

A EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA E EM SAÚDE MENTAL DO INDIVIDUAL PARA O COMUNITÁRIO*

Nicolau Tadeu Arcaro**
Nilce Pinheiro Mejias***
Universidade de São Paulo

RESUMO - O trabalho apresenta um breve histórico do movimento da assistência psicológica e da saúde mental no sentido de ampliação de suas propostas e linhas de atuação. Esse movimento, iniciado nos Estados Unidos e na Europa, com amplas repercussões no Brasil, caracteriza-se por uma alteração de enfoque dos problemas emocionais, que passam a ser vistos não apenas de um ponto de vista individual, mas ligados também a fatores sociais. Essa mudança vem associada, tanto no exterior como no Brasil, a uma preocupação muito maior com a assistência oferecida a populações carentes e com a elaboração de estratégias de intervenção mais diversificadas, flexíveis e de âmbito comunitário.

PROGRESS IN PSYCHOLOGICAL HELP AND MENTAL HEALTH: FROM THE INDIVIDUAL TO THE COMMUNITY

ABSTRACT - This paper presents a historical overview concerning some developments in the fields of psychology and mental health, which led to a widening of scope and modes of action in each of these fields. Such developments, which started in United States and Europe, with strong influence in Brazil, present certain characteristics such as change of focus concerning emotional problems, which started to be seen as social rather than individual, and greater concern about the assistance offered to low income population. These developments, emphasizing community action, also comprehend the elaboration of more diversified and flexible strategies of intervention.

A assistência psicológica, tradicionalmente orientada para a avaliação individual e a atuação psicoterapêutica em consultórios particulares está se voltando cada vez mais, nas últimas décadas, para ações de maior amplitude social, de âmbito comunitário. Nos Estados Unidos, segundo Kelly, Snowden e Muños (1977), tal processo vem ocorrendo sobretudo desde a Segunda Guerra Mundial, tendo-se intensificado a partir da década de 60. Essa nova tendência, que não é exclusiva da psicologia,

* Este artigo baseou-se na introdução da dissertação de mestrado do primeiro autor, realizada sob a orientação da segunda autora. Tal dissertação, intitulada "Caracterização de aspectos da clientela e sistema de atendimento de um ambulatório de saúde mental", foi apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em 1989.

** Endereço residencial: Rua Pamplona, 825, ap. 12, Jardim Paulista, São Paulo, SP, 01405.

*** Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Av. Prof. Mello Moraes, 1721, 05508, Butantã, São Paulo, SP.

mas abrange também toda a área da saúde mental, parece dever-se fundamentalmente ao reconhecimento da necessidade de se prestar uma melhor assistência aos estratos sócio-econômicos menos favorecidos da população - uma população menos acessível à assistência tradicional, quer por ser mais retratária a ela, quer por apresentar problemas que envolvam dificuldades de tratamento, ou quer, ainda, por despertar pouco interesse profissional. O reconhecimento da necessidade de tal assistência tem, ainda, em vista a ampla variedade e grande disseminação das problemáticas dos referidos estratos populacionais (Reiff, 1966). Além disso, leva em conta o fracasso dos modelos tradicionais em lidar com muitas delas, como a delinqüência juvenil, os problemas familiares multifacetados e a deficiência mental (Hersch, 1968).

Dentro dessa visão e em função de tais dificuldades, foi enfatizada a necessidade de se desenvolverem novas estratégias de atuação mais amplas, diversificadas e flexíveis. Nos Estados Unidos surgiu o *Programa de Saúde Mental Comunitária*, de âmbito nacional (Reiff, 1966). Tal programa estava vinculado a uma nova proposta de atuação na área, que tinha vários objetivos. Um primeiro, que tem gerado muitos planos de atuação e discussões, não só nos Estados Unidos como em outros países, era o de propiciar tratamento aos doentes mentais na própria comunidade a que pertenciam. Tal estratégia tinha em vista evitar o desligamento do paciente de seu ambiente social, decorrente do processo de hospitalização (Amiel, 1987; Belcher, 1987; Day, 1988; Godley, Sabin, McClure e outros, 1988; Gottlieb e Coppard, 1987; Honig, Radstoke, Ramme e Breuls, 1987; Paradis, 1987; Smith e Hobbs, 1966; Toews e Barnes, 1986). Outros objetivos importantes eram os de tornar os recursos da comunidade mais prontamente acessíveis a quem deles necessitasse, procurar meios para identificar mais precocemente as problemáticas, tornando o auxílio mais imediato e, portanto, mais efetivo, e ampliar os recursos comunitários que visassem a prevenção de distúrbios mentais (Smith e Hobbs, 1966). Outra proposta citada por esses autores foi a de que se parasse de construir grandes hospitais psiquiátricos e que se criassem serviços que afetassem o mínimo possível as relações sociais do paciente com sua comunidade. Dessa forma surgiu a idéia de implantação de centros de saúde mental comunitários e, mais especificamente nos Estados Unidos, grande quantidade de recursos orçamentários do governo foram destinados a este fim.

A partir de propostas como as acima mencionadas surgiram, em diversos países da América e da Europa, inúmeros programas de atuação em âmbito comunitário, abrangendo temas como participação comunitária, promoção de saúde a nível comunitário, assistência a idosos baseada na comunidade, promoção da integração entre vizinhos, desenvolvimento de grupos de auto-ajuda para diversos fins e programas de vários tipos preocupados com a promoção do desenvolvimento de crianças escolares e pré-escolares envolvendo, inclusive, treinamento de pais para esse fim.

A elaboração de programas, bem como as discussões que surgiram em torno das novas propostas, abrangem diversos aspectos.

Dois importantes aspectos apresentados pela literatura dizem respeito às características do papel do profissional e respectivas possibilidades de atuação dentro das referidas propostas. Autores como Cowen e colaboradores (Cowen, Door, Izzo, Madonia e Trost, 1971), Hersch (1968), Kelly (1977), Kelly e col. (1977), Rae-Grant (1988), Smith e Hobbs (1966) e Wolcon, Peterson e Gongla (198) parecem concordar no que se refere à ampliação do papel do profissional, tradicionalmente restrito a atividades com pacientes a nível individual ou de pequenos grupos. Tal ampliação vem se revelando, efetivamente, na forma de atividades de consultoria (por exemplo, Gonza-

les, 1986; Mam, 1986; Roberts e Thorsheim, 1986; Vincent, 1986; Wolcon e col., 1982), organização (por exemplo, Arango e Varela, 1988; Wollert, 1987), educação (por exemplo, Monteiro, 1988) e treinamento (por exemplo, Polirstok, 1987), junto a membros da comunidade ou setores de prestação de serviços como escolas, serviços de saúde mental, polícia, juizados de menores e programas de recreação.

