



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



CULTURA
ACADÊMICA
Editora

A Psicologia e a invenção de práticas psicossociais

Thaís Thomé Seni da Silva e Oliveira

Como citar: OLIVEIRA, T. T. S. da S. E. A Psicologia e a invenção de práticas psicossociais. *In:* SADE, R. M. S. (org.). **Boas práticas:** caminhos e descaminhos no processo de desinstitucionalização. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2017. p. 201-214.
DOI: <https://doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-933-7.p201-214>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

A Psicologia e a invenção de práticas psicossociais

Thaís Thomé Seni da Silva e Oliveira

Franco Rotelli, psiquiatra italiano e sucessor de Franco Basaglia, nos conta da “instituição inventada” (ROTELLI, 2015), que se dá continuidade à “instituição negada” de Basaglia. O autor nos convida a inventar novos modos de estar no mundo e de produzir saúde. De inventar-criar maneiras de enfrentar os riscos permanentes de institucionalização e “re-institucionalização” de pensamentos e práticas. É nesse sentido que falamos da “invenção” de práticas psicossociais na Psicologia.

O Modelo de Atenção Psicossocial é o modelo de assistência em saúde mental vigente atualmente no Brasil. Resulta do movimento da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, sendo inspirado principalmente na Psiquiatria Democrática Italiana (AMARANTE, 2011). Foi incorporado como política pública de assistência em saúde mental no Brasil, especialmente após a publicação da lei 10.216 em 2001 e consolidado em uma rede de serviços de saúde mental pela portaria publicada dez anos depois (Ministério da Saúde, 2011).

O presente modelo não constitui somente uma rede de serviços que se propõe a substituir o manicômio, mas representa outro paradigma

<https://doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-933-7.p201-214>

de cuidado: o paradigma psicossocial, que busca superar o paradigma biomédico e asilar (COSTA-ROSA, 2000), e que tem sua correspondência no cenário internacional como *psychosocial approaches* (MEZZINA, 2005).

A mudança de paradigma na saúde mental tem seu percurso histórico (PESSOTI, 1994; FOUCAULT, 1978; MEZZINA, 2005; OLIVEIRA-PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011) e configura em uma ruptura com o modelo médico-biológico de tratar a doença e com as instituições totais para a organização de serviços inseridos nas comunidades e que consideram o paciente como sujeito e não como objeto. Isso implica na mudança de concepção sobre o que seja tratar/cuidar, que vai da busca de controlar sintomas e comportamentos, da fragmentação do paciente e da distância entre este e o profissional, à busca de compreensão do sofrimento da pessoa em sua totalidade, com suas necessidades concretas, incluindo aquelas psicológicas e subjetivas.

Assim, a saúde mental passa a integrar o campo da saúde coletiva, sendo o processo saúde-doença resultante de processos biopsicossociais complexos, que demandam uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, com ações inseridas em uma diversidade de serviços e dispositivos territorializados de atenção e de cuidado, sendo um deles o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

No Paradigma Psicossocial ou Biopsicossocial a comunidade é aceita como o novo cenário para o cuidado em saúde mental, aceitação essa que ainda é incompleta em termos sócio-culturais e políticos. Nesse contexto, um grande desafio é construir práticas que, de fato, sejam substituívas às instituições totais. Assim, este paradigma é desafiado especialmente pelas práticas realizadas cotidianamente nos serviços de saúde mental, na medida em que para a construção de serviços comunitários efetivamente inovadores é necessário evitar os riscos de se produzir uma “neo-institucionalização” (FIORATI; SAEKI, 2013; OLIVEIRA; CALDANA, 2016).

Concordamos com Yasui e Costa-Rosa (2008) que entendem que os profissionais das equipes de saúde mental cotidianamente têm a tarefa de expandir e consolidar a mudança paradigmática. Os principais instrumentos dos profissionais são a sua formação e o desenvolvimento profissional permanente, que devem permitir a redefinição e reorganização de seu

processo de trabalho, a articulação das alianças entre os diferentes setores da sociedade; viabilizando a criação e expansão concreta de uma rede de atenção e cuidado de base territorial e pautada nos princípios de integralidade e participação popular.

