



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
Instituto de Psicologia – IPS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI
MESTRADO E DOUTORADO



A Inserção do Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial: Repercussão na significação da sua atuação profissional

Maria Alice Queiroz de Brito

Orientação: Prof. Dr. Antônio Marcos Chaves

Salvador

2012

MARIA ALICE QUEIROZ DE BRITO

**A Inserção do Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial:
Repercussão na significação da sua atuação profissional**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração:
Cognição e Representações Sociais

Orientador:
Prof. Dr. Antonio Marcos Chaves

Salvador
2012

TERMO DE APROVAÇÃO

Brito, Maria Alice Queiroz

Título: A Inserção do Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial: Repercussão na significação da sua atuação profissional

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de Mestre em Psicologia na Área de Concentração Psicologia Social e do Trabalho.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antonio Marcos Chaves (orientador)
Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Ana Cecília de Sousa Bastos
Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro
Universidade Federal de Alagoas

Dissertação defendida e aprovada em: ___/___/___

Dedico a todos os psicólogos que, mesmo frente ao sofrimento psíquico mais grave, acreditam que sempre é possível se fazer algo para melhorar a qualidade de vida e a reinserção social de quem o procura, restaurando sua dignidade como ser humano e cidadão.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal da Bahia e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia por me proporcionarem a oportunidade de aprimorar a minha experiência em pesquisa, ampliando os meus conhecimentos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Antonio Marcos Chaves, por sua presença suportiva e acolhedora, que me permitiu fluir sem medo, e acreditar que seria possível.

Ao corpo docente que, com seus diversos saberes, contribuiu para o meu enriquecimento pessoal e como pesquisadora.

Ao Prof. Dr. José Carlos Ribeiro, por seus questionamentos e relevantes sugestões ao longo dos Seminários de Qualificação.

A Jorge, meu eterno companheiro, por estar sempre me lembrando da minha capacidade, pelo seu carinho e apoio em todas as circunstâncias da minha vida, bem como pela cuidadosa revisão deste trabalho.

À minha “creche particular”, meus queridos filhos Shaddai e Aisha, meu genro Caio, meus sobrinhos de sangue e pelo coração Alex, Luna, Chica, e Yuna, pela presença suportiva, cuidados e transcrição das entrevistas.

À minha irmã Odile, e às minhas sócias Aline, Priscila e Andressa, pelo incentivo e por assumirem tarefas que seriam minhas, liberando-me para a concretização deste mestrado.

A Sara pela sua generosidade e valiosas sugestões para a fundamentação teórica; e a Aline Palmeira pelo suporte para a defesa.

Aos meus colegas ao longo do mestrado, e ao meu grupo de pesquisa, pela convivência solidária e pela cumplicidade, em especial Pilar, amiga e parceira nos trabalhos, assim como Renata, Lia, Giovana, Manuela, Sandra, Ruy, Delma e Carol.

A Ivana e Henrique, funcionários do Programa de Pós Graduação, pela amizade e ajuda.

Aos psicólogos que generosamente concordaram em participar desta pesquisa, por compartilharem suas experiências.

Às colegas Denise Coutinho e Elisabete Pinto pela disponibilidade ao longo desta trajetória.

A Teresa, irmã de alma, por seu encorajamento e orientações, sem os quais eu não teria chegado até aqui.

À minha cunhada Maria do Carmo, pelas conversas esclarecedoras, e à minha sogra, pelo espaço acolhedor, contribuindo para a escrita desta dissertação.

A Edvaldo, Vera e Taís pelo apoio logístico, que tanto facilita a minha existência.

Aos meus gatos, pela distração e companhia enquanto eu escrevia.

A meus pais, por terem me apontado a riqueza inesgotável do caminho do conhecimento e o prazer da leitura; por terem sempre acreditado em mim como pessoa e profissional.

Ao Divino, presença que me sustenta e inspira.

Eu falo prá todo mundo... digo logo, eu sou apaixonado pela Saúde Mental! (ri) Totalmente! Totalmente! As dificuldades são muitas, muitas, muitas, mas assim... eu digo que... a paixão consegue às vezes botar um colorido aí, neste preto e branco das dificuldades da realidade.