Além disso, em seu novo papel, o profissional passou a desenvolver atuação preventiva e intervenções políticas e sociais embora, relativamente às últimas, não haja consenso sobre o papel social que o profissional devar assumir, como salienta Hersch(1968).

Vários autores ressaltam ainda a necessidade de o enfoque, no que se refere à caracterização dos problemas, passar de individual para social (Hersch, 1968; Kelley, 1977; Kelley e col., 1977; Reiff, 1966). Nesse sentido também pode-se incluir os trabalhos e discussões relacionados a variáveis ecológicas envolvidas na assistência (Gonzales, 1986; Kelly, 1977; Kelly, 1986; Mam, 1986; Polirstok, 1987, Vincent, 1986) e questões políticas relacionadas ao contexto de atuação (Hersch, 1968; Kelley e col., 1977; Reiff, 1966). Além do mais, salientou-se também a necessidade de se trabalhar com populações que apresentassem diferenças culturais e ideológicas com relação aos profissionais envolvidos na prestação de assistência (Kelly e col., 1977; Reiff, 1966). Tendo este fato em vista, Dressier (1987), por exemplo, realizou uma investigação sobre aspectos sócio-culturais e psicossociais de indivíduos de uma comunidade negra com sintomas depressivos, chegando à conclusão de que havia necessidade de elaborar um modelo de intervenção culturalmente apropriado. Também nesse sentido, Lorion (1974) discute dificuldades advindas do trabalho com clientela que apresenta tais diferenças com relação ao terapeuta, que se traduzem em sua atitude frente ao atendimento, bem como na atitude do terapeuta com relação à mesma. Um outro ponto ainda discutido, no tocante à necessidade de um enfoque social, diz respeito ao envolvimento da comunidade na prestação de serviços e tomada de decisões a seu respeito.

Já a atuação preventiva é a mais enfatizada, tendo em vista não só sua possibilidade de abrangência, em termos populacionais, como o fato de atacar problemas em seus primórdios, ou mesmo evitar sua ocorrência. Além do mais, a prevenção pode ser eficaz no combate a problemas que, se não forem evitados, são irremediáveis, como, por exemplo, o suicídio e doenças incuráveis. A estratégia preventiva aparece relacionada a ampla gama de problemáticas e emprega diversos recursos em sua implementação (cf. Amiel, 1987; Belcher, 1987; Dalgard, 1986; Diekstra, 1988; Dressier, 1987; Gonzales, 1986; Hiew e MacDonald, 1986; Mam, 1986; Price, Cowen, Lorion e Ramos McKay, 1989; Rae-Grant, 1988; Roberts e Thorsheim, 1986; Tableman, 1989; Vincent, 1986).

Dois outras formas de atuação que refletem a diversificação das atividades do profissional são o trabalho multidisciplinar (por exemplo, Paradis, 1987) e o emprego de paraprofissionais, que vem ocorrendo desde a década de 60 (por exemplo, Cowen e col., 1971; Godley e col., 1988). No caso dos paraprofissionais, tem-se em vista seu fácil acesso a determinadas camadas ou indivíduos de certas populações, bem como a possibilidade de uma maior amplitude na prestação de serviços, através de sua atuação.

É necessário ressaltar ainda que além da importância dessa nova visão, mais voltada para o aspecto social, na gênese das propostas de atuação e diversificação do papel do profissional, outro fator que contribuiu significativamente para a elabora-

ção de tais propostas foi a crescente preocupação com a falta de recursos humanos para fazer frente às necessidades de assistência (Hersch, 1968; Smith e Hobbs, 1966). Tal fator trouxe consigo a busca de modos de atuação que permitissem uma assistência o mais abrangente possível, valendo-se do mínimo de recursos profissionais necessários, o que fica bastante claro, por exemplo, em propostas como a de prevenção e de emprego de profissionais.

Ainda tendo em vista as novas propostas de atuação a nível comunitário, torna-se particularmente importante mencionar a necessidade, expressa por certos autores, de realização de pesquisas ligadas à avaliação das estratégias de intervenção (visando constatar efetivamente a validade de tais estratégias), bem como relacionadas à busca de um melhor e mais amplo entendimento sobre os distúrbios que constituem objeto dessa intervenção (Cowen e col., 1971; Smith e Hobbs, 1966; Wolcon e col., 1982). Como exemplos de trabalhos mais recentes envolvendo pesquisa, podem ser citados os de Belcher (1987), Dressier (1987), Godley e col. (1988), Gonzales (1986), Gottlieb e Coppard (1987), Hiew e MacDonald (1986), Polirstok (1987), Roales-Nieto (1988) e Roberts e Thorsheim (1986). Além disso, é importante considerar os estudos que, embora não consistam concretamente em trabalho de pesquisa, apresentam discussões sobre o tema (por exemplo, Bollini, Reich e Muscettola, 1988; Kelley e col., 1977; Kelly, 1986; Mam, 1986; Rae-Grant, 1988; Uchtenhagen, 1986).

Finalmente, também é importante mencionar que a proposta de mudança no papel do profissional acarretou a preocupação com a formação e treinamento necessários para que tal profissional assuma seu novo papel (por exemplo, Cowen e col., 1971; Elias, 1987; Kelly e col., 1977; Reiff, 1966; Smith e Hobbs, 1966; Wolcon e col., 1982). Nesse sentido, há descrições de programas de reciclagem e treinamento para que os profissionais possam assumir novos papéis, bem como discussões a respeito do papel da universidade e dos centros de atendimento na implementação de tais tipos de programa. Uma série de dificuldades envolvidas nessa tarefa têm sido também levantadas e discutidas, como as ligadas à mudança de práticas utilizadas há muito tempo e à manutenção do novo papel. Também tem sido discutidas dificuldades advindas da opção do profissional pelas práticas tradicionais e da ausência de mudanças, a nível institucional, necessárias para incentivar tanto a reestruturação do papel do profissional como a manutenção da mesma.

A evolução da assistência psicológica no Brasil

À semelhança do que ocorreu nos Estados Unidos e em outros países, vêm se observando, também no Brasil, algumas mudanças de perspectiva do mesmo gênero, embora pareçam ser mais modestas e vagarosas, tanto no tocante à psicologia como à saúde mental (cf. por exemplo, Vasconcelos, 1985; Infante, 1989). Também neste caso a principal preocupação é com a melhoria da assistência prestada à população de baixa renda.

Assim, pode-se encontrar aqui uma série de programas de atuação comunitária, como os de Abreu (1987), Carvalho (1985) e Landin e Lemgruber (1980), na assistência a populações de favelas; de Simon (1989), em assistência familiar a nível comunitário; de Infante, Gonçalves, Tatsch e Celestino (1988), envolvendo diversos tipos de atuação junto a comunidades carentes; de Rocha (1988), na assistência principalmente no que se refere à ocupação profissional, a mulheres de periferia; de Sampaio (1981), na modificação do comportamento de crianças de população de baixa renda;

de Siqueira e Casagrande (1986), na educação em saúde mental para adolescentes; e o de Winge e D'Avila Neto (1976), em trabalho de orientação psicopedagógica na comunidade. Vários destes trabalhos envolvem intervenções *in loco*, do próprio ambiente de moradia das pessoas atendidas, como forma de facilitar seu acesso à assistência, bem como de obter um conhecimento mais íntimo a seu respeito (Abreu, 1987; Carvalho, 1985; Landin e Lemgruber, 1980; Rocha, 1988; Sampaio, 1981, Simon, 1989; Siqueira e Casagrande, 1986).

Concomitantemente à realização de tais programas, surgiu o interesse em ampliar a formação do profissional, que continua predominantemente vinculado ao papel e modo de atuação tradicionais, conforme muito bem expõe Mello (1978) com relação à psicologia. Como exemplos de trabalhos que revelam esta preocupação pode-se citar os de Carvalho (1985), Figueiredo e Schivinger (1981), Silva (1988) e Winge e D'Avila Neto (1976), no campo da psicologia, e Infante e col. (1988), no campo da psiquiatria, todos ligados ao atendimento a populações de baixa renda. Nesses trabalhos discute-se, entre outras coisas, o papel social que o profissional precisa assumir frente à realidade do país, onde a maioria da população é carente e não tem acesso a formas de assistência tradicional como a psicoterapia, por exemplo. Dentro da psicologia, Arcaro (1989), Carvalho (1985), Silva (1988) e Winge e D'Avila Neto (1976) também abordam, mais especificamente, a questão do papel fundamental da universidade, nesse sentido. A universidade, através dos cursos de graduação, deveria oferecer maiores oportunidades aos alunos para entrarem em contato com experiências que lhes propiciassem maior familiaridade com uma atuação junto a populações de baixa renda e em âmbito comunitário. Este fato é de especial importância uma vez que, ao que tudo indica, as limitações da formação universitária e seu distanciamento da realidade social parecem ser os principais fatores relacionados à falta de preparo dos profissionais em lidar com tal realidade, apegando-se a formas de atuação tradicionais (cf. Arcaro, 1989).

Relativamente aos procedimentos de atuação, Bezerra Jr. (1989), Costa (1989) e Figueiredo e Schivinger (1981) salientam também a inadequação dos procedimentos mais tradicionais no atendimento de populações de baixa renda, uma vez que foram elaborados a partir de trabalhos realizados com estratos sócio-econômicos de renda média e alta, que apresentam características culturais, visão ideológica, atitudes frente ao tratamento e, enfim, problemáticas diferentes. Considerando essa inadequação, tais autores mostram-se preocupados inclusive com a formulação de métodos de psicoterapia mais adequados às referidas populações (ver também, Gofs, 1985).

Além disso, são abordadas na literatura brasileira outras modalidades de assistência, como a atuação multidisciplinar (Iencarelli Filho e Alvarenga, 1987; Infante e col., 1988; Rocha, 1988), prevenção (Gofs, 1985; Simon, 1989; Siqueira e Casagrande, 1986), educação junto à comunidade (Rocha, 1988; Siqueira e Casagrande, 1986) e consultoria (Eizirik, 1986; Mejias, 1973).

Cabe acrescentar, ainda, que a preocupação dos autores relativamente às populações de baixa renda não tem se limitado a intervenções de âmbito mais propriamente comunitário, mas se estende à assistência institucional. Esse é o caso de Arcaro (1989), a respeito do atendimento em ambulatório de saúde mental; Silva (1988), que discute o atendimento vinculado a unidades básicas de assistência a saúde (centro de saúde); Eizirik (1986) e Mejias (1987), a respeito de trabalho em escola; Figueiredo e Schivinger (1981) e Winge e D'Avila Neto (1976), no atendimento em clínica-escola de faculdade de psicologia; Carvalho (1979) e Moysés (1986), sobre meno-

res institucionalizados; Jubelini (1982) e Santos (1987), sobre psicodiagnóstico grupai de crianças em instituição de atendimento psicológico e Serpa Jr., Rodrigues, Carvalho e Silva. (1988), sobre o atendimento de pacientes em enfermarias e ambulatórios de hospitais públicos.

E digna de nota, também, a preocupação que transparece no trabalho de certos autores (Carvalho, 1985; Silva, 1988; Winge e D'Ávila Neto, 1976) com a pesquisa ligada à avaliação das estratégias alternativas de atuação, bem como com relação a um conhecimento mais minucioso sobre as características e circunstâncias de vida das populações carentes. Exemplos de trabalhos cujo objetivo básico foi a pesquisa sobre estratégias de intervenção alternativas são os já citados estudos de Abreu (1987), Carvalho (1985), Moysés (1986) e Sampaio (1981). Pode-se mencionar ainda alguns trabalhos que se preocuparam com a avaliação das práticas neles utilizadas (Campos, 1988; Rocha, 1988; Santos, 1987), muito embora tal avaliação tenha se limitado a discussões e reflexões sobre os resultados obtidos, não envolvendo procedimentos sistemáticos.

Finalmente, é importante mencionar alguns estudos que embora não estejam diretamente vinculados à preocupação com a assistência a populações carentes, constituem subsídios importantes para a elaboração de novas estratégias de atuação. Sua importância, nesse sentido, reside no fato de estarem voltados para o aumento do conhecimento sobre as características e situações de vida das populações carentes. Nesta linha de investigação inserem-se trabalhos como os de Flores (1984), Iencarelli Filho e Alvarenga (1987) e Montoya (1983), sobre aspectos psicológicos de crianças de baixa renda; Arruda (1985) e Smith (1985), a respeito de concepções que populações de baixa renda têm sobre saúde; Carvalho (1981), Maia (1987) e Mello (1985) sobre circunstâncias relacionadas ao trabalho de pessoas de baixa renda; Chaia (1987) e Gonçalves (1987), sobre situações relativas à vida de população negra; Arcaro e Stibulov (1985), Estevão e Bichuette (1985) e Mejias, Piccinelli e Felice (1985), sobre a possibilidade de uso, de forma convencional ou não, de alguns testes psicológicos para avaliar características de população de baixa renda, e Arcaro (1989) e Mari (1987), sobre características de pacientes de centros de atendimento a população de baixa renda.

Mudanças nas políticas governamentais relativas à assistência em saúde mental

A mudança de ótica no campo assistencial, no Brasil, também se estendeu à política do governo ligada à assistência em saúde mental, sofrendo influência, ao que parece, de noções mais modernas da psiquiatria comunitária norte-americana (cf. Vaissman, 1989). Para melhor caracterizar a situação gerada por esta nova visão parece interessante, além de descrever as novas propostas que surgiram na área, e a medida em que vêm sendo postas em prática, apresentar um breve histórico das medidas político-administrativas de que foram fruto.

De acordo com Paim (1983), o final da década de 70 e início da de 80 foram marcados por propostas de reorganização do setor de assistência à saúde, decorrentes de sua ineficácia frente às necessidades da população. Tal ineficácia caracterizou-se, segundo o mesmo autor, pelo alcance restrito do setor e os altos custos dos serviços prestados, por serem baseados no modelo médico-hospitalar. Este quadro viu-se salientado frente à falência do "milagre econômico" brasileiro, à perda de legitimidade do regime autoritário então em vigor, e ao renascimento dos movimentos so-

ciais populares. Sendo assim, surgiu um movimento de oposição às políticas de saúde arbitrárias e privatizantes, que acabou levando o governo a procurar reformular sua propostas. Ainda de acordo com o mesmo autor, a primeira expressão maior de tal reformulação foi o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE, anunciado em 1980. Conforme explica Paim, tal programa tinha, em suas diretrizes fundamentais, a responsabilidade pública pelos serviços básicos e o controle do sistema global, a descentralização do poder decisório, a regionalização da oferta de serviços e a participação comunitária. Tais alterações foram recebidas com entusiasmo por segmentos progressistas da política de saúde. Suas diretrizes, entretanto, ameaçavam interesses particulares de setores do próprio governo, articulados com empresários médicos, o que acabou determinando o abandono do plano. Não obstante, a eclosão de uma crise na previdência social passou a exigir reformulações na política de saúde, em termos de aumentar sua eficiência e diminuir seus custos, fato que acarretou uma reacomodação dos interesses em jogo e a efetivação de novas propostas importantes. Foi então criado, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária - CONASP, que sugeriu mudanças significativas na área. Apesar de resistências por parte do empresariado médico, foi então aprovado o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, mais conhecido como *Plano do Conasp*. Tal plano defendia uma política mais abrangente de racionalização e organização da assistência na área de saúde e destacava, entre seus princípios básicos, a *prioridade às ações primárias e ênfase na assistência ambulatorial, a integração entre as instituições federal, estadual e municipal num sistema regionalizado e hierarquizado e a administração descentralizada de recursos* (Paim, 1983, p. 13).

Não obstante as críticas feitas ao CONASP, no sentido de ser autoritário, não contando com uma adequada participação de todas as facções interessadas na área em questão (Paim, 1983), suas propostas básicas parecem bastante válidas, podendo gerar resultados, caso sejam bem conduzidas. De fato, têm sido feitos esforços nesse sentido, embora os resultados ainda sejam limitados e incertos. Considerando-se, entretanto, as mudanças ocorridas no país, com o advento de um regime político menos autoritário e menos voltado ao interesse de uma elite dominante, é de se esperar que tais esforços tenham continuidade, apesar dos sérios obstáculos a serem ainda enfrentados.

Coerente com suas propostas globais o CONASP, com a colaboração de alguns outros órgãos, como a Divisão Nacional de Saúde Mental, formulou propostas específicas para a área de saúde mental que constituíram o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social [INAMPS], 1983).

O documento apresentado pelo CONASP começava por realçar a "gravidade do problema da doença mental" (INAMPS, 1983, p. 9) apontando para o fato de que nos últimos tempos sua incidência fora a que mais se elevava dentre as enfermidades em geral, segundo a Organização Mundial de Saúde. Apontava, entre as principais causas para a alta prevalência desse tipo de distúrbio (estimada em 10% da população brasileira), fatores de ordem social e econômica, tendo em vista a precariedade das condições de vida da maioria da população. Nesse sentido, defendia uma visão multifacetada do fenômeno por ele chamado de doença mental, salientando o papel de fatores familiares e sócio-culturais, além dos de ordem individual. Estes pontos foram também realçados em propostas específicas da Divisão Nacional de Saúde Mental

(Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental, 1982).

Com base nessa visão do problema, elaborou-se uma proposta que enfatizava, em primeiro lugar, a integração das atuações no setor de saúde mental e as ações de saúde pública de âmbito mais geral, visando um maior alcance do atendimento à população, e tendo em vista que os problemas de saúde física e os de ordem emocional muitas vezes não ocorrem de maneira isolada. Essa proposta salientava ainda a importância da ação dirigida por equipe multiprofissional, que deveria lidar com o problema considerando, simultaneamente, seus diferentes níveis e complexidade de fatores. Além disso, a proposta expressava uma preocupação em promover a saúde mental segundo uma política preventiva, e não apenas remediativa, e criticava duramente a política de hospitalização, no sentido de favorecer a cronificação dos distúrbios bem como de ser muito onerosa em termos financeiros. Sendo assim, a hospitalização foi apresentada como último recurso, com a recomendação para que se procurasse, ao máximo, assistir o indivíduo através de meios extra-hospitalares, sem separá-lo de seu ambiente sócio-familiar. Nesse sentido, recomendava-se ainda que se buscasse, pelo contrário, a utilização de estratégias que integrassem a família ao tratamento, como ações de apoio, orientação e terapêutica familiar. Dessa forma, expressava-se uma tentativa de superar um modelo estritamente hospitalar e psiquiátrico, passando para um que privilegiava a "visão do paciente dentro de seu contexto familiar e sócio-cultural" (INAMPS, 1983, p. 14), e que procurava "empregar os vários recursos e técnicas diagnóstico-terapêuticas disponíveis, com a conseqüente e necessária utilização de equipe multiprofissional" (INAMPS, 1983, p. 14), conquanto a psiquiatria clínica ainda fosse vista como um dos principais recursos de tratamento.

Outro ponto de interesse é a recomendação no sentido de que, no trabalho multidisciplinar, tanto grupai como individualizado, se procurasse utilizar ao máximo os recursos da equipe. Assim, foi proposto pela Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (1982,1983), que se superasse o uso de fármacos como tratamento quase exclusivo e que se instituisse a psicoterapia como modalidade de atendimento, associada ou não a outros procedimentos, procurando-se resgatar também a eficácia terapêutica das ações de apoio e orientação.

Como forma de viabilizar essas propostas foram anunciadas medidas administrativas concretas, visando, entre outras coisas:

- o desenvolvimento de uma rede de recursos extra-hospitalares, com a colocação de equipes de saúde mental na rede básica de serviços de saúde, reforço e ampliação da rede ambulatorial, bem como de outros recursos tais quais hospitais-dia, hospitais-noite, pensões e oficinas protegidas;
- promoção de uma política de capacitação de pessoal através de atividades de supervisão, cursos específicos para a área de atuação abrangida e a busca de uma integração com recursos das universidades;
- incentivo à atividade de pesquisa sobre a incidência e características dos distúrbios apresentados pela população, como também sobre métodos de atuação, na busca de aperfeiçoamento do sistema de atendimento.

Essas medidas já começaram a ser implementadas de forma gradativa. No Estado de São Paulo, por exemplo, foram instituídas equipes de saúde mental formadas por psiquiatra, psicólogo e assistente social, em várias unidades da rede básica. O número de ambulatórios foi ampliado de 11 para 21, na Grande São Paulo (Ferraz e Moraes, 1985). Além disso, procurou-se dar maior eficiência aos serviços dos ambulatórios

mais antigos, através de uma reorganização dos trabalhos, de acordo com as referidas propostas de atendimento.

Outro fato observado foi uma efetiva reorientação das estratégias de assistência no sentido de se dar maior importância às atividades de cunho psicoterapêutico, que passaram a constituir uma das bases fundamentais do sistema de atendimento. Sendo assim, o espaço de atuação do psicólogo, mais especificamente do psicólogo clínico, foi bastante ampliado e elevou-se seu prestígio, uma vez que este profissional é o principal responsável pela implementação de atividades desse gênero. Além disso, o modelo de atendimento do trabalho multidisciplinar parece, no novo sistema de atendimento, basear-se mais numa visão psicológica, complementada por algumas noções importantes a nível de fenômenos sociais.

É importante salientar, porém, que a ampliação da rede assistencial é ainda muito pequena em face das necessidades da população e que existem dificuldades na integração das equipes de saúde mental na rede básica de serviços (cf. Silva, 1988). Também é preciso ressaltar que praticamente todos os ambulatórios trabalham com precariedade de recursos, suas equipes são incompletas e os funcionários mal remunerados, o que leva a uma rotatividade no preenchimento dos cargos e conseqüente dificuldade no entrosamento das equipes¹. Além do mais, existem pressões por parte de instâncias administrativas superiores, como a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, por exemplo, no sentido de priorizar o aspecto quantitativo do atendimento, o que dificulta a melhoria da qualidade dos serviços.

Com relação às atividades de formação de pessoal, ainda em São Paulo, foram colocados supervisores institucionais e de programas de atendimento trabalhando na rede, sendo também oferecidos alguns cursos de extensão, frutos de alianças com instituições de orientação mais progressista, como a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, a Escola Paulista de Medicina e outros (cf. Ferraz e Moraes, 1985). Entretanto, também neste caso os recursos oferecidos têm sido bastante limitados, sendo insuficiente o número de supervisores e os cursos bastante restritos em sua diversidade, amplitude de propostas e número de vagas. Acrescenta-se a isto o fato de que os programas de ensino das universidades são insatisfatórios no sentido de formar profissionais habilitados para trabalhar nessa área, e poder-se-á avaliar as dificuldades da situação.

É importante mencionar também que as atividades de pesquisa parecem estar recebendo muito pouca atenção. O conhecimento adquirido na área provém, quase exclusivamente, de experiências da atuação profissional sendo, assim, exploratório e bastante limitado. Os estudos sistemáticos e mais abrangentes (por exemplo, Arcaro, 1989; Mari, 1987; Silva, 1988) são ainda escassos, em vista das necessidades da área.

Além dos fatores negativos acima expostos houve ainda, em 1987, no Ministério da Saúde, um recuo das "forças progressistas" (Vaissman, 1989), o que prejudicou a continuidade de implantação das novas propostas. No mesmo ano, em São

1. Com relação ao aspecto salarial é importante mencionar ainda que, embora seja enfatizado o trabalho multiprofissional onde, teoricamente, todos os profissionais possuem responsabilidades e valor equivalentes, o fato concreto é que o psiquiatra continua a receber um salário muito maior que o pago aos outros profissionais universitários (por volta de 150% a mais, segundo dados de 1988 da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo), numa política salarial que parece um tanto quanto contraditória com o papel atribuído, a nível das propostas, aos diferentes profissionais.

Paulo, com a mudança do governo estadual, voltou a prevalecer, a nível de Secretaria da Saúde, uma visão mais medicalista com relação à saúde mental, o que se constituiu em mais um sério obstáculo à continuidade do desenvolvimento das novas estratégias de atuação. Um outro fator que também comprometeu, embora de maneira indireta, a viabilização dessas novas estratégias, em São Paulo, foi a mudança administrativa ocorrida entre fins de 1986 e início de 1987, que instituiu os Escritórios Regionais de Saúde - ERSAS. Tal mudança estava formalmente em coerência com a já citada proposta de descentralização e regionalização administrativa, uma vez que os ERSAS consistem em pólos regionais de administração, que antes ficava exclusivamente centralizada na Secretaria da Saúde. Entretanto, com a implantação dos ERSAS foi extinta a Coordenadoria de Saúde Mental, que era o órgão que administrava, a nível da Secretaria de Saúde, esta área. Com sua extinção os serviços de saúde mental viram-se, em certa medida, desintegrados uns dos outros, o que trouxe desorganização à área e conseqüente dificuldade na continuidade da articulação das novas propostas.

Por fim, parece necessário ressaltar que embora a visão proposta com relação ao fenômeno da *doença mental* atribua importância fundamental aos fatores familiares e sócio-culturais, conforme já mencionado, nas prescrições práticas que surgiram em decorrência dessa nova visão tais fatores não parecem, ainda, estar recebendo a devida atenção. Dessa forma, não obstante terem-se articulado atividades de acompanhamento de indivíduos da família de certos pacientes (como pais ou pessoas responsáveis pelas crianças, deficientes mentais e psicóticos), tais atividades parecem carecer da profundidade e abrangência necessárias a um tratamento realmente consistente de fatores de ordem familiar. No tocante à situação social mais ampla em que se insere o paciente, as limitações do atendimento são ainda maiores, sendo que raramente tal situação é trabalhada diretamente, embora os profissionais procurem ter em mente sua influência sobre a problemática apresentada. Desse modo, a mudança de postura que efetivamente ocorreu consistiu na ampliação de uma visão de caráter mais estritamente médico, com ênfase no tratamento através de psicofármacos, para uma visão também baseada no psicológico, com maior ênfase no tratamento psicoterapêutico e atividades de orientação e apoio. Sendo assim, esta nova prática mantém os fatores individuais como principais pontos de referência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exposto nas páginas anteriores demonstra haver uma série de pontos em comum entre mudanças que vêm ocorrendo na assistência psicológica e em saúde mental no exterior e no Brasil. Tal fato parece indicar a existência de um movimento geral, que norteia a evolução da assistência nas referidas áreas. Este movimento iniciou-se no exterior, principalmente nos Estados Unidos (onde surgiram as primeiras preocupações nesse sentido). Apareceu, posteriormente, no Brasil, e começa também a ser assimilado pela saúde mental do serviço público nacional.

Parece destacar-se, fundamentalmente, uma preocupação geral com a melhoria da assistência oferecida às populações carentes, com a necessidade de tornar essa assistência mais acessível e adequada que a tradicionalmente oferecida. Nesse sentido, há um esforço generalizado na busca de estratégias de atuação que sejam mais abrangentes, tanto no referente a possibilitarem a assistência a um maior número de

pessoas, como no que diz respeito a lidarem com as múltiplas facetas das problemáticas apresentadas por tais pessoas. Associado a este esforço está o reconhecimento da necessidade de o enfoque, tanto na análise dos problemas como com relação à intervenção, deixar de se restringir ao nível individual, abrangendo também o social.

Dentre as características deste movimento destacam-se, primeiramente, os esforços que têm sido feitos pela saúde mental, tanto no exterior como no Brasil, em evitar a hospitalização dos doentes mentais. Tal estratégia é vista como um último recurso de tratamento, uma vez que é considerada perniciosa por alienar o indivíduo de seu ambiente social. Também têm surgido uma série de programas de atuação comunitária, com objetivos variados, bem como a preocupação em adequar a assistência institucional às populações de baixa renda. Dentre as possibilidades de atuação discutidas e empregadas destacam-se a prevenção, o trabalho multidisciplinar, a educação comunitária, atividades de consultoria e o emprego de paraprofissionais.

Além disso, tendo em vista a adequação dos procedimentos de atuação, parece ser geral a preocupação com um conhecimento mais íntimo das características e necessidades das populações assistidas. Esta preocupação advém do reconhecimento de que tais populações apresentam peculiaridades que as diferenciam, em certos aspectos, das do meio social de que provêm os profissionais e a clientela cujo atendimento fundamentou a elaboração dos modelos tradicionais de trabalho.

Tem sido salientada, também, a necessidade de ampliação do papel do profissional, de forma a abranger as atividades exigidas pelas novas propostas de atuação. Decorrente desta necessidade, bem como da referente a um maior conhecimento sobre as populações atendidas surgiu, ainda, a preocupação com a formação dos profissionais, de forma a torná-la mais ampla e coerente com as novas propostas de atuação. O papel da universidade vem sendo bastante discutido com relação a este ponto.

É importante mencionar, ainda, a preocupação generalizada com as atividades de pesquisa e avaliação, de forma a possibilitarem um maior conhecimento das referidas populações, a formulação de novos métodos de intervenção e a verificação da eficácia de tais métodos.

Finalmente, a título de encerramento, deve-se ressaltar que as mudanças, tanto em termos de concepção como de modos de atuação, abordadas neste trabalho, vêm se solidificando e tornando-se cada vez mais generalizadas. Sendo assim, não parecem constituir-se num modismo de uma época, mas num passo definitivo na evolução da assistência psicológica e da saúde mental.

REFERÊNCIAS*

Abreu, J. L. C. (1987). *A psicologia e a promoção do bem estar humano: O controle dos resíduos sólidos*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 84 p.

* Nota do Editor Diversas obras referidas foram consultadas no *Psychological Abstracts* devido a dificuldade de acesso. A referência à obra original visa facilitar a identificação e o acesso às mesmas.

- Amiel, R. (1987). From community psychiatry to mental health through occupational psychopathology. *European Journal of Psychiatry*, 1 (2), 27-31.
- Arango, C, & Varela, M. Z. (1988). Una mano lava a otra y las dos lavan la cara: Analisis psicologico del comportamiento participativo en una comunidad del litoral pacifico. *Boletin de la Association Venezolana de Psicologia Social*, 11 (3), 29-41.
- Arcaro, N. T. (1989). *Caracterização de aspectos da clientela e sistema de atendimento em um ambulatório de saúde mental*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 189 p.
- Arcaro, N. T., & Stirbulov, S. S. L. (1985). O Teste Metropolitano e sua adequação a crianças de baixo nível sócio-econômico. *Boletim de Psicologia*, 35(84), 14-53.
- Arruda, A. M. S. (1985). A representação social da saúde num bairro de baixa renda de Campina Grande, Paraíba. *Revista de Psicologia*, 3(1), 49-61.
- Belcher, J. R. (1987). Adult foster care: An alternative to homelessness for some chronically mentally ill persons. *Adult Foster Care Journal*, 1 (4), 212-225.
- Bezerra Jr., B. C (1989). Uma encruzilhada cultural: entre o espiritual e o nervoso. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 9(2), 7-8.
- Bollini, P., Reich, M., & Muscettola, G. (1988). Revision of the Italian psychiatric reform: North/South differences and future strategies. *Social Science and Medicine*, 27(12), 1327-1335.
- Campos, E. P. (1988). Psicoterapia em instituição: relato de uma experiência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 37(5), 271-274.
- Carvalho, A. A. (1979). *Planejamento de condições ambientais para produzir mudanças de comportamento*. Tese de Doutorado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 188 p.
- Carvalho, M. C. C. (1985). *Análise de condições para implantação e desenvolvimento de programas com populações de baixa renda por instituições presentes na comunidade*. Tese de Doutorado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 412 p.
- Carvalho, M. C. R. G. (1981). *A fábrica: aspectos psicológicos na linha de montagem*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 114 p.
- Chaia, M. W. (1987). Negro, mercado de trabalho e educação na Grande São Paulo. *Cadernos de Pesquisa*, 63, 17-18.
- Costa, J. F. (1989). Como se constroi a subjetividade das classes populares? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 9(2), 6-7.
- Cowen, E. L, Dorr, D., Izzo, L. D., Madonia, A., & Trost, M. A. (1971). The primary mental health project: A new way to conceptualize and deliver school mental health service. *Psychology in the Schools*, 8(3), 216-225.
- Dalgard, O. S. (1986). Epidemiology as basis for preventive intervention. *Acta Psychiatrica Bélgica*, 86(A), 470-475.
- Day, K. (1988). Services for psychiatrically disordered mentally handicapped adults: A U. K. perspective. *Australia & New Zeland Journal of Developmental Disabilities*, 14(1), 19-25.

- Diekstra, R. F. (1988). Toward a comprehensive strategy for the prevention of suicidal behavior. A summary of recommendations of national task forces. *Crisis*, 9(2), 119-129.
- Dressier, W. W. (1987). The stress process in a southern Black community. Implications for prevention research. *Human Organization*, 46(3), 211-220.
- Eizirik, M. F. (1986). Uma experiência de consultoria em uma organização escolar. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 38(2), 178-185.
- Elias M. J. (1987). Improving the continuity between undergraduate psychology and graduate community psychology: Analysis and case study. *Journal of Community Psychology*, 15(3), 376-386.
- Estevão, R., & Bichuette, M. Z. (1985). Aplicação do Inventário de Personalidade de Jesness em adolescentes delinquentes e não-delinquentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 38(4), 48-55.
- Ferraz, M. P. T., & Morais, M. F. L. (1985). Política de Saúde Mental: revisão dos dois últimos anos. *Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo*, 45, 11-22.
- Figueiredo, M. C., & Schivinger, A. A. (1981). Estratégias de atendimento psicológico-institucional a uma população carente. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 33(3), 46-57.
- Flores, T. M. V. (1984). *Relações entre graus nutricionais de crianças de periferia e níveis cognitivos alcançados em provas de Piaget sobre a contradição*. Tese de Doutorado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 187 p.
- Godley, S. H., Sabin, M. C., McClure, C., Smerken, M., & outros. (1988). Paid friends for frequent recidivists: An evolution of a multifaceted community aide program. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (3), 29-39.
- Gofs, C. W. L. (1985). O "paciente" pobre. *Revista de Psicologia de Fortaleza*, 3(1), 83-88.
- Gonçalves, L. A. O. (1987). Reflexão sobre a particularidade cultural na educação das crianças negras. *Cadernos de Pesquisa*, 63, 27-29.
- Gonzales, L. R. (1986). A community service for a rural high school. *Prevention in Human Services*, 4(3-4), 37-71.
- Gottlieb, B. H., & Coppard, A. E. (1987). Using social network therapy to create support systems for the chronically mentally disabled. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6(2), 117-131.
- Hersch, C. (1968). The discontent explosion in mental health. *American Psychologist*, 23, 7-12.
- Hiew, C. C., & MacDonald, G. (1986). Delinquency prevention through promoting social competence in adolescents. *Canadian Journal of Criminology*, 28(3), 291-302.
- Honig, A., Radstake, S., Romme, M. A., & Breuls, M. G. (1987). Problem analysis: An instrument of rehabilitation of chronic psychiatric patients in the community. *International Journal of Social Psychiatry*, 33(4), 303-311.

- lencarelli Filho, J., & Alvarenga, K. M. P. (1987). O perfil psicopatológico dos menores atendidos no ambulatório do Serviço de Saúde Mental do Hospital Central da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) - Rio de Janeiro/1981, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36(5), 279-284.
- Infante, R. (1989). Cultura, subjetividade e política comunitária - Novas perspectivas de interdisciplinaridade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38(3), 138-142.
- Infante, R., Gonçalves, L. M. R., Tatsch, C. R., & Celestino, J. (1988). Projeto Comunitário Rio Zona-Sul (Campus Praia Vermelha - UFRJ). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 37(6), 327-329.
- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS - 1983). *Programa de reorientação da assistência psiquiátrica*. Manuscrito não publicado.
- Jubelini, S. R. (1982). Psicodiagnóstico grupai. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 34(2), 16-27.
- Kelly, J. G. (1977). Psychological constraints in mental health services. *American Psychologist*, 21, 535-539.
- Kelly, J. G. (1986). Context and process: An ecological view of the interdependence of practice and research. *American Journal of Community Psychology*, 14(6), 581-589.
- Kelly, J. G., Snowden, L. R., & Muñoz, R. F. (1977). Social and community interventions. *Annual Review of Psychology*, 28, 323-361.
- Landin, R., & Lemgruber, V. (1980). O trabalho do psicólogo na favela. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 32(1), 67-73.
- Lorion, R. P. (1974). Patient and therapist variables in the treatment of low-income patients. *Psychological Bulletin*, 81(6), 344-354.
- Mafa, M. L. S. (1987). O controle do espaço e do tempo feminino na fábrica. *Cadernos do Centro de Filosofia e Ciências Humanas*, 13,3-24.
- Mam, P. A. (1986). Prevention of child abuse: Two contrasting social support services. *Prevention in Human Services*, 4(3-4), 73-111.
- Mari, J. J. (1987). Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of São Paulo: Issues on the medical health of the urban poor. *Social Psychiatry*, 22,129-138.
- Mejias, N. P. (1973). *Modificação de comportamento em situação escolar*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Mejias, N. P. (1987). Um serviço de atendimento à comunidade como programa suplementar em curso de psicologia. *Boletim de Psicologia*, 37 (86), 45-50.
- Mejias, N. P., Piccinelli, L. M., & Felice, Z. P. (1985). O problema da avaliação e o risco de repetência: Uma investigação com o WISC - Escala Wechsler de Inteligência para Crianças. *Boletim de Psicologia*, 35(84), 30-43.
- Mello, S. L. (1978). *Psicologia e Profissão em São Paulo*. São Paulo: Editora Ática.
- Mello, S. L. (1985). *A sobrevivência no campo e na cidade segundo relatos de mulheres da periferia*. Tese de Livre Docência. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 319 p.
- Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. (1982). *Saúde mental em saúde pública*. Manuscrito não publicado.

- Monteiro, M. (1988). Alcance y roles de la psicología comunitária en Venezuela. *Boletín de la Asociación Venezolana de Psicología Social*, 11(3), 3-7.
- Montoya, A. O. D. (1983). *De que modo o meio social influi no desenvolvimento cognitivo da criança marginalizada?* Dissertação de Mestrado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 159 p.
- Moysés, L. M. M. (1986). Mudança da auto-estima em menores institucionalizados. *Boletim da Associação Estadual de Psicopedagogos*, 5(10), 10-26.
- Paim, J. S. (1983). As políticas de saúde e a conjuntura atual. *Saúde em Debate*, 15-16, 8-15.
- Paradis, B. A. (1987). An integrated team approach to community mental health. *Social Work*, 32(2), 101-104.
- Polirstok, S. R. (1987). Ecological effects of home based, school-based, and community-based training of parents of children with learning and behavior problems. *International Journal of Rehabilitation Research*, 70(3), 293-301.
- Price, L. H., Cowen, E. L., Lorion, R. P., & Ramos-McKay, J. (1989). The search for effective prevention programs: What we learned along the way. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 49-58.
- Rae-Grant, N. I. (1988). Primary prevention: Implications for the child psychiatrist. *Canadian Journal of psychiatry*, 33(6), 433-442.
- Reiff, R. (1966). Mental health manpower and institutional change. *American Psychologist*, 21, 540-548.
- Roales-Nieto, J. G. (1988). A behavioral community program for litter control. *Journal of Community Psychology*, 16(2), 107-118.
- Roberts, B. B., & Thorsheim, H. I. (1986). A partnership approach to consultation: The process and results of a major primary prevention field experiment. *Prevention in Human Services*, 4(3-4), 151-186.
- Rocha, M. R. (1988). Programa de geração de renda com mulheres da periferia de Salvador. *Cadernos de Pesquisa*, 65, 86-88.
- Sampaio, D. S. (1981). *Modificação do comportamento de crianças, em condições naturais, com população de baixa renda*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 133 p.
- Santos, M. A. (1987). O psicodiagnóstico infantil em grupo: uma experiência em instituição. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 39(2), 3-17.
- São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. (1982/83). Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de saúde mental. *Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo*, 43, 1-42.
- Serpa, Jr., O. D., Rodrigues, C. E., Carvalho, M. C. A., & Silva Filho, J. F. (1988). Processo terapêutico, comunicação e classe social. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 37(2), 87-92.
- Silva, R. C (1988). *O trabalho do psicólogo em centros de saúde: Algumas reflexões sobre as funções da psicologia na atenção primária à saúde*. Tese de Doutorado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 335 p.
- Simon, R. (1989). Psicoterapia preventiva da família. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 9(2), 16-18.

- Siqueira, M. M., & Casagrande, L. D. R. (1986). Proposta de educação em saúde mental para adolescentes, numa abordagem sistêmica. *Tecnologia Educacional*, 15(70), 57-61.
- Smith, L. E. I. A. (1985). *Relação entre saber popular e saber acadêmico na área de saúde: um estudo de migrantes nordestinos numa favela de São Paulo*. São Paulo, 489 p. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Smith, M. B., & Hobbs, N. (1966). The community and the community mental health center. *American Psychologist*, 21, 499-509.
- Tableman, B. (1989). Installing prevention programming in the public mental health system. *American Journal of Community Psychology*, 17(2), 171-183.
- Toews, J., & Barnes, C. (1986). The chronic mental patient and community psychiatry: A system in trouble. *Canada's Mental Health*, 34(2), 2-7.
- Uchtenhagen, A. (1986). Evaluation of community services. *Acta Psychiatrica Bélgica*, 86(A), 350-361.
- Vaissman, M. (1989). A responsabilidade da previdência social na área da saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38(3), 129-132.
- Vasconcelos, E. M. (1985). *O que é psicologia comunitária*. São Paulo: Brasiliense.
- Vincent, T. A. (1986). Two into one: An ecological perspective on school consolidation. *Prevention in Human Services*, 4 (3-4), 113-149.
- Winge, M. S., & D'Avila Neto, M. I. (1976). Desenvolvimento de um programa de psicologia preventiva na comunidade: uma experiência de ensino na Universidade de Brasília. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, 28(1), 69-82.
- Wolcon, C. H., Peterson, C. L., & Gongla, P. (1982). University-based continuing education and mental health system change. *American Psychologist*, 37(8), 966-970.
- Wollert, R. (1987). Human services and the self-help clearing-house concept. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6(1), 79-90.