CONSTRUINDO AS PRÁTICAS: PSICOLOGIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Visando compreender as práticas em psicologia no contexto da saúde mental, é importante entender o processo histórico da atuação deste profissional no Brasil. Desde a regulamentação da profissão no país, a atuação do psicólogo passou por um processo de transformação bastante importante, resultante de uma diversidade de fatores como: a história da psicologia como ciência no mundo e no Brasil, o contexto histórico e social da atuação profissional e dos cursos de formação, a configuração socioeconômica e política do país, os paradigmas de conhecimento, de educação e de saúde, entre outros.

Os primeiros cursos de Psicologia do Brasil tiveram início no ano de 1957, inaugurando a trajetória da Psicologia como profissão no país (PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003). A regulamentação da profissão de psicólogo ocorre em 27 de agosto de 1962, com a publicação da Lei 4.119. Em 1971 foram criados o Conselho Federal e os Regionais de Psicologia, e em 1975 é publicado o primeiro Código de Ética dos psicólogos, finalizando o processo de profissionalização da área no país.

Ainda conforme Pereira e Pereira Neto (2003), a respeito da atuação do psicólogo no país, entre os anos de 1970 e 1980 houve um aumento da demanda por serviços de psicologia nas grandes cidades, atendendo principalmente as classes média e alta, com atuação em três grandes áreas: educação, trabalho e clínica, sendo nesta última sempre concentração maior de número de profissionais.

É importante destacar que nesse período o Brasil vivia o momento histórico da repressão e da ditadura militar, o que contribuiu para o direcionamento do desenvolvimento da psicologia e de outras áreas profissionais de determinada maneira.

A escolha dos psicólogos era em sua maioria pela área clínica no contexto privado com atendimentos individuais em psicoterapia, evidenciando a predominância do modelo médico/profissional liberal, ou do chamado modelo clínico tradicional, que perdura ainda nos dias de hoje (CFP, 2005; DIMENSTEIN, 2000; DIMENSTEIN; MACEDO, 2012; FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004, YAMAMOTO, 2012; OLIVEIRA; CALDANA, 2016). Tal escolha pela área clínica coloca em evidência este outro fator de extrema relevância: a característica dos cursos de formação em psicologia no Brasil, com predomínio do ensino da área clínica em seus moldes tradicionais, como área privilegiada para a atuação do psicólogo.

O PROCESSO DE AMPLIAÇÃO DAS PRÁTICAS

Os anos de 1990 marcam uma transformação e aumento dos espaços de atuação dos psicólogos no cenário nacional, mantendo-se a preferência pela área clínica, seguida pelas áreas da saúde e organizacional. Yamamoto (2012) confirma a predominância dessas áreas de atuação nos tempos atuais, em seu estudo 53% dos profissionais trabalhavam em clínica, 27,9% na área da saúde, 25,1% na área do trabalho e organizações e 9,8% na área educacional. Entretanto, as modalidades de inserção do profissional no país sofreram uma transformação, pois apenas 20% dos profissionais autônomos atuavam exclusivamente nessa condição. Dos psicólogos participantes da pesquisa, 40% trabalhavam no setor público, 35% no setor privado e 25% no terceiro setor.

O estudo mencionado aponta uma ampliação para além do modelo tradicional de atuação como profissional autônomo em clínica privada. Na área da saúde pública, a entrada do psicólogo se intensificou no final da década de 1980, sendo que nas últimas décadas o psicólogo se tornou o profissional com maior número de contratações para compor equipes multiprofissionais (YAMAMOTO, 2012, OLIVEIRA; CALDANA 2016).