Mercúrio (2011)

Brito, M. A. Q. (2012). *A Inserção do Psicólogo no CAPS: Repercussão na significação da sua atuação profissional*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia.

RESUMO

No Brasil, a ênfase dada à atenção primária em saúde, associada ao movimento da Reforma Psiquiátrica, levou à reestruturação dos serviços de saúde mental e à conceituação das equipes multiprofissionais em saúde mental, incorporando os psicólogos nos seus quadros efetivos. Nesse processo de reestruturação e criação de novos dispositivos de atenção à saúde mental, surgem os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, trazendo o enfoque de uma clínica psicossocial. Este contexto demanda do psicólogo um novo conjunto de habilidades e competências, configurando uma prática que vem sendo denominada de clínica ampliada. Buscando entender em que medida os psicólogos estão lidando com as mudanças que a atuação na atenção primária em saúde trouxe para a sua prática, este estudo pretende responder à seguinte questão: Como os psicólogos estão significando a sua prática profissional no contexto dos CAPS e como esta experiência repercute neste significado em construção? Este estudo teve por base a Teoria do *Self* Dialógico de Hubert Hermans. Optou-se por um estudo qualitativo exploratório, trabalhando-se com uma amostra intencional do universo dos Centros de Atenção Psicossocial, especificamente os CAPS II. Para a coleta de dados, foi utilizado o recurso da entrevista narrativa em profundidade, sendo entrevistados sete psicólogos, um de cada CAPS, indicados pela coordenação, em função da disponibilidade de horário do profissional no momento. Os relatos foram analisados através da técnica de Análise de Discurso proposta por Spink, obtendo-se as seguintes categorias: influência da formação acadêmica e profissional na relação com o trabalho da clínica ampliada; concepção do trabalho clínico psicológico e sua relação com a clínica ampliada; sentidos e desafios da proposta de trabalho no CAPS para o ser psicólogo; e impacto do trabalho com a equipe multiprofissional na delimitação do trabalho do psicólogo. As categorias de análise foram trabalhadas utilizando-se os Mapas de Associação de Idéias. Os resultados deste estudo demonstraram que, embora os psicólogos entrevistados tenham sido unânimes ao considerar o atendimento individual como o trabalho que caracterizaria a sua atuação como psicólogos, ao mesmo tempo concordam que o diferencial da clínica ampliada é o sair das “quatro paredes” do consultório e incluir o contexto social onde o cliente/usuário está inserido, uma atuação em todos os espaços da instituição e no espaço social. Isso sugere uma ambivalência entre o Eu-psicólogo como Eu-psicoterapeuta individual e o Eu-psicólogo como eu-técnico de saúde mental, que se reflete na própria identidade do psicólogo. Observou-se que a diversidade de atividades desenvolvidas aliada ao fato de serem integrantes de uma equipe multiprofissional, não só dificulta a delimitação do que seria o papel do psicólogo, por serem vários técnicos de diferentes áreas desenvolvendo o mesmo tipo de atividade, como também pode gerar uma crise de identidade para o profissional de Psicologia. Concluiu-se que o que vai realmente diferenciar o trabalho do psicólogo, é o “como” ele faz a intervenção, a qualidade do seu olhar, da sua escuta, muito mais do que o modelo de uma prática, como o atendimento individual. O estudo mostrou que a atuação do psicólogo nos CAPS deve estar sempre voltada para reabilitar o usuário como cidadão, empoderando-o e incluindo-o em seu território, o que implica um redimensionamento do Eu-psicólogo que trabalha com o sujeito para um Eu-psicólogo que trabalha com/em comunidade. Ficou também clara a dimensão política da atuação do psicólogo.

Palavras-chave: *clínica ampliada, Centros de Atenção Psicossocial, self dialógico, reforma psiquiátrica, identidade do psicólogo.*

Brito, M. A. Q. (2012). *The insertion of the Psychologist in CAPS: impact on the significance of their professional performance*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia.

ABSTRACT

In Brazil, the emphasis given to the health primary attention, connected to the Psychiatric Reform Movement, led to the mental health services restructuration. Because of it, it was also created mental health multiprofessional teams, thus incorporating psychologists in their boards. Among the units of mental health services created because of that restructuration, there was the Psychosocial Attention Centers – CAPS. The CAPS brought the psychosocial clinical approach. In this context the psychologist needs to develop new abilities and competences; it's the emergence of a new practice called a broader clinic. In an attempt to understand how the psychologists are dealing with all those changes, this research intends to answer the following question: What is the meaning that the psychologists are giving to their professional practice in the CAPS and what is the impact that this experience has on this meaning that is being developed? This research is based on Hubert Hermans' Dialogical Self Theory. It's an exploratory qualitative study, working with a sample from the universe of the Psychosocial Attention Centers, the CAPS II. It was used the deep narrative interview, in order to collect the data. Seven psychologists were interviewed, one from each CAPS; they were chosen by their director, because they had some time available in their schedule, at the moment of the interview. Their speech were analyzed using Spink's Speech Analysis Technique; resulting in the following categories: The academics and professional influence on the broader clinical work; how the psychological clinical work is conceived and its relation with the broader clinic; meanings and challenges of the work in CAPS for the psychologist; the impact of the work with a multiprofessional team on defining borders of the psychologist's work. The Ideas Association Maps were used to work with the categories. The results showed that, although the psychologist that were interviewed were unanimous on considering the individual psychotherapy as the work that would characterize their work as psychologists, at the same time they agree that what is specific of the broader clinic proposal is to “get out from inside of the walls” of the office, and to include the social context where the user belongs.; to work in all the spaces of the institution and in the social space. This brings about ambivalence between the I-psychologist as a I-individual psychotherapist and the I-psychologist as a I-mental health technician. It was also observed that variety of activities added to the fact that are done also by the multiprofessional team, not only makes it difficult to delimitate the role of the psychologist, as it can also generate a psychologist identity crisis. We reached the conclusion that what really characterizes the psychologist's work is “how” he intervenes, the quality of his seeing, of his hearing, all these much more than his practice as the professional who does individual sessions. This study showed that the psychologist work in CAPS must always be towards rehabilitating the user as a citizen, empowering him and including him in his territory. This means a redimensioning of the I-psychologist that works with the individual to a I-psychologist that works with/in community. It was also observed the political dimension of the psychologist practice.

Key Words: *Psychosocial Attention Centers , broader clinic, dialogical self, psychiatric reform, psychologist identity.*

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	xiii
LISTA DE FIGURAS	xiv
1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	19
2.1. GERAL	
2.2. ESPECÍFICOS	
3. JUSTIFICATIVA	20
4. COMPREENDENDO A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DE UMA CLÍNICA PSICOSSOCIAL E A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NESSE MOVIMENTO	21
4.1. O QUE FOI A REFORMA PSIQUIÁTRICA	21
4.2. INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: DESAFIOS PARA UMA NOVA PRÁTICA	35
4.3. A CLÍNICA PSICOLÓGICA: DO ENFOQUE CLÁSSICO A UMA PROPOSTA DE CLÍNICA PSICOSSOCIAL	41
5. O QUE SÃO OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CARACTERIZANDO O LÓCUS DA PESQUISA	56
6. A CONSTRUÇÃO DO SIGNIFICADO ATRAVÉS DA RELAÇÃO: UMA PERSPECTIVA DIALÓGICA	68
6.1. A TEORIA DO <i>SELF</i> DIALÓGICO	69
6.2. COMPREENDENDO AS POSIÇÕES DE EU	74
7. DELINEAMENTO METODOLÓGICO	79
7.1. NATUREZA DO ESTUDO E CAMPO DA PESQUISA	79
7.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO	79
7.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	81
7.4. ESTRATÉGIA PARA COLETA DE DADOS	81

7.5. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	81
7.6. ANÁLISE DE DADOS	83
7.7. QUESTÕES ÉTICAS	84
8. RESULTADOS E DISCUSSÃO	85
8.1. A INFLUÊNCIA DA FORMAÇÃO ACADÊMICA E PROFISSIONAL NA RELAÇÃO COM O TRABALHO DE CLÍNICA AMPLIADA	86
8.2. CONCEPÇÃO DO TRABALHO CLÍNICO PSICOLÓGICO E SUA RELAÇÃO COM A CLÍNICA AMPLIADA	99
8.3. SENTIDOS E DESAFIOS DA PROPOSTA DE TRABALHO NO CAPS PARA O SER PSICÓLOGO	114
8.4. IMPACTO DO TRABALHO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA DELIMITAÇÃO DO TRABALHO DO PSICÓLOGO	
8.5. OUTROS ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS: AMPLIANDO A DISCUSSÃO	
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	
10. REFERÊNCIAS	
ANEXOS	
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
ROTEIRO DA ENTREVISTA	
RELAÇÃO DOS CAPS II DO MUNICÍPIO DE SALVADOR, BAHIA	
RELAÇÃO DAS CATEGORIAS	

LISTA DE SIGLAS

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

ONG - Organização Não Governamental

ACC - Atividade Curricular em Comunidade

APS - Atenção Psicossocial

OPS - Organização Pan-americana de Saúde

SPA - Substância psicoativa

RT - Residência Terapêutica

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIT - Processo Terapêutico Individual

REDA - Regime Especial de Direito Administrativo

SD - Self Dialógico

SUS - Sistema Único de Saúde do Brasil

CIAVE - Centro de Informações Antiveneno

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSI - Centro de Atenção Psicossocial destinado ao usuário infanto-juvenil

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial destinado a usuários com abuso e dependência de substâncias psicoativas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Significados da formação acadêmica e profissional - Apolo	96
Figura 2 - Significados da formação acadêmica e profissional - Poseidon	96
Figura 3 - Significados da formação acadêmica e profissional - Minerva	97
Figuras 4 e 5 - Movimento das posições de Eu a partir dos significados atribuídos à atuação como psicólogo na clínica clássica e na clínica ampliada	105
Figura 6 - Ambivalência em relação ao papel do psicólogo	106
Figura 7 - Posições de Eu fruto de um diálogo difícil com a clínica ampliada	109
Figura 8a e 8b - Resignificações da posição do Eu-psicólogo	110
Figura 8b - Resignificações da posição do Eu-psicólogo	111
Figura 9 - Sentidos e desafios de trabalhar no CAPS	
Figura 10 - Relação Eu-usuário/Mim/outro-comunidade	
Figura 11 - Relação Eu-técnico do CAPS/outro-usuário	
Figura 12 - As várias vozes da Posição de Eu-Psicólogo no contexto do CAPS	
Figura 13 – Significados do ser psicólogo para Juno	

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Relatório da OMS (2001) sobre a Saúde no Mundo, o último meio século testemunhou uma evolução na atenção à saúde, particularmente à saúde mental, que se traduziu em um movimento voltado para o respeito aos direitos humanos dos indivíduos com transtornos mentais e para o desenvolvimento de novas formas de abordar as questões do sofrimento mental em um processo responsável de desinstitucionalização.

Compreendida como “um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais” (Brasil, 2005, p.1), a Reforma Psiquiátrica constituiu-se como um processo político e social complexo, criando novos recursos de intervenção fora dos contornos e limites do consultório e da instituição hospitalar, integrando a comunidade como espaço de pactuação social. Esses novos dispositivos da atenção primária em saúde, nas palavras de Silveira (2003), “(...) devem ser compreendidos como estratégias agenciadoras de novos vínculos ou de novas significações na rede de contratualidade do sujeito em seu existir” (p.24).

No Brasil, a ênfase dada à atenção primária em saúde, associada ao movimento da Reforma Psiquiátrica, levou à reestruturação dos serviços de saúde mental e à conceituação das equipes multiprofissionais em saúde mental, incorporando conseqüentemente os psicólogos nos seus quadros efetivos (SPINK, 2007). Nesse processo de reestruturação e criação de novos dispositivos de atenção à saúde mental, surgem os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, trazendo o enfoque de uma clínica psicossocial. Neste contexto, o psicólogo passa a ter a sua atuação vinculada a uma demanda institucional, onde é esperado que ele tenha um papel de trabalhador social dentro dos movimentos de saúde. O trabalho em saúde mental amplia o campo de atuação, saindo do contexto das clínicas e hospitais para o das trocas sociais com a comunidade local. Pode-se, portanto, afirmar que psicólogos têm acumulado experiências na produção do cuidado¹, estabelecendo conexões intra e/ou interinstitucional por meio de algumas estratégias intra e extramuros, a saber: apoio para inserção social, visita domiciliar, grupos terapêuticos e operativos, oficinas terapêuticas, acompanhamento terapêutico, entre outras. Tais estratégias são compartilhadas com profissionais de outras áreas, membros da equipe multiprofissional dos CAPS onde atuam, configurando uma prática que vem sendo denominada de clínica ampliada.

¹ Produção do cuidado no sentido de acolhimento, considerado por Ayres (2001) um eixo norteador das ações em saúde mental na atenção básica. Uma postura que redimensiona as práticas cotidianas nas unidades básicas de saúde e que se estende a todos os espaços de encontro entre profissionais e usuários, passando pelas competências e atividades técnicas, mas não se restringindo às mesmas. (p.71).

Como tem sido observado, o trabalho do CAPS “transcende uma mera técnica terapêutica no sentido tradicional e conhecido.” (RABELO et al., 2005, p.18), pois a complexidade do contexto institucional, com suas normas, história, cultura e a atuação em equipes multiprofissionais, demanda do psicólogo um novo conjunto de habilidades e competências, outros modelos de intervenção. Houve, portanto, mudanças na inserção do psicólogo no campo profissional, trazendo uma ampliação das práticas clínicas psicológicas intra e extramuros, além de uma ênfase em intervenções mais focalizadas.

Em razão de cursos ministrados no enfoque da Psicoterapia de Curta Duração em vários Estados do Brasil, somos procuradas para supervisionar psicólogos que trabalham não só nos CAPS como também em outros órgãos públicos e entidades privadas com o enfoque psicossocial. Os questionamentos trazidos por estes profissionais sobre a caracterização do seu trabalho como uma intervenção clínica, ou sobre o fato de desenvolverem atividades realizadas também por profissionais e técnicos originários de outras áreas de conhecimento na mesma equipe, chegam a fazê-los duvidar em alguns momentos se estariam “realizando um trabalho de psicólogo”. Tais questionamentos levaram-nos a buscar entender em que medida os psicólogos estão lidando com as mudanças que a atuação na atenção primária em saúde trouxe para a sua prática e qual o impacto que este novo contexto de trabalho vem exercendo na significação do ser psicólogo e na delimitação do seu campo de atuação.

Considerando esta ampliação da atuação do psicólogo e, ainda, que o significado do trabalho e da profissão é um constructo subjetivo e social desenvolvido pelo indivíduo a partir das interações que vai estabelecendo com o mundo (Borges & Yamamoto, 2010), o presente estudo pretende responder à seguinte questão: Como os psicólogos estão significando a sua prática profissional no contexto dos CAPS e como esta experiência repercute neste significado em construção?

Como toda a formação profissional da autora foi com uma base epistemológica fenomenológica, que tem como pressuposto que realidade é sempre realidade para uma consciência, sendo todo conhecimento um conhecimento subjetivado, ou seja, uma construção de significados que se dá através da relação consigo e com o outro, só uma teoria que considerasse a existência como uma existência relacional poderia ser escolhida para embasar a análise dos dados obtidos nessa pesquisa. Assim sendo, a análise da significação que o psicólogo dá ao seu trabalho na atenção psicossocial, especificamente no CAPS, terá como base a Teoria do *Self* Dialógico, de Hubert Hermans, que, segundo Cunha (2007), apresenta um dos melhores exemplos da aplicação do dialogismo na Psicologia.

Na visão dialógica, o mundo é sempre o mundo fenomênico, o mundo material como é percebido (Linell, 2009). Para se relacionar com o entorno, o humano – ou, no caso desse estudo, o psicólogo – está todo o tempo construindo significados, construção esta que traz implícito um campo de opostos, fruto da tensão entre cultura pessoal e o mundo social onde esse indivíduo está mergulhado (Valsiner, 2007). Pode-se falar de uma interdependência dinâmica mútua entre esse agente pessoal, com sua formação acadêmica e experiência profissional, e o campo do ambiente social – usuários, colegas psicólogos, outros técnicos, comunidade, contexto político, cultura, entre outros. Nesta troca social, as pessoas negociam significações, estrategicamente posicionando-se e posicionando os outros em uma dinâmica conceituada como posições de Eu, fazendo com que os significados identitários não sejam fixos, e sim “compartilhados e negociados entre a comunidade daqueles que falam” (Raggatt, 2007, p. 366). Podemos falar que os psicólogos nos CAPS vivenciam várias posições: Eu-psicólogo, Eu-psicoterapeuta, Eu-técnico, Eu-gestor, Eu-pessoa, Eu-agente político, entre outros. Esses conceitos serão aprofundados no capítulo quatro.

Para uma melhor compreensão das tensões e desafios da prática do psicólogo no CAPS, foi necessário contextualizar não apenas o processo de construção da clínica psicossocial, como também a construção e desdobramentos da prática clínica psicológica. Nesse sentido, o presente trabalho foi organizado em sete capítulos. No primeiro, são apresentados os objetivos do estudo e sua justificativa. O segundo capítulo busca compreender a construção da proposta de uma clínica psicossocial e a inserção do psicólogo nesse movimento, apresentando uma discussão sobre o que é a Reforma Psiquiátrica, como ela se construiu e qual o seu impacto no tratamento do sofrimento psíquico. Além disso, este capítulo vai historiar o desenvolvimento da clínica psicológica, desde a sua origem, como uma psicoterapia de longa duração, passando pelos modelos focalizados até chegar à proposta de intervenção sócio-educativa no contexto da atenção primária em saúde, conhecida como clínica ampliada. O terceiro capítulo vai caracterizar os CAPS, para que se tenha uma noção do que é e como funciona o lócus da presente pesquisa. No quarto capítulo, apresentaremos uma pequena introdução da Teoria do *Self* Dialógico para que o leitor possa compreender os constructos teóricos usados nesse estudo, discutindo-se de forma mais específica o que são as Posições de Eu e sua dinâmica enquanto vozes do *self* dialógico (SD). O quinto capítulo é desenvolvido em cinco sessões, abrangendo as questões do delineamento metodológico: natureza do estudo, caracterização dos participantes, procedimento para a coleta dos dados, caracterização do procedimento de análise dos dados e discussão das questões éticas. Os resultados obtidos através das entrevistas são descritos e analisados no sexto capítulo, organizados em quatro temas, a saber: a

influência da formação acadêmica e profissional na relação com o trabalho de clínica ampliada; a concepção do trabalho clínico psicológico e sua relação com a clínica ampliada; os sentidos e desafios da proposta de trabalho no CAPS para o ser psicólogo; e o impacto do trabalho com a equipe multiprofissional na delimitação do trabalho do psicólogo. Além disso, foi deixado um espaço para que a discussão pudesse integrar outros aspectos que surgiram nas entrevistas, como o papel de gestor e a ampliação do escopo de atuação do psicólogo com o matriciamento. No último capítulo, são apresentadas as considerações finais, em que são apontadas as potencialidades e limites desse trabalho, assim como possibilidades de desdobramentos futuros.

Tendo sido delineada a proposta deste estudo, apresentaremos a seguir os objetivos dessa investigação.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Compreender o significado atribuído pelos psicólogos às práticas que desenvolvem na sua atuação nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no contexto organizacional do Sistema Único de Saúde do município de Salvador-BA.

2.2. ESPECÍFICOS

- a) Descrever as práticas desenvolvidas pelos psicólogos que trabalham nos CAPS do município de Salvador-Ba.
- b) Identificar a forma como o psicólogo se percebe como profissional neste campo da Psicologia.
- c) Analisar como os psicólogos significam suas práticas nos CAPS do município de Salvador-Ba.
- d) Identificar como os psicólogos perceberam a sua atuação em relação á atuação dos outros profissionais de saúde na equipe multiprofissional.
- e) Relacionar o processo de formação profissional e o conjunto de significados das práticas profissionais dos psicólogos que trabalham no CAPS

3. JUSTIFICATIVA

Embora a revisão de literatura realizada já abarque literatura explicitando o trabalho a ser desenvolvido no CAPS, não foi encontrada qualquer produção enfocando a discussão sobre o impacto que esse trabalho teria na significação do ser psicólogo. Este enfoque é relