dos CAPS e NAPS e da expressão reabilitação psicossocial, consagrada pela Lei 10.216.

No mesmo ano de 2003, no dia Mundial da Saúde Mental, dedicado à saúde mental da criança e do adolescente, também foi criado o Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes como espaço de articulação intersetorial.

Já no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, acontece também algo curioso e realmente decisivo na jornada do psicossocial na legislação: a atenção psicossocial passa a ser reconhecida como rede de saúde complementar a outras redes e de forma complementar, além de ser porta de entrada. É o que consta no Art. 5º: “Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: [...] III - atenção psicossocial;” e no Art. 9º “São Portas de Entrada às ações e aos

²² Ambos os autores eram membros da *World Association for Psychosocial Rehabilitation* (Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial) sendo que Benedetto Saraceno chegou a ser presidente da entidade.

²³ Além dessa obra e de outras similares, devemos lembrar que a existência de instituições internacionais como a Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial, mais especificamente, e da Organização Mundial da Saúde que irá estimular o seu emprego em políticas de estado.

serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - de atenção psicossocial”. (BRASIL, 2011)

É no mesmo ano, na Portaria RAPS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que se institui a Rede de Atenção Psicossocial²⁴. Nesse documento, faz-se referência à expressão “Atenção Psicossocial Especializada” sugerindo, dessa forma, que existe uma “atenção psicossocial geral”²⁵. Além disso, a *rede de atenção psicossocial* surge, pela primeira vez, nesse documento, mas está presente, pelo menos esquematicamente em textos anteriores como na Recomendação nº 008 de 08 de maio de 2003.

Justamente essa Portaria de nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, trará uma definição de reabilitação psicossocial que ali é entendida “como iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais”. A essa definição Pitta (2016) irá lamentar por acreditar que ocorreu um empobrecimento “desse conceito tão amplo” (PITTA, 2016, p. 10).

Apesar da relevância dessa portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial, documentos como a Nota Técnica sobre a Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012 e a própria Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012 se mostram mais interessantes e, de certa forma, emblemáticos para problematização, implicação e esclarecimento do termo no campo operacional da política de saúde.

Isso porque, limitando-se ao texto da Nota Técnica, que traz esclarecimento para uma extensa e importante portaria, percebemos uma visão ampliada dos serviços CAPS quando vários procedimentos podem ser compartilhados por modalidades diferentes do serviço. Nesse contexto, justifica-se: “o que determina o ingresso de uma pessoa na unidade é a **avaliação psicossocial** do caso.” (BRASIL, 2012, grifo nosso)

Aparentemente, da reabilitação psicossocial surgiu um determinado cuidado psicossocial que, nominando os serviços substitutivos que começaram a ser criados por todo o país, demandou outras ações e aplicações da dimensão psicossocial, de onde derivou avaliação psicossocial, uma rede psicossocial e enfim, uma **atenção psicossocial**.

Exemplifica o desconhecimento dos termos da discussão, ou o lento processo de sua apropriação, o primeiro documento oficial do governo Lula ligado à saúde mental. O referido documento, no caso um decreto, publicado em 2003, justamente quando objetivava discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool, não faz referência à

²⁴ Em alguns momentos, contudo, a rede volta a ser chamada de saúde mental, como no contexto da criação do Programa “Crack é possível vencer”.

²⁵ O CAPS, ressaltamos, é um serviço especializado, portanto não é uma unidade da atenção básica.

atenção psicossocial, como se o tema estivesse à margem e não estivessem interligados.

Mesmo considerando que o referido decreto institui um Grupo de Trabalho Interministerial, ou seja, não necessariamente faça referência a uma ação específica da pasta da saúde, a redação textual do decreto exclui o componente psicossocial, negligenciando-o mesmo quando faz a consideração inicial:

Considerando a necessidade da construção de um plano de atenção integral ao usuário de álcool, tomando como base os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, a desinstitucionalização, a ampliação da rede de cuidados e do acesso a ela, garantindo alternativas assistenciais ambulatoriais, semi-intensivas e de âmbito comunitário. (BRASIL, 2003).

De todo modo, é possível que o novo governo inicie sua gestão em certo descompasso com as discussões e apropriações que se deram no governo anterior. Deve-se ressaltar que grandes conquistas como a promulgação da Lei Paulo Delgado e as primeiras ações no âmbito da Reforma Psiquiátrica se deram no contexto do governo neoliberal de Fernando Henrique Cardoso (com a pasta do Ministério da Saúde capitaneada por José Serra²⁶).

Fazendo uma rápida consideração nos textos das legislações estaduais²⁷, se identifica nas Leis do Distrito Federal, do Rio Grande do Sul e do Paraná (esses dois últimos são bem semelhantes na redação) o termo psicossocial surge também relacionado ao centro de atenção, ou seja, nomeando os serviços de assistência que se tornaram símbolos da superação do manicômio. Podemos afirmar então que há uma sequência “evolutiva” (ou pelo menos deveria existir) no sentido da aquisição de direitos.

Não se encontra nenhuma definição mais clara no formato “entende-se psicossocial por...”, “considerando que psicossocial seja isso...” ou “psicossocial é...” se faz notar nessa legislação apresentada. E destaque-se que a expressão psicossocial ou atenção psicossocial descolada de CAPS ou serviço aparece em, pelo menos, 27 documentos analisados.

Compreende-se que essa ausência explicativa nas leis que resultaria em maior clareza quanto à definição da dimensão psicossocial na política pública de saúde mental se dá

²⁶ É provável que José Serra objetivasse projetar seu nome politicamente associando seu nome a uma gestão “eficiente”, inovadora e ousada na saúde visando certamente fins eleitorais (no caso o político foi candidato à Presidência da República em 2002 e depois em 2010). Daí surgiram, por exemplo, a resposta brasileira à AIDS, o combate mais severo ao consumo de tabaco e algumas iniciativas na saúde mental, dentre outras realizações.

²⁷ O compilado já referido “Legislação em saúde mental” continha os primeiros documentos da área a partir de 1990 e também trouxe as primeiras leis estaduais sobre a égide da Reforma Psiquiátrica. Nesses textos, pouco se faz referência à questão psicossocial, com a palavra sendo empregada somente no caso da nomeação dos nomes dos serviços.

porque essa omissão deriva da própria lei federal que inspirou e deu sentido a todas as outras, a Lei 10.216. Ela não se torna, contudo, uma lacuna maior e irreversível quando analisamos sistematicamente a legislação e compilamos todos os usos feitos da palavra.

Sem embargo, fica implícito que o tema provenha da discussão sobre reabilitação psicossocial com seus desdobramentos epistemológicos e paradigmáticos na discussão de saúde mental. A qualificação *psicossocial* foi determinada para acompanhar o termo *reabilitação* no processo de humanização do tratamento oferecido ao portador de transtornos mentais e na busca por sua cidadania.

Remetendo, por fim, à pergunta que abre essa unidade, podemos replicar que o psicossocial não é termo disciplinado pela legislação em saúde mental. A definição mais precisa se restringiu precisamente à reabilitação psicossocial, o que ocorreu somente em 2011. E se uma portaria definiu reabilitação psicossocial, assim fez de modo bastante limitador em relação ao seu potencial e abrangência. Nesse ponto, corroboram da mesma opinião, especialistas, como é o caso de Pitta (2016), posto sugerir que a definição se refira somente às questões sócio-econômicas.

5.1 Apreciação de outros documentos

Além dos documentos discutidos até aqui (incluídos no **Quadro 4**), consultamos para este trabalho outros textos os quais não possuem caráter normativo e regulatório, no entanto, possuem relevância política e simbólica para o campo da saúde mental. Por isso, listamos abaixo:

- a- Os Relatórios das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental (respectivamente, nos anos de 1987, 1992, 2001 e 2010);
- b- A Declaração de Caracas (1990);
- c- O Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança, da Organização Mundial de Saúde (2002);
- d- As Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, do Conselho Federal de Psicologia, 2013.

Consideram-se esses textos por serem bastante citados em trabalhos acadêmicos, pela relevância que mantêm com a discussão e por se constituírem documentos de referência abrangente, apesar de serem direcionados para públicos determinados. Somente o último tem

abrangência mais restrita ao profissional de psicologia²⁸.

Contextualizar-se-á a discussão tratando de cada documento e situando os órgãos responsáveis por sua escrita. De modo geral, poderemos sintetizar esses agentes, respectivamente: no Estado brasileiro (representado pelas três esferas públicas que organizam as conferências de saúde, qual sejam: federal, estadual e municipal), na Organização Mundial de Saúde – OMS e no Conselho Federal de Psicologia – CFP.

A *Declaração de Caracas* é um documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Surgiu no contexto da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica convocada pela Organização Mundial da Saúde no ano de 1990. Uma semelhança que a Declaração de Caracas guarda com a legislação brasileira é que, tal como a Constituição Federal e a Lei 8.080 de 1990, ela não faz referência ao que seja psicossocial. Aliás, nem ao menos cita a palavra.

Apesar disso, o texto foi constantemente referido em trabalhos no começo dos anos 1990 e 2000 pela sua abrangência regional para o continente Americano e principalmente Latino Americano. É o caso de trabalhos como o de Nicácio (2003), do texto de Franco Rotelli e de Paulo Amarante (1992) sobre as reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil ou da obra “Saúde Mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde”, de 1992, que traz o texto da Declaração de Caracas na íntegra.

Prosseguindo com outro documento também oriundo da OMS, passamos para o Relatório Mundial da Saúde: Saúde Mental de 2002. O mesmo se constitui num documento mais recente da instituição e nele se estimula fortemente a responsabilização dos estados nacionais pelas questões da saúde mental de suas respectivas populações (OMS, 2002). No seu texto é recorrente a referência à dimensão psicossocial.

A instituição OMS apoiou a Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial (PITTA, 2016) e, conseqüentemente, a promoção dessa expressão, destaca no referido documento a *multicausalidade* dos transtornos mentais compreendendo que esse pode apresentar aspectos biológicos, psicológicos ou sociais.

Dessa forma, a própria organização passa internamente por processos de reformulação e apropriação conceitual com variabilidade na definição de enfoques, como aponta o trecho a seguir:

²⁸ O referido material foi elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia com a participação de vários profissionais.

A própria história da OMS oferece interessantes exemplos dessa tensão, observando-se períodos de forte preponderância de enfoques mais centrados em aspectos biológicos, individuais e tecnológicos, intercalados com outros em que se destacam fatores sociais e ambientais. A definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença. (Buss e Pellegrino, 2007, p. 80).

O relatório em análise faz larga menção ao psicossocial, como podemos constatar no seu emprego associado à intervenção, tratamento, caso, competência, desenvolvimento e principalmente reabilitação psicossocial em várias ocasiões no decorrer do texto. Esse emprego sugere que a associação do psicossocial com a saúde mental não é apenas uma particularidade brasileira, mas vem sendo utilizada em outros países.

Retomando os textos brasileiros, analisemos os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental. Neles, algo curioso se dá em relação ao observado na legislação nacional. Fica subentendido através dos documentos do executivo e do legislativo federal um processo de derivação entre reabilitação psicossocial e o que entendemos como seus derivados. Nas conferências, esse raciocínio não ocorre no mesmo sentido.

Isso acontece porque já no relatório da primeira conferência, realizada em 1987, percebemos a utilização de expressões como distúrbios psicossociais, efeitos psicossociais e até saúde psicossocial²⁹.

Em relação à sua normatividade e eficácia, podemos nos perguntar o que cabe às conferências no sistema jurídico brasileiro. Esclarecendo essa questão, a comissão responsável pela IV Conferência afirma que:

preocupa-se em assegurar, através de dispositivos legais, a continuidade, inclusive nas mudanças de gestão, dos projetos legitimados pela população, deliberados pelas Conferências de Saúde Mental e aprovados pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Para tanto, são ressaltadas as conquistas legais que devem ser preservadas e reafirmadas, mas também a necessidade de criação de novos mecanismos de participação popular, que assegurem a transparência, o monitoramento e controle social nos sistemas de atenção à saúde mental. (BRASIL, 2010, p. 37).

Exigir, nas três esferas de governo, que as Políticas de Saúde Mental respeitem as deliberações das respectivas Conferências, realizando-as de quatro em quatro anos, para avaliação e efetivação das propostas anteriores, com publicação e divulgação periódica de seus resultados em diário oficial e outros veículos de comunicação, são outras das formas encontradas para formularem propostas de avanço e garantia de participação social na saúde mental. De forma sintética, as propostas reunidas neste subeixo referem a (BRASIL, 2010, p. 38).

²⁹ Quando trata da saúde física, psíquica e psicossocial do trabalhador. (BRASIL, 1988)

No relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental, o aparecimento é tímido, quase irrisório. Percebe-se que ainda eram recentes os debates no Brasil e a população que participava dos eventos preparatórios certamente se apropriavam aos poucos do debate nos poucos espaços e meios que existiam. Uma passagem do documento ilustra bem o espírito que movimentou a todos no evento:

O presente relatório reflete este momento de descobertas e consolida as propostas construídas ao longo de um processo vivido em cada recanto deste país, através da abertura de um amplo debate junto à população, da criação de novos serviços, da produção de conhecimento e de mudanças nas legislações nacional, estadual e municipal. (BRASIL, 1994, p. 05).

Para se ter uma ideia, o CAPS - serviço hoje presente em quase todas as regiões do país - era algo desconhecido e mesmo estranho para a grande maioria da sociedade brasileira, ao tempo mergulhada na lógica manicomial.

A expressão reabilitação psicossocial só aparecerá no relatório da III Conferência de Saúde Mental. O referido evento, aliás, aconteceu no mesmo ano da promulgação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. No mais, esse relatório segue o mesmo padrão do anterior. Ressaltamos, contudo, uma passagem em que se identifica bem com a dimensão psicossocial e sua interdisciplinaridade. Isso ocorre quando se refere à construção “**do novo modelo de atenção** requer uma profunda transformação nas formas de compreensão e abordagem dos fenômenos e das problemáticas do campo da saúde mental, em **uma direção interdisciplinar.**” (BRASIL, 2002, p. 23, grifo nosso)

A atenção psicossocial será encontrada no relatório da terceira conferência e melhor aprofundada no relatório da conferência realizada em 2010. O texto final da quarta conferência contou com centenas de propostas sendo o mais extenso quando comparado às outras três conferências.

No relatório e no próprio título da IV Conferência³⁰, ocorrida em 2010, percebe-se a mudança em relação às conferências anteriores devido à ampliação do escopo. A palavra chave foi o intersetorial e isso significava que:

Desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001, cresceu a complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, o que exigiu de todo o campo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado. (BRASIL, 2010, p. 07).

³⁰ O nome oficial mudou para IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

Além disso, os debates da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial deram-se a partir de um novo cenário:

Por um lado, os participantes reconheceram os avanços concretos na expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária. Por outro, identificaram as lacunas e desafios, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos temas e problemas do campo, apontando a direção de consolidar os avanços e enfrentar os novos desafios trazidos pela mudança efetiva do cenário. (BRASIL, 2010, p. 07).

Nessa conferência de saúde mental, considerando o próprio relatório final, ocorreu “maior nível de conflito e tensão” no seu processo de organização, posto que “nas conferências nacionais anteriores, em que a coesão política no interior do campo da saúde mental era muito maior”. (BRASIL, 2010, p.08) Não por acaso, é nesse cenário que aflora a utilização do termo psicossocial, empregado com o objetivo de embasar as práticas mais ousadas e sonhadas em sintonia com a Reforma Psiquiátrica.

Naturalmente, os embates políticos entre os que defendem o modo asilar e os que lutam pelo modo psicossocial, para ficar com expressão de Costa-Rosa (2013), acirraram com ambos os lados se preparando para embates desse tipo. No campo teórico, o entendimento *inter* da saúde mental guarda relação com a definição psicossocial da política. Mesmo não sendo essa relação de causalidade (ser interdisciplinar porque é psicossocial), mas delimita que ambas possuem uma relação conexa.

A propósito, uma das recomendações chama atenção pela busca de precisão na terminologia: “a) Estabelecer a **terminologia** considerada mais politicamente correta para todos os conceitos e termos chaves, sendo que esta operação deveria ser retomada e revisada em todas as etapas seguintes”. (BRASIL, 2010, p. 15, grifo nosso)

Outro documento que aprofunda a discussão sobre o psicossocial são as Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, trazendo elementos relevantes para o debate.

Para compreender um pouco de como se deu a pesquisa e de onde derivou o relatório, cabe conhecer um pouco do Crepop. O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – CREPOP é um órgão vinculado à autarquia federal Conselho Federal de Psicologia. Realiza ações e pesquisas que resultem na produção de subsídios práticos para atuação do psicólogo(a). Vamos conhecer um pouco da metodologia da pesquisa que se dividiu em três momentos:

o primeiro é o Levantamento de Campo com o objetivo de delimitar o campo de investigação; o segundo trata da Investigação da Prática com objetivo de aplicar, em todos os Regionais, os instrumentos definidos como necessários para a investigação nacional; e o terceiro a Produção de Referência consiste no processo de elaboração de referências técnicas, específicas para cada área investigada. (CFP, 2013, p. 20).

Esse relatório, desde a apresentação, afirma que irá introduzir conceitos importantes. Dentro desse ponto ressaltado no documento, algo relevante se dá quando ocorre a contraposição entre o psicossocial e o campo clínico (CFP, 2013), como se a saúde fosse atingida, reconquistada num processo unicamente clínico. Deve-se ressaltar que o psicossocial não exclui o processo clínico, antes disso, supera-o e engloba conforme o caso.

Portanto, pode-se indicar esse texto como um daqueles esclarecedores sobre o termo. Justifica essa constatação os esforços didáticos para situar historicamente o processo da Reforma Psiquiátrica, a construção do sistema público, a relação entre saúde mental e psicologia e também pelo fato de se constituir num documento que visa referenciar tecnicamente o trabalho dos psicólogos.

As Referências Técnicas do CFP, já no início do texto, prometem que irão “introduzir conceitos importantes” (CFP, 2013, p. 27). Também dando a compreensão do que é reabilitação psicossocial, quando afirma que o mesmo ocorre na concretude e no cotidiano da cidade:

Apresenta como característica principal a busca da integração dos usuários a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares, **promovendo sua reabilitação psicossocial**. (CFP, 2013, p. 28, grifo nosso).

Algo realmente esclarecedor sobre a dimensão psicossocial se dá quando ela é contraposta à abordagem estritamente clínica no documento. Essa constatação nos remete a algo que a psicologia social vem lembrar à psicologia e à psicologia clínica em particular: ela não dá conta do sujeito em sua totalidade ou, se assim o faz, o mantém dissociado do aspecto social. Deve-se esclarecer que quando se contrapõe o psicossocial à clínica, ela se refere principalmente à clínica médica demonstrando aí a vocação multiprofissional e interdisciplinar do psicossocial.

Diante desses pontos encontrados, remete-se à discussão teórica em sua contraposição também ao modo manicomial (Costa-Rosa, 2013), a sua posição confortável entre as ciências humanas e as ciências da saúde, a sua proximidade com psicologia social,

psicanálise e relação com as ciências sociais. Sem querer pretender criar propriamente um roteiro de atuação para o profissional, o documento aponta que:

os psicólogos que trabalham nos CAPS, a qual subsidiou a elaboração dessas referências, aponta para a utilização de uma pluralidade de referenciais teórico, técnicos e conceituais, com maior presença de abordagens de base psicanalítica, abordagens a partir do referencial da psicologia social e abordagens de base comportamental. (CFP, 2013, p. 86).

Vale lembrar que a feitura e efetivação de leis é uma ação essencialmente política. Da mesma forma, outros documentos, sejam portarias ministeriais, decretos presidenciais, relatórios de conferências ou referências técnicas, são todos arranjos que, presos a determinados níveis de consciência, buscam fazer o possível num dado campo de disputas.

Aliás, reside na impessoalidade dos documentos referidos uma profunda diferença entre estes e a abordagem bibliográfica do presente estudo, momento em que os autores assumem definições e conexões do tema.

Encerrando a unidade, seria ingênuo pretender uma clareza conceitual e uma assimilação unívoca por parte de todos os sujeitos e instituições. Da mesma forma como seria pretensão ansiar que a lei definisse com precisão e de forma satisfatória uma discussão que nem no campo teórico parece definitivo. A Reforma Psiquiátrica, como bem diz Amarante, requer as dimensões teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

Quadro 4 – Documentos normativos da política de saúde mental brasileira³¹

LEI	ANO DE PUBLICAÇÃO	COMO APARECE A PALAVRA PSICOSSOCIAL	A QUE SE REFERE
Portaria/SNAS n° 189	19 de novembro de 1991	Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial	Disciplina o atendimento no âmbito do INAMPS
Portaria SAS n° 147	25 de agosto de 1994	Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial	Na descrição dos serviços substitutivos surge, pela primeira vez na legislação de saúde mental, o nome do CAPS e, conseqüentemente, atenção Psicossocial
Portaria GM n° 106	11 de fevereiro de 2000	Reabilitação Psicossocial	Cria e regulamenta o funcionamento dos "Serviços Residenciais Terapêuticos"
Portaria GM n° 1.220	07 de novembro de 2000	Cuidado Psicossocial	Coloca o "cuidado psicossocial" extra-hospitalar como o tratamento mais adequado.

³¹ Dentre outras fontes, o quadro se baseia na publicação do Ministério da Saúde intitulado: Legislação em saúde mental: 1990-2004 do qual tirou alguns comentários referentes a legislação desse período. E ainda da consulta da listagem da legislação em saúde mental do Portal do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/11-saude-mental/12319-legislacao-saude-mental>>

Portaria GM nº 175	07 de fevereiro de 2001	Reabilitação Psicossocial	Quando trata de profissionais de nível médio com experiência e/ou “capacitação específica em reabilitação psicossocial”
Lei nº 10.216	06 de abril de 2001	Reabilitação Psicossocial	Traz no decorrer do seu texto, mais precisamente no artigo 5º a expressão “reabilitação psicossocial”, sendo a primeira vez que surge o termo em toda a legislação brasileira
Portaria GM nº 336	19 de fevereiro de 2002	Aparece Serviço de atenção psicossocial e Centro de atenção psicossocial	Cria mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS. Os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III
Portaria SAS nº 189	20 de março de 2002	No decorrer do texto utiliza o termo “Centros de Atendimento Psicossocial III”	Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS alguns procedimentos e especifica CIDs
Portaria GM nº 626	1º de abril de 2002	Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial	Determina os recursos destinados ao custeio dos CAPS e define o plano de expansão da rede de CAPS no País para 2002.
Portaria GM nº 816	30 de abril de 2002	Atenção Psicossocial, Rede de Atenção Psicossocial.	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas.
Portaria GM nº 817	30 de abril de 2002	Serviço de atenção psicossocial, Centro de atenção psicossocial	Inclui na Tabela de Procedimentos SIH-SUS os procedimentos referentes à internação por uso prejudicial de álcool e drogas.
Portaria GM nº 1.467	14 de agosto de 2002	Atenção Psicossocial	Cria grupo de trabalho intraministerial (GAOD) para estabelecimento de uma política de saúde para a área de álcool e outras drogas.
Portaria GM nº 1.455,	31 de julho de 2003	Centro de Atenção Psicossocial	Define a transferência fundo a fundo de um incentivo financeiro para compra de equipamentos para esses serviços, abrangendo todos os CAPS cadastrados em 2002 e 2003.
Portaria SAS nº 305	03 de maio de 2002	Limita-se a nomenclatura Centro de Atenção Psicossocial	Aprova as normas de funcionamento e cadastramento de CAPS para atendimento de pacientes com transtornos causados pelo uso prejudicial ou dependência de álcool e outras drogas.
Portaria GM nº 457	abril de 2003	Atenção psicossocial	Partindo da III Conferência Nacional de Saúde Mental recomenda que a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve ocorrer na rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede

			assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica
Recomendação n° 008	08 de maio de 2003	Aparece Rede Pública de Atendimento Psicossocial , além de Centros de Atenção Psicossocial, Reabilitação Psicossocial.	O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, considerando: 1. As diretrizes propostas na Lei Federal no 10.216, e que, em seu artigo 5o “ <i>determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de altas planejadas e reabilitação psicossocial</i> ”. Aprova a utilização dos recursos dos tetos financeiros de internação em Hospital Psiquiátrico para custear a implantação e funcionamento de Centros de Atenção Psicossocial e Oficinas Terapêuticas, (...) e no Anexo III (Serviços Integrantes da Rede Pública de Atendimento Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro, a serem implantados até dezembro de 2001, por município e por custo).
Decreto	28 de maio de 2003	Não consta	Institui Grupo de Trabalho Interministerial para avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do governo federal para a atenção a usuários de álcool
Lei n° 10.708	31 de julho de 2003	Auxílio-reabilitação psicossocial	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial e cria o Programa De Volta Pra Casa
Portaria GM n° 1.455	31 de julho de 2003	Limita-se a nomenclatura Centro de Atenção Psicossocial	Define a transferência fundo a fundo de um incentivo financeiro para compra de equipamentos para esses serviços, abrangendo todos os CAPS cadastrados em 2002 e 2003
Portaria GM n° 1.946	Outubro de 2003	Transtornos psicossociais, atendimento psicossocial, centro de atenção psicossocial	Constitui Grupo de Trabalho destinado a analisar o diagnóstico da situação do atendimento psicossocial a crianças e adolescentes, no âmbito do SUS, e propor medidas destinadas a ampliar a acessibilidade e equidade do atendimento nessa área
Portaria GM n° 1.947	Outubro de 2003	Transtornos psicossociais, Centro de Atenção Psicossocial	Tendo em vista as dificuldades na expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes, cujo número ainda se situa muito aquém das exigências de acesso e equidade (...)
Portaria GM n° 2.077	31 de outubro de 2003	Auxílio-reabilitação psicossocial	Dispõe sobre a regulamentação da Lei no 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8o. Define os critérios de cadastramento dos beneficiários do Programa, de habilitação dos municípios e de acompanhamento dos benefícios concedidos.
Portaria GM	31 de outubro	Auxílio-reabilitação	Institui a Comissão de Acompanhamento

n° 2.078	de 2003	psicossocial	do Programa “De Volta Para Casa”.
Portaria GM n° 52	20 de janeiro de 2004	Surge a expressão rede comunitária de atenção psicossocial e ainda: rede de atenção psicossocial e Centro de Atenção Psicossocial	Considerando a necessidade de estabelecer uma planificação racional dos investimentos financeiros do SUS no sistema hospitalar psiquiátrico e na rede de atenção psicossocial, de modo a permitir uma transição adequada do modelo assistencial cria o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – 2004 reafirmando a diretriz política de redução progressiva de leitos.
Portaria GM n° 53	20 de janeiro de 2004	Não consta	Estabelece novos procedimentos no SIH-SUS referentes ao Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – 2004.
Portaria GM n° 245	17 de fevereiro de 2005	Limita-se a nomenclatura Centro de Atenção Psicossocial	Destina incentivo financeiro para implantação de CAPS
Portaria GM n° 1.190	04 de junho de 2009	Aparece CAPS e atenção psicossocial no trecho: “O componente hospitalar do PEAD deve conter mecanismos formalmente definidos de referência e contrareferência, que incluam as redes locais ou regionais de urgência/emergência, de atenção psicossocial e de proteção social”	Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.
Portaria GM n° 2644	28 de outubro de 2009	Não consta o termo psicossocial	Estabelece nova classificação dos hospitais psiquiátricos de acordo com o porte e reajusta incrementos
Decreto n° 7.179	20 de maio de 2010	Não consta	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.
Portaria GM n° 4.279	30 de dezembro de 2010	Não consta	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
Decreto n° 7.508	28 de junho de 2011	Atenção Psicossocial	Um marco para a saúde pública, esse decreto regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a

			articulação interfederativa, e dá outras providências.
Portaria GM nº 3.088	23 de dezembro de 2011	Rede de Atenção Psicossocial, Atenção Psicossocial Especializada, Centro de Atenção Psicossocial, Reabilitação Psicossocial	Outro marco legislativo que institui a Rede de Atenção Psicossocial, além disso, define Reabilitação Psicossocial como – iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais
Portaria GM nº 3.089 (republicada)	23 de dezembro de 2011	Além de Centro de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção Psicossocial, (ações de) atenção psicossocial	Dispõe sobre o financiamento dos CAPS – custeio
Portaria GM nº 3.090	23 de dezembro de 2011	Aparece na Rede de Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial	Altera a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)
Portaria SAS nº 854	22 de agosto de 2012	Ênfase para o surgimento do termo biopsicossocial . Em outro procedimento: 03.01.08.034-8 - ações de reabilitação psicossocial Aparecem Rede de Atenção Psicossocial, Centro de atenção psicossocial, atendimento psicossocial, serviço de atenção psicossocial, atenção psicossocial	Altera a tabela de procedimentos dos CAPS Na descrição dos caps ad traz: Procedimento: 03.01.08.031-3 - ações de redução de danos descrição: conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada inter e intra-setorialmente, que buscam minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliam cuidado e acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde. Voltadas, sobretudo, à busca ativa e ao cuidado de pessoas com dificuldade para acessar serviços, em situação de alta vulnerabilidade ou risco, mesmo que não se proponham a reduzir ou deixar o uso de substâncias psicoativas.
Nota técnica sobre Portaria 854	22 de agosto de 2012	Centro de atenção psicossocial, atenção psicossocial, ações de reabilitação psicossocial (entre os procedimentos), rede de atenção psicossocial, no tópico: É importante destacar que os procedimentos	Informações sobre preenchimento dos novos procedimentos dos CAPS. Em Dúvidas Frequentes do RAAS-PSI Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde – Psicossocial, destaque o item “36: Como diferenciar os procedimentos 03.01.08.034-8 - Ações de reabilitação psicossocial e 03.01.08.025-9 - Ações de articulação de redes intra e intersetoriais para lançamento?

		poderão ser realizados por todos os CAPS, independente de sua tipologia. “[...] pois o que determina o ingresso de uma pessoa na unidade é a avaliação psicossocial do caso”	Quando a ação realizada visar um paciente em especial, por exemplo, realização de parceria com o conselho tutelar para discutir o caso de um dos usuários e pensar em articulações conjuntas com a família, o procedimento deve ser lançado no RAAS do paciente como procedimento, ou seja, as ações devem incluir os usuários e famílias em questão, mais diretamente: 03.01.08.034-8 - Ações de reabilitação psicossocial. Quando a ação visar criação e articulação da rede, por exemplo, reuniões com escolas ou abrigos para discutir critérios e procedimentos para encaminhamentos e procedimentos para realização de trabalho conjunto (questões mais gerais que não visem um paciente em particular) lançar no procedimento 03.01.08.025-9 - Ações de articulação de redes intra e intersetoriais”
Portaria GM n° 130	26 de janeiro de 2012	Reabilitação psicossocial e rede de atenção psicossocial	Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS) - Componentes, projetos e programas de reabilitação psicossocial
Portaria GM n° 130 (republicada)	26 de janeiro de 2012	Aparece a expressão atenção psicossocial e o resgate da expressão reabilitação psicossocial	Redefine o CAPS AD III e os incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde, com vistas ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas;
Portaria SAS n° 857	22 de agosto de 2012	Aparece em Rede de Atenção Psicossocial, Centro de atenção psicossocial, atenção psicossocial e serviço de atenção psicossocial	Habilitada tabela de incentivos e procedimentos dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)
Portaria GM n° 132	26 de janeiro de 2012	Reabilitação psicossocial, Rede de Atenção Psicossocial	Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS)
Portaria GM n° 615	15 de abril de 2013	Centro de atenção psicossocial e rede de atenção	Dispõe sobre o incentivo financeiro para construção de CAPS e Unidades de Acolhimento, em conformidade

		psicossocial	com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
Portaria GM nº 1.966	10 de setembro de 2013	Rede de Atenção Psicossocial e Centro de atenção psicossocial	Altera custeio dos CAPS 24h (CAPS III e CAPS ad III)
Decreto nº 8.163	20 de dezembro de 2013	Não consta	Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – Pronacoop Social
Portaria SAS nº 118	18 de fevereiro de 2014	Não consta	Desativa automaticamente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os Estabelecimentos de Saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral.

Fonte: o autor.

6 DISCUSSÃO

Buscando atender ao objetivo central desse trabalho, qual seja, compreender a função da palavra psicossocial na política pública de saúde mental brasileira, sucintamente podemos recapitular dois caminhos trilhados: a análise do uso da palavra na legislação brasileira de saúde mental e a reflexão teórica sobre a palavra psicossocial compreendida enquanto palavra-chave dos serviços onde se materializa a política.

Se o primeiro mostrou que a legislação vai aos poucos se apropriando e aplicando a palavra em diversas ocasiões na sequência dos anos, a possibilidade de fazer algo negativo com a palavra se faz temerária, visto que muitos aspectos dos dispositivos de saúde podem resultar no mero controle químico dos sintomas, na realização de procedimentos repetitivos e sem sentido, na realização de trabalhos em equipes pretensamente interdisciplinares, só que essencialmente fragmentados e desconexos. Enfim, realizando a captura da vida tal como fez de modo sistemático os hospitais psiquiátricos.

O social, nesse caso, estaria negligenciado e seu relevo na palavra psicossocial soaria demagógico ou, no mínimo, incoerente. Aliás, vale ressaltar, a inserção da questão social mereceria um trabalho específico, tamanha sua relevância para as discussões não somente em saúde mental, mas para a saúde como já foi aprofundado no capítulo em que problematizamos o conceito de saúde. Esse tópico também deve ser sublinhado quando pensamos a saúde de uma população como a brasileira que sofre cronicamente com várias iniquidades em saúde.

Retomando a discussão teórica do psicossocial, pode-se dizer que, originalmente, diz respeito a uma formulação das ciências humanas que foi apropriado por autores que pensaram a saúde e que apreenderam sua potência teórica na compreensão dos fenômenos de adoecimento.

Fazendo um paralelo com o estudo sobre o conceito de identidade realizado por Gonçalves Neto (2015), que apontou a diversidade de teorias e autores que abordavam esse tema, o termo psicossocial é amplamente usado, porém sem ter uma definição clara que lhe permita uma qualificação como conceito, o que ocorre no debate sobre identidade. No entanto, ambas as palavras (identidade e psicossocial) encontram-se enredadas de modo semelhante em discursos variados (ou jogos de linguagem, como diria o filósofo Ludwig Wittgenstein), posto que ambas são utilizadas de forma autônoma pelos autores que nem sempre dialogam entre si e não necessariamente apontam para os mesmos aspectos terminológicos e ontológicos.

Mas tivemos como ponto de partida dessa reflexão o campo da saúde mental tomado em sua vivência prática. Em seu âmbito, foram desenvolvidas políticas que adotaram a atenção psicossocial como título e definição para seus serviços. Entendemos que, a partir do momento em que se traz para o Brasil a expressão Atenção Psicossocial, o objetivo era ampliar a lógica do modelo biomédico local.

Em tal momento histórico se integravam na área da saúde algumas especialidades por meio de profissionais de saúde que articulam o cuidado através das equipes multiprofissionais. Não por acaso, a interdisciplinaridade irá se tornar um ponto comum com a atenção psicossocial e mesmo essencial, ao tempo que vai caracterizar uma grande parte das intervenções no campo da saúde.

Esse território já vinha sendo ampliado com as discussões do próprio conceito de saúde que se adensaram no decorrer do século XX. Um grande avanço nesse processo histórico ocorreu quando a saúde passou a não mais estar determinada somente nos corpos, no biológico, mas também nos aspectos psíquicos e sociais. Essa compreensão é de tal como radicalizada na concepção psicossocial que se omite o bio (da fórmula biopsicossocial) sem, contudo, tratá-lo de modo excludente, mas apenas de modo implícito posto que sempre subentendido seu fundamento para existência da vida.

No caso, buscar compreender o(s) significado(s) de uma palavra que apresenta transparência semântico-morfológica e que transita entre áreas do saber tão díspares quanto as ciências humanas e as ciências da saúde representou o risco de uma dispersão irreconciliável no cerne de um único estudo. Diante disso, não cabia somente o desafio de compreender em que discurso surge determinada concepção psicossocial, mas sim o de perceber em qual discurso se desenvolve e qual discurso contribui para edificar quando nos referimos ao campo da saúde mental no Brasil. Percebemos que nesse processo coexistem vários discursos dentro e fora da saúde mental.

Terreno oportuno para favorecer essa reflexão foi assertivamente a psicologia social, disciplina e campo de saber constituído a partir de encontros epistemológicos originais e que, por manter uma atitude de busca com a realidade sócio-cultural brasileira, se põe atento às ambiguidades constitutivas da sociedade e da academia brasileira³². Mais do que um campo habituado com o debate entre os diferentes, identificou-se que a psicologia social traz em si uma reflexão entre o psico e o social que germina tão espontaneamente de seus estudos que não se propala com precisão sua potência dialética.

³² Nessa herança deixada pela escola de Silvia Lane e observada, por exemplo, no conceito de exclusão presente nos estudos de Sawaia (2001), dentre muitos outros casos.

Percebemos através de numerosas citações a autores da psicologia social (sistematizado no quadro 01) que a palavra psicossocial, a despeito de não estar definitivamente consolidada como exclusividade desse campo, está amplamente disseminada em quase todas as abordagens da psicologia social. Justamente através dessa peculiaridade, que é entendida aqui como riqueza epistemológica, foi realizada uma análise crítica do discurso em que se situa o psicossocial. Que a produção desse e dos outros quadros apresentados nessa dissertação possam figurar como uma contribuição para o aprofundamento crítico desse tema.

Quanto à aplicação do termo em outras políticas públicas nacionais, conjectura-se que é possível que o psicossocial tenha percorrido, dentre tantos caminhos, um em particular. Através da psicologia social, que desemboca até a psicologia social comunitária e cuja influência se dá por meio de suporte teórico à política de assistência social³³.

O termo ainda ganha maior expressão na área quando encontra seu lugar de práxis. Sua aplicação na psicologia social comunitária de Montero (2003), por exemplo, prolifera seu uso entre os países de língua espanhola e inglesa no formato *intervenção psicossocial*.

Outro caminho foi vinculado ao saber médico, conforme Costa-Rosa, Yasui, Luzio (2013), nomeadamente relacionados à Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária. Tal vertente contribuiu para elaboração da ideia de reabilitação psicossocial e, ainda, para formulação da política de saúde mental, no Brasil denominada Atenção Psicossocial.

Nesse caso, Costa-Rosa (2013) e documentos como o do CREPOP (CFP, 2013), a um só tempo, sugerem que o psicossocial representa a superação de um modelo biomédico excessivamente focado na clínica. Para esse movimento, contribuíram profissionais da psiquiatria sensíveis à influência dos aspectos sociais no âmbito então considerado psicopatológico. São autores como Carl Gustav Jung, Sigmundo Freud, Ulisses Pernambucano, Pichon-Rivière, Nise da Silveira, Gerald Caplan, Franco Basaglia, alguns apontando diretamente para ideias psicossociais, outros abordando a temática de forma mais radical e balizando para seus pares médicos a possibilidade de ampliação das fronteiras do orgânico e do somático.

³³ Podemos identificar isso com a presença dos profissionais de psicologia nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), serviço no qual esse profissional se insere, não numa perspectiva clínica, mas principalmente através da psicologia social e comunitária. Para citar a presença da palavra psicossocial na política, podemos lembrar definições como de *vulnerabilidade psicossocial*.

Define-se, inclusive, em literatura consultada (AMARANTE, 2007; HALLIDAY, 1968), que o debate médico se configurou enquanto espaço originário para o surgimento do psicossocial. Seu advento se deu como um reflexo do movimento, no campo da Medicina, de ampliação para uma multicausalidade de fatores que contribuem para manutenção e perda da saúde (incluindo aí fatores sociais e psicológicos). O termo, portanto, estaria vinculado, desde sua origem, ao contexto da saúde. Essa afirmação, contudo, nega toda uma construção epistemológica anterior.

Percebemos a pré-existência de uma ideia psicossocial que antecede o uso do termo naquele momento em que foi empregado no campo da saúde. Nesse caso, o psicossocial aparece em estudos de psicologia, sociologia e áreas afins, tendo como os principais referenciais os trabalhos de autores tão diversos quanto Karl Marx, Wilhelm Wundt, Gabriel Tarde, Émile Durkheim, Lev Vigotski, Serge Moscovici, dentre outros.

Compreensão fundamental se dá, portanto, ao apontar que essa ideia psicossocial tem sua construção disposta num campo onde a literatura especializada está bem próxima do que entendemos hoje como componente da história da Psicologia Social. Talvez esteja aí localizado o potencial crítico e questionador da noção psicossocial: no fato de ter forte influência das produções pioneiras da psicologia social³⁴.

Inclusive, movimentos dentro da psiquiatria ocorridos no século XX contribuíram para impulsionar a relevância da dimensão social no sofrimento psíquico dos sujeitos. Dentre eles, o movimento denominado Antipsiquiatria, que radicalizou a crítica à lógica psiquiátrica de patologizar aspectos do humano, condenando-o a uma vida segregada (nos manicômios).

A formulação *atenção psicossocial* também está relacionada, segundo constatado no presente estudo, dentre outros elementos, à apreciação da Reabilitação Psicossocial. Contribuíram para associar essa expressão à política de saúde mental autores como Saraceno (2014) e Pitta (2014). Enquanto isso, Costa-Rosa, Yasui e Luzio (2003) somam à construção da atenção psicossocial a política de Apoio Psicossocial.

Paiva (2014), por sua vez, compreende o “modo psicossocial” na atenção ao sofrimento mental, como produzida no movimento pela reforma sanitária dos anos 1980. Para essa autora, isso constituiu um campo de estudos e práticas inovador, desenvolvido centralmente no contexto da resposta brasileira à Aids.

³⁴ Vale ressaltar que, da ascendência da ideia psicossocial nas ciências sociais ao uso da palavra psicossocial nas ciências da saúde, não há uma referência clara desses últimos, fato que omite toda uma discussão que envolveu vários autores, teorias e obras.

O panorama, deste modo, é de múltiplas influências que têm o potencial dialógico, entre algumas concepções psicossociais, desde que uma vez clarificados e determinados seus lugares de origem e interesses políticos.

A produção documental recente do Ministério da Saúde do Brasil passa à margem de quase toda essa discussão e parece escamotear o papel da sociedade como corresponsável pelos processos de saúde e adoecimento dos seus sujeitos membros, relegando à dimensão financeira e burocrática a resolução de demanda complexa como a saúde mental abordada a partir de uma perspectiva psicossocial.

Além do mais, a proposição da Portaria GM nº 3.088, que ao mesmo tempo define reabilitação social e cria a Rede de Atenção Psicossocial, retoma uma velha discussão de inserção pelo trabalho e de inclusão produtiva, esquecendo-se de todo o resto do debate: da relevância da convivência social, da apropriação cultural, do sistema de trocas e solidariedade que pode inserir um sujeito, contribuindo para o seu bem-estar e para o seu estado de saúde plena.

De modo que o legislador e o gestor federal dialogaram bem menos do que o razoável com a pujante produção bibliográfica que produzimos no Brasil em torno da saúde mental. Disso resultou, por exemplo, uma definição ineficaz do termo reabilitação psicossocial, expressão que acreditamos estar bem próxima de atenção psicossocial em sua coerência discursiva.

Coerência, aliás, é uma expressão oportuna para acompanhar a gestão e as equipes multiprofissionais de assistência psicossocial que devem refletir constantemente se as questões sociais que interferem no adoecimento psíquico dos sujeitos estão realmente sendo abordadas de forma qualificada pela Rede de Atenção Psicossocial. Caso contrário, perde-se o sentido da palavra e toda sua força simbólica.

Dessa forma, tanto quanto teórica, a questão se coloca como política e sua apropriação e aprimoramento serão possíveis através da produção teórica relacionada entre si e com o debate político da sociedade de forma dialogada e interligada.

Por fim, a atenção psicossocial busca apontar novos caminhos em saúde e saúde mental, o que desafia instituições formadoras, gestões públicas nas três esferas, militância política e pesquisadores. Seus anseios encontram-se expressos no ideário da Reforma Psiquiátrica que ambiciona a construção do Paradigma Psicossocial (Costa-Rosa, 2013) enquanto a prática psicossocial correspondente vai sendo desafiada pela realidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Oportuno se faz uma discussão que articule os múltiplos temas que rematam esse estudo. Decerto, ao fim dessa jornada, foram identificadas mais questões do que inicialmente se imaginava abordar. Isso porque, no momento em que nos detemos ao uso da palavra psicossocial, nos embrenhamos na intrincada concepção de uma teoria psicossocial, ou melhor, em diferentes concepções psicossociais.

A ideia psicossocial se mostra coerentemente interdisciplinar, ganhando logo aplicação no campo da saúde. A atenção psicossocial tem seu ideário fortemente identificado com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Sua prática, contudo, deve ser constantemente repensada e discutida nos perversos corredores e salas de espera da burocracia estatal e privatista, ligados à assistência à saúde.

Esse debate epistemológico envolveu campos do saber diferentes, o que permitiu identificar sua utilização em contextos que nem sempre dialogam. Por isso não surpreende que, por vezes, os autores estudados abordem concepções psicossociais distintas: partem de perspectivas e de tradições teóricas diferentes utilizando a mesma palavra em contextos variados.

Compreende-se o fato da apropriação do psicossocial (como denominador da política pública de saúde mental) e da aceitação do seu ideário teórico como ações implicitamente relacionadas, no sentido de estarem vinculadas, porém não estarem claramente definidas ou pactuadas entre os agentes políticos, teóricos e profissionais que construíram e operacionalizaram a política. Isso está claro no momento em que o psicossocial é abrangente quanto às suas práticas inerentes e transborda sua aplicabilidade na saúde, sendo empregado em outras áreas e trazendo ora abrangência, ora imprecisão para o termo.

É crível pensar que o resultado desse desencontro entre os agentes (gestores, legisladores, profissionais de saúde, acadêmicos, usuários...) apresente potencial para desarticular todo o projeto de atenção psicossocial desacreditando o seu arcabouço científico e ideológico que apontam para um redimensionamento da concepção de doença, de saúde e do próprio ser humano. Essas são algumas das concepções mais efetivas contidas no pensamento de muitos dos autores que pensaram esse termo. Além do mais, é a saúde mental uma área que prescinde de um olhar constantemente renovado e qualificado sobre essas questões (saúde, doença, ser humano) precisando acompanhar as transformações sociais e culturais que a sociedade passa cotidianamente.

Na reflexão sobre o lugar de origem e de destino da palavra psicossocial, foi fundamental identificar que, antes de problematizar o termo psicossocial em si, foi necessário perceber o objeto *ideia psicossocial* presente em textos das ciências humanas (mais precisamente no âmbito das ciências sociais, psicológica e psicologia social) e só em momento posterior abordado nas ciências da saúde. Essa perspectiva garante uma noção essencialmente interdisciplinar do psicossocial.

Outra constatação é que o campo da psicologia social, que faz o emprego habitual da palavra psicossocial, não se apodera claramente do termo como que considerando desnecessária a construção de um conceito psicossocial e sua exclusiva utilização. Como consequência primeira, a palavra não é empoderada em todo o seu alcance teórico. Dessa forma, é desmembrada em sua potência numa discussão que deve prosseguir enquanto constante domínio de interesse da psicologia.

Aqui, deve-se ressaltar que a ciência é compreendida não como um processo evolutivo em que os conhecimentos vão se acumulando articuladamente e, como resultado imediato há um avanço da compreensão da sociedade. Ao contrário, o saber passa, desde a sua constituição, por um processo conflituoso de interesses teóricos, econômicos e políticos (dentre outros possíveis), o que lhe dá a característica de negar elementos anteriormente infalíveis e afirmar outras formulações ou, retroceder. Esse particular é sentido tanto no universo acadêmico e investigativo quanto no processo político no qual o SUS precisa se fundamentar.

No caso da saúde mental, entenda-se que a atenção psicossocial, pelo menos enquanto construção teórica exclui uma acumulação de saberes da saúde mental em várias perspectivas (especialmente nos aspectos manicomiais e biomédicos). Isso se dá no momento em que nega a atuação restrita de uma única profissão, um único olhar sobre a saúde e mesmo de que as questões em torno do paciente vão muito além das questões de saúde.

A partir dessas aplicações e apropriações da palavra psicossocial no campo da saúde, pode-se afirmar que a mesma não é uma concepção ahistórica de forma a estar amplamente inserida nas discussões do seu tempo, num vasto contexto de formulações teóricas com forte influência nas técnicas de saúde e, por sua vez, na criação de políticas públicas. Corresponde, sem embargo, a uma busca consciente por mais amplas concepções de homem e de saúde desejadas pelos os sujeitos envolvidos no processo de construção de fazer saúde característico do SUS.

Não obstante, o descompasso entre os avanços das formulações acadêmicas, os anseios da militância e a estrutura burocratizada se faz perceber no momento em que se

identifica a limitadora definição de Reabilitação Psicossocial contida na Portaria GM nº 3.088.

O social enquanto realidade decisiva para o surgimento e agudização de sofrimento psíquico foi um grande salto compreensivo no campo da saúde mental. Também parece ser inserido, pelos menos, em alguns segmentos como o político, pela evidente demanda socioeconômica da grande maioria da população brasileira. Essa suspeita se confirma quando observamos a definição proposta pelos técnicos do gabinete ministerial que praticamente restringem a reabilitação psicossocial a emprego e renda. Com essa definição, é possível dizer que se atenta para um importante elemento da vida do portador de sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Theodor. **Indústria cultural e sociedade**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____. **Educação e emancipação**. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

_____. **Ensaio sobre psicologia social e psicanálise**. São Paulo, UNESP: 2015.

ALMEIDA, Leonardo Pinto de. Para uma caracterização da Psicologia social brasileira.

Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 32, n. spe, p. 124-137, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de junho de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500009>.

ALVARENGA, Augusta Thereza de; SOMMERMAN, Américo; ALVAREZ, Aparecida Magali de Souza. Congressos internacionais sobre transdisciplinaridade: reflexões sobre emergências e convergências de idéias e ideais na direção de uma nova ciência moderna.

Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 9-29, dez. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 ago. 2016.

ÁLVARO, José Luis & GARRIDO, Alícia. **Psicologia social: perspectivas psicológicas e sociológicas**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: M. Kalil (Org.), **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo/ Salvador: Editora Hucitec/ Cooperação Italiana em Saúde, 1992. p. 103-119

_____, A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In AMARANTE, Paulo. (coord.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003. p. 45-66.

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

ANTUNES, Mitsuko Aparecida Makino. **A Psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição**. São Paulo: Unimarco, 2003.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

ARISTÓTELES. **Sobre a alma**. Obras completas de Aristóteles. Imprensa Nacional-Casa da Moeda: Lisboa, 2010.

BARBOSA, Jonnefer. **Política e tempo em Giorgio Agamben**. São Paulo: EDUC-FAPESP, 2014.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994. p. 41-71.

BLEICHER, Taís. **A política de Saúde Mental de Quixadá, Ceará (1993-2012):** uma perspectiva histórica do sistema local de Saúde. 2015. 395p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidades Estadual do Ceará, Federal do Ceará e de Fortaleza, Ceará, 2015.

BOSI, Eclea. **Memória e sociedade:** lembranças de velhos. 2. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental:** 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS:** doutrinas e princípios. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único De Saúde. Conselho Nacional De Saúde; Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental –Intersetorial**, 27 de jun. a 1 de jul. 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. 210 p.

_____. Ministério da saúde. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental - 2004 a 2010.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

_____. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar sim, excluir não.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.:77-93, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf> Acesso em: 21 de dez. 2016.

CAPLAN, Gerald. **Princípios de psiquiatria preventiva.** Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CALEGARE, Marcelo Gustavo Aguilar; HIGUCHI, Maria Inês Gasparetto. (Org.). **Nos interiores da Amazônia:** leituras psicossociais. Curitiba: CRV, 2016.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo. Editora UNESP, 2001.

CIAMPA, Antônio da Costa. **A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: CFP, 2013.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Atenção psicossocial-rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: P. Amarante, (Coord.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, Abílio; YASUI, Silvio. Algumas notas para pensar a psiquiatria psicossocial. In: I. V. M. Rabelo et al. (Org.) **Olhares, experiências de CAPS**. Goiânia: KELPS, 2009. p. 123-137.

COSTA-ROSA, Abílio. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.14, n.54, p.7-11, abr./ jun.1986. Disponível em: <http://docslide.com.br/documents/61279749-dejours-1986-por-um-novo-conceito-de-saudepdf.html> Acesso em 23 de nov. de 2016.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ERIKSON, Erik. **Juventude, identidade e crise**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987.

FARR, Robert M. **As raízes da psicologia social moderna**. Petrópolis: Vozes, 2003.

FIGUEIREDO, Eurico. **O chapéu reclame de cigarros: Contribuição para uma Psicoterapia Institucional**. Porto, Afrontamento, 1977.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FREYRE, Gilberto. **Realidade Brasileira**. Rio de Janeiro: Bloch/FENAME, 1980. Biblioteca Educação é Cultura. v. 4.

GÓIS, Cezar Wagner de Lima. **Saúde comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Hucitec, 2008.

GONÇALVES NETO, José Umbelino. **As identidades da "identidade": sobre os diferentes usos e significados do conceito "identidade" na Psicologia Social**. 2015. 112f. – Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Fortaleza (CE), 2015.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **El sujeto y la subjetividad en la psicología social: un enfoque histórico-cultural**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2013.

GUARESCHI, Pedrinho. **Psicologia social crítica como prática de libertação**. 6. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

HABERMAS, Jürgen. **Técnica e ciência como “ideologia”**. Lisboa: Edições 70, 1987.

HALLIDAY, James L. **Medicina psicossocial: un estudio de la sociedad enferma**. 2. ed. Buenos Aires: EUDEBA, 1968.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

IÑIGUEZ-RUEDA, Lupicínio. *La Psicología Social como Crítica: Continuísmo, Estabilidad y Efervencias Tres Décadas después de la “Crisis”*. **Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology**. Puerto Rico. v. 37, n. 2, 2003. p. 221-238.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

LANE, Silvia; CODO, Wanderley. **Psicologia social: o homem em movimento**. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

LANE, Silvia. **O que é psicologia social**. 22. ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

LIMA, Aluísio Ferreira de. **Sufrimento de indeterminação e reconhecimento perverso: um estudo da construção da personagem doente mental a partir do sintagma identidade-metamorfose-emancipação**. 2009. 285p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

_____. **Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade da perspectiva da Psicologia Social e Crítica**. São Paulo: Fafesp-Educ, 2010.

LUNARDI, Valéria. Lerch. *Problematizando conceito de saúde a partir do tema da governabilidade dos sujeitos*. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 20, n.01, 1999, p. 26-40. Acesso em 28 de fev. de 2016. Disponível em: www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem/article/download/4219/2229

MANDELBAUM, Belinda. *Sobre o Campo da Psicologia Social*. **Revista de Psicologia USP**, São Paulo, v. 23, n. 01, 2012, p. 15-43. Acesso em 19 de set. de 2016. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642012000100002

MARTÍN-BARÓ, Ignacio. O papel do Psicólogo. **Estudos de Psicologia**. v.2. n. 1, 1996, p. 7-27. Acesso em: 19 de mai. de 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/epsic/v2n1/a02v2n1.pdf

_____. Para uma Psicologia da Libertação. In: F. Lacerda Jr.; R. Guzzo (Orgs). **Psicologia social para América Latina: o resgate da psicologia da libertação**. 2ed., Campinas: Alínea, 2011. p. 181-197

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1996. v. I.

MEAD, George Herbert. **Espiritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductismo social**. Buenos Aires: Paidós, 1972.

MONTERO, Maritza. **Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos**. Buenos Aires: Paidós, 2004.

_____. **Teoría y práctica de a psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad**. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós, 2006.

_____. Atenção entre o fortalecimento e as influências alienadoras no trabalho psicossocial comunitário e político. In: LACERDA JR. F.; GUZZO, R. **Psicologia e sociedade: interfaces no debate sobre a questão social**. São Paulo: Alínea, 2010. p. 65-81.

MOSCOVICI, Serge. **A invenção da sociedade: sociologia e psicologia**. Editora: Vozes, Petrópolis, 2011.

OLIVEIRA, Pedro Renan Santos **“Esse caso é de NASF?”: compreendendo práticas de saúde mental na atenção primária em Fortaleza-CE**. Dissertação de Mestrado em Saúde da Família - Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2013.

OLIVEIRA, Marluce Alves de. GUIMARÃES, Arminda. CARNEIRO, Cleide. SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Sofrimento psíquico e a cultura contemporânea: perspectivas teórico-clínicas**. Fortaleza: EdUece, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde - 1946**. Nova Iorque: OMS/WHO, 1946. Acesso em: 14 de ago. de 2016. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>

PAIVA, Vera Silvia Facciolla. Psicologia na Saúde: Sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do Campo no Contexto da Resposta Brasileira à Aids. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto/SP, v. 21, n. 3, 2013, p.531-549. Acesso em: 27 de dez. de 2014. Disponível em: <pepsicbvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&ppid=S1413-389X20130000300002>

PARIGUIN, Boris D. **A psicologia social como ciência**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

PAUL, Patrick. **Saúde e transdisciplinaridade: a importância da subjetividade nos cuidados médicos**. São Paulo: EDUSP, 2013.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Pinel — a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 113-116, Set. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000300113&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 de junho de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142004003011>.

PESSOTTI, Isaias. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

PONTES, Maria Vânia Abreu. **Damião Ximenes Lopes: a "condenação da saúde mental" brasileira na Corte Interamericana de Direitos Humanos e sua relação com os rumos da reforma psiquiátrica**. 2015. 249f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), 2015.

PLONER, Kátia Simone; MICHELS, Lísia Regina Ferreira; SCHLINDWEIN, Luciane Maria; GUARESCHI, Pedrinho A. (Orgs.) **Ética e paradigmas na psicologia social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

RODRIGUEZ, Jorge Jacinto et al. Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua: resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 22, n. 5, p. 348-357, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007001000008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 de junho de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007001000008>.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social: ensaio sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo (orgs). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, Jun 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002007000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de junho de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

SANTOS, Beatriz Oliveira. **Fórum cearense da luta antimanicomial: sua história a partir das narrativas de militantes**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Centro de Humanidades, Curso de Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. 116 f.

SARAMAGO, José. **A jangada de pedra**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SAWAIA, Bader Burihan. (Org), **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2002.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, Apr. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 de junho de 2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n.05, 1997, p. 538-42. Acesso em 14 de abr. de 2016. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf

SEVERIANO, Maria de Fátima V. **Consumo, narcisismo e identidades contemporâneas: uma análise psicossocial**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2006.

SIDRIM, Maria Ifigênia Costa. **As representações sociais da reabilitação psicossocial: um estudo sobre os CAPS**. Curitiba: Juruá, 2010.

SILVEIRA, Nise da. **Imagens do inconsciente**. Petrópolis: Vozes, 2015.

TARDE, Gabriel. **A opinião e as massas**. 2. ed. São Paulo: Martins Filho, 2005.

TASSARA, Eda Terezinha de Oliveira; DAMERGIAN, Sueli. Para um novo humanismo: contribuições da Psicologia Social. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 10, n. 28, 1996, p. 291-316. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141996000300013> Acesso em: 17 de maio 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. INSTITUTO DE PSICOLOGIA. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA. **Manual de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da USP**. São Paulo: USP, 1997.

VIANA, Diego Mendonça. **Saúde mental e atenção primária: compreendendo articulações e práticas de cuidado na Saúde da Família no Ceará**. 2016. Dissertação (Mestrado) - Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza., 2016.

VIGOTSKI, Lev Semenovich. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 2006. 208p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório mundial da saúde: saúde mental, nova concepção, nova esperança**. Lisboa: 2002. 207p. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf> Acesso em: 20 de nov. de 2015.