E aqui temos um outro dado importante: a ampliação dos contextos de atuação do psicólogo não correspondeu à transformação das práticas psicológicas. Estudos indicam a permanência de estratégias tradicionais de intervenção, como a avaliação psicológica, o psicodiagnósti-

co e a psicoterapia individual. Assim, nos deparamos efetivamente com a permanência do modelo clínico tradicional (YASUI, 2010, YAMAMOTO, 2012; DIMENSTEIN; MACEDO, 2012) acompanhado por inúmeras críticas em função da inadequação e não-resolutividade, trazendo um forte conteúdo ideológico individualista e desconsiderando problemas sociais. Nessa direção, a atuação do psicólogo na saúde pública, exige a criação de novas estratégias de atuação, para além do citado modelo clínico tradicional (DIMENSTEIN, 2000; 2006; FERREIRA NETO, 2008; FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004; SPINK, 2003; YASUI, 2010).

No campo da saúde pública o ponto de partida não pode ser outro que as demandas da população usuária dos serviços públicos de saúde, e a formação em psicologia precisa dar conta disso. A produção do cuidado em saúde implica em escolhas teóricas e metodológicas, como também na criação de estratégias de intervenção que possibilitem de um fazer comprometido com os processos intersubjetivos e com a produção de sujeitos sociais ativos em nível individual e coletivo para a produção de saúde. (DIMENSTEIN, 2006).

A criação de estratégias de atuação deve ter como base a pessoa em sua totalidade, inserida em um contexto de relações, permeado por aspectos sociais, econômicos e culturais, e deve produzir autonomia e protagonismo social.

O desafio da formação profissional se encontra em ultrapassar a ampliação de disciplinas e conteúdos relacionados ao Sistema único de saúde (SUS) e ao paradigma psicossocial, devendo proporcionar ao psicólogo em formação uma visão ampla e a capacidade de operar análises conjunturais a respeito das necessidades sociais e de saúde da população. Deve também promover o desenvolvimento da escuta e a intervenção sobre processos psicológicos e psicossociais mobilizados pelas condições de vida das pessoas, como também a capacidade de articulação com as redes de diversos setores para operar a integralidade das práticas (OLIVEIRA; CALDANA, 2016).

Ressalta-se que o movimento de construção de práticas assistenciais coerentes com os pressupostos do paradigma psicossocial (AMA-

RANTE, 2011; YASUI; COSTA-ROSA, 2008) está presente na área da psicologia e nas diversas áreas de saúde, constituindo uma proposta interdisciplinar. Em termos da formação, existem atualmente diversas ações e projetos de ensino, pesquisa e extensão das universidades em parceria com órgãos governamentais e outros programas.

O movimento de mudanças descrito deve se intensificar na formação e alcançar também as estratégias de educação permanente para os profissionais, para que as práticas cotidianas de fato se transformem.

TRANSFORMAÇÕES PARADIGMÁTICAS: CIÊNCIA, SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA

Para compreender em maior profundidade a mudança paradigmática que é base para o cuidado em saúde, para as equipes e suas práticas, faz-se necessário compreendê-la num contexto maior, que envolve a mudança na forma de conceber a “realidade”, a construção do conhecimento e a subjetividade humana.

Temos na atualidade diversos elementos epistemológicos e metodológicos propostos como tendência alternativa para a ciência contemporânea. Tais elementos são agrupados com diferentes graus de articulação, sob o rótulo de “novo paradigma” (ALMEIDA FILHO, 2005). Os proponentes desses novos paradigmas sugerem o desenvolvimento de uma nova ciência, que demanda categorias epistemológicas próprias, novos modelos teóricos e novas formas de análise.

Os novos paradigmas buscam superar o paradigma cartesiano, substrato epistemológico da ciência moderna, no qual conhecer implicava necessariamente uma etapa inicial de fragmentação do objeto do conhecimento e sua redução aos seus componentes elementares.

No campo do método científico, tal orientação se traduz nas ideias de objetividade, neutralidade e identificação/isolamento de variáveis do objeto de estudo. No campo da saúde, o pensamento cartesiano se traduz na cisão corpo/mente e na fragmentação do corpo, o corpo mecanizado que deve ser reparado em partes que geram o mau funcionamento. Esta é a lógica do paradigma biomédico, em que a doença deve ser identificada (diagnosticada) por seus sintomas, combatida e removida do corpo para que a saúde seja restaurada.

No campo da saúde mental, temos a identificação de sintomas e o diagnóstico de doenças mentais, porém, como o sintoma loucura não tem “cura”, não podendo ser removido definitivamente, isolou-se o louco para restaurar a normalidade social. Nos tratamentos para a loucura, foram desenvolvidas ao longo do tempo estratégias e terapêuticas para remover os sintomas: dos banhos frios, choques elétricos e isolamento aos medicamentos.

Segundo Almeida Filho (2005), desde o final do século XX vem crescendo, no campo científico, a consciência de uma ciência configurada como prática de construção de modelos, de formulação e solução de problemas em um mundo em constante transformação, valorizando cada vez mais a descentralização e a relatividade. Em muitos campos científicos, anuncia-se atualmente que o paradigma da simplicidade e reducionismo cartesianos teria exaurido sua capacidade de apreender as complexas realidades concretas da natureza, história e cultura humanas, alcançando seus limites como estratégia de produção de conhecimento.

Assim, diversos pensadores e cientistas de diferentes áreas de pesquisa, como Wiener, Von Bertalanffy, Prologine, Thom, Boulding, Maturana, Simon, Atlan, Lorenz e Morin vem lançando propostas de superação do reducionismo, resultando no chamado “Paradigma da Complexidade” ou Paradigma C (MORIN, 2005).

O paradigma da complexidade parte da premissa de que, ao contrário da abordagem reducionista do positivismo, que tem como objetivo uma simplificação da realidade, a pesquisa científica deve respeitar a complexidade inerente aos processos concretos da natureza, da sociedade e da história, sendo ele mesmo um produto da cultura e da história humanas. Tal paradigma é, dessa maneira, o marco transformador da ciência contemporânea.

Almeida Filho (2005) define os seguintes elementos teóricos da complexidade:

- **Sistemas dinâmicos:** compreendem estruturas sistêmicas abertas, em constante transformação, totalidades formadas por partes inter-relacionadas, elementos, conexões e parâmetros mutantes. “Complexidade implica a noção de transformação” (p.35);

- **Não-linearidade:** propriedade de interconexões sistêmicas que vão além das relações dose-resposta, ou causa-efeito. Traz o sentido de não finalístico, recursivo ou interativo, e também da relação entre séries de eventos, que entendemos trazer a ideia de multicausalidade;
- **Caos:** na descrição dos sistemas de relações não lineares, indica a abertura para a consideração de paradoxos ou contradições. Na prática é definido como a sensibilidade às condições iniciais mais a imprevisibilidade do sistema como um todo;
- **Emergência:** é a ocorrência imprevista, de algo que não existia previamente no sistema. Tolera-se o paradoxo “o novo a partir do existente”;
- **Borrosidade:** propriedade de imprecisão de limites entre elementos dos sistemas. São as fronteiras borradas entre elementos do sistema e podemos transpor para as fronteiras borradas das disciplinas, que dariam o sentido da transdisciplinaridade. O autor aponta ainda que, no que se refere à ciência, a crítica à noção de limite resulta no questionamento da categoria epistemológica da objetividade, retomando o clássico problema do observador/pesquisador como efeito de um borramento, neste caso referido à delimitação fluida, ambígua, contraditória e confusa entre sujeito e objeto;
- **Fractalidade:** segundo o autor, a noção de “fractais” seria de grande utilidade para o desenvolvimento de modos alternativos de produção do conhecimento científico. Trata-se de uma nova geometria, baseada na redução das formas e propriedades dos objetos ao “infinito interior”, como, por exemplo, na possibilidade de dividir uma linha em duas partes iguais, que poderão por sua vez ser divididas, e assim sucessivamente, mantendo-se sempre a forma original de uma linha dividida pela metade. Desta maneira, pode-se representar de um modo altamente sintético a constatação da permanência de certas propriedades através dos diferentes níveis do sistema. A fractalidade pode ser encontrada, com as devidas especificidades, na famosa questão local *versus* global, que tem alimentado uma discussão de extrema atualidade nas ciências sociais contemporâneas, especialmente no que concerne às abordagens qualitativas de pesquisa.

As abordagens da complexidade em geral, seriam capazes de produzir as novas possibilidades de compreensão e superação do distanciamento entre o mundo natural e o mundo histórico, descrevendo sistemas dinâmicos complexos, autorregulados, mutantes, imprevisíveis, produtores de níveis emergentes de organização. De modo geral, valorizam a fragmentação fractal, a relatividade, o dinamismo, a indeterminação e a contingência como características da formulação alternativa, para a construção de uma nova família de entes científicos: os objetos complexos. O objeto complexo é sintético, não linear, múltiplo, plural e emergente. Como um objeto-modelo sistêmico, faz parte de um sistema de totalidades parciais e pode ser compreendido ele mesmo como um sistema. Em sua forma de objeto heurístico (BUNGE, 1972 apud ALMEIDA FILHO, 2005), não pode ser explicado por modelos lineares de determinação. Assim, o objeto complexo não possibilita a predição e metodologicamente pode ser apreendido em múltiplos estados de existência, dado que opera em distintos níveis da realidade. O objeto complexo é multifacetado, alvo de diversos olhares, fonte de múltiplos discursos, extravasando os recortes disciplinares da ciência.

A subjetividade humana, a loucura/doença e o tratamento/cuidado são objetos complexos, que exigem das ciências humanas e das ciências da saúde – o que inclui a psicologia – múltiplas abordagens, estratégias e ferramentas tanto para a produção de conhecimento quanto para produção do cuidado em saúde.

O giro do conceito biomédico de saúde para o biopsicossocial, ou para as abordagens psicossociais, implica uma série de reconfigurações e a complexificação de sentidos de saúde-doença-cura, do tratar-cuidar, bem como de noções de saúde coletiva, comunidade, controle social, avaliação, corpo, culturas, saberes populares/especializados, participação, cooperação, entre outros. Esse é o giro da complexidade, do olhar para nossa ação sobre o mundo, sobre o outro e sobre nós mesmos na tensão das múltiplas histórias, contextos, afetividades e sentidos que se (re)configuram permanentemente.

Com as lentes de aumento sobre os aspectos subjetivos do humano, esses objetos complexos, os sentidos apresentam-se como formações dinâmicas, fluidas, imprevisas, sempre em movimento, o que nos encoraja

a questionar, sempre, as formas habituais, tradicionais e institucionalizadas de atuação. Essas lentes ressaltam o momento assistencial como subjetivador, que inscreve os processos corporais e psíquicos como fenômenos sociais, que têm história e articulação com outros processos da vida, resgatam os simbolismos, afetividades, potencialidades e capacidade de criação na atenção à saúde. São lentes que ampliam possibilidades para as políticas e práticas, pois evitam apriorismos, requisitando mais espaços para as diversas expressões do humano. Espaços que possibilitem a produção de sentidos para além do diagnóstico, da doença e do rótulo (OLIVEIRA-PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

No campo da saúde mental, diversos autores (AMARANTE, 2011; YASUI; COSTA-ROSA, 2008; MEZZINA, 2005) apontam que a mudança de paradigma envolve transformações que vão do conceito de saúde mental até as formas de tratamento e as tecnologias de cuidado. Amarante (2011) considera que essa transição paradigmática na saúde mental acompanha a transformação da própria ciência, na medida em que supera o modelo asilar biomédico, passando a se inserir na ideia de complexidade, de simultaneidade, de transversalidade de saberes, de “construcionismo” e de “reflexividade”.

Nesse ponto, entendemos que todas as considerações realizadas até aqui confluem para o mesmo ponto: o trabalho em grupo, a equipe, as práticas do psicólogo na clínica ampliada, a formação e o desenvolvimento profissional se inserem no paradigma da complexidade, e trazem a marca da produção de subjetividade e o compromisso com a produção de tecnologias de cuidado que coloquem o sujeito como centro e em movimento. No movimento de protagonizar, fazer escolhas, se responsabilizar e agir no mundo.

Nesse sentido, o usuário é sujeito e o profissional é sujeito. São sujeitos humanos se encontrando e construindo novos olhares, sentidos e fazeres para a vida que acontece em tramas complexas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à atuação do psicólogo no Modelo de Atenção Psicossocial, mais especificamente nos serviços CAPS, encontramos diversos

trabalhos científicos (CAMBUY; AMATUZZI, 2012; DIMENSTEIN, 2000; 2004; 2006; FERREIRA NETO, 2008; FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004; OLIVEIRA; CALDANA, 2016), que trazem importantes discussões acerca da necessidade de mudança na formação e o desenvolvimento para uma atuação menos tradicional e mais ampliada, na direção das considerações realizadas até aqui.

Nesse sentido, concordamos com os apontamentos da pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013) em âmbito nacional, sobre as práticas de psicólogos nos CAPS, a saber:

- A necessidade de desinstitucionalização da prática psicológica e sua ampliação e intervenção na cultura, lembrando que tal desinstitucionalização só poderá ocorrer por meio de mudanças nos cursos de formação e estratégias de educação permanente em saúde mental;
- A essencialidade do trabalho em rede em função da complexidade do cuidado no modelo de atenção psicossocial, considerando que tal complexidade do cuidado se dá em função da consideração da complexidade do humano.

No que se refere às práticas da Psicologia nos CAPS pesquisados, a partir dos relatos dos participantes é possível inferir que, além dos pontos ressaltados acima, os profissionais têm realizado de modo crescente ações e estratégias de clínica ampliada, mas que muitas vezes não se reconhecem em tais práticas, evidenciando que a identidade profissional do psicólogo ainda se atrela de modo significativo ao modelo clínico tradicional. A falta de identificação do psicólogo com o fazer psicossocial e a clínica ampliada, e a apropriação destas práticas como práticas psicológicas legítimas, resulta, em nossa opinião, tanto dos modelos de formação em psicologia – que vêm sofrendo um processo de transformação de forma heterogênea no país, quanto da falta de reflexão e diálogo entre os profissionais dos serviços de saúde mental na construção de suas práticas cotidianas, em função dos processos de trabalho e gestão já mencionados.

Em nosso entendimento, a proposta da clínica ampliada coloca um fim na oposição entre práticas clínicas e práticas psicossociais em

psicologia no contexto dos serviços de saúde mental. Tal proposta norteia e convida à composição/criação de práticas e estratégias de intervenção dentro de seus princípios

Não se deve perder de vista, dessa maneira, a discussão sobre a clínica, norteadas pelas idéias de Campos e Amaral (2007), com as quais concordamos, de que a ampliação mais importante da clínica tradicional para a clínica ampliada é a consideração de que as ações em saúde devem ser como foco a pessoa em sua integralidade, com suas necessidades e condições concretas de existência.

Além disso, outro norteador para a prática psicossocial de psicólogos e dos outros profissionais de saúde é a ampliação da finalidade do trabalho clínico para além da cura ou remoção de sintomas: a clínica poderá contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários, ou seja, para a ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede, em seu próprio território e com seus próprios recursos. Nesse sentido pensamos a clínica ampliada também na psicologia como potencializadora de protagonismo social, autonomia e invenção, trabalhando em rede para promover o encontro do usuário com suas redes.

Para finalizar, ressalta-se que para a construção- invenção de práticas inovadoras e efetivas nos serviços de saúde mental (ROTELLI, 2015), na psicologia e em todas as áreas da saúde, é evidente a necessidade de se desenvolver estratégias também inovadoras – “inventivas” em todas as instituições envolvidas nos processos de ensino (formação), de pesquisa (universidade) e de extensão (atuação/desenvolvimento profissional), envolvendo uma verdadeira articulação entre estas três áreas e considerando a complexidade da construção do conhecimento, da subjetividade humana e do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 3, p. 30-50, 2005.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
- CAMBUY, K.; AMATUZZI, M. M. Experiências comunitárias: repensando a clínica psicológica no SUS. *Psicologia e Sociedade*, v. 24, n. 3, p. 574-683, 2012.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Pesquisa de Opinião WHO: quem é o psicólogo brasileiro*. Ano 2001, Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/Pesquisa_WHO.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2011.

_____. *Referências técnicas para atuação de Psicólogas (os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*. Brasília, 2013. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/07/MIOLO_TECNICAS_DE_ATUACAO2.pdf>. Acesso em: 6 set. 2013.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, v. 5, n. 1, p. 95-121, 2000.

_____. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicologia, ciência e profissão*, v. 24, n. 4, p. 112-117, 2004.

_____. A prática dos psicólogos no Sistema Único de Saúde(SUS). In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Cartilha do I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS*, p. 08-16. Brasília, 2006.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 32, n. spe., p. 232-245, 2012.

FERREIRA NETO, J. L. Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo. *Psicologia e Sociedade*, v. 20, n. 1, p. 62-69. 2008.

FIGUEIREDO, V. V.; RODRIGUES, M. M. P. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*, v. 9, n. 2, p. 173-181, 2004

FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

MEZZINA, R. Paradigm Shift in Psychiatry: processes and Outcomes. In: RAMON, S.; WILLIAMS, J. E. *Mental Health at the Crossroads: the promise of the psychosocial Approach*. London: Ashgate, 2005. p. 81-93.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria GM/MS n. 3.088/2011*. Preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Brasília, 2011.

MORIN, E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

OLIVEIRA, T. T. S. S.; CALDANA, R. H. L. Psicologia e práticas psicossociais: Narrativas e concepções de psicólogos de Centros de Atenção Psicossocial. *Estudos interdisciplinares em Psicologia*, v. 7, n. 2, p. 02-21, 2016.

- OLIVEIRA-PEREIRA, T. T. S.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Mental (Barbacena)*, v. 9, n. 17, p. 523-536, 2011.
- PEREIRA, F. M.; PEREIRA NETO, A. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. *Psicologia em estudo*. v. 8, n. 2, p. 19-27, 2003.
- PESSOTTI, I. *A loucura e as épocas*. São Paulo: Editora 34, 1994.
- ROTELLI, F. *L'istituizione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*. Merano: Alpha Beta Verlag, 2015.
- SPINK, M. J. *Psicologia social e saúde: prática, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- YAMAMOTO, O. H. 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político? *Psicologia, ciência e profissão*, v. 32, n. espe., p. 6-17, 2012.
- YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, 2008.
- YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 99-112.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Topics in Mental Health*. Genebra, [s.d.]. Disponível em: <http://www.who.int/topics/mental_health/en/>. Acesso em: 3 jun. 2012.
- _____. *Mental Health Policy and Service Guidance Package: human resources and training in mental health*. Genebra, 2005.
- _____. *Collaborating centres: designation form*. Genebra, 2010. Disponível em: <http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/oms/Oms/OMS_designation_form.pdf>. Acesso em 4 jul. 2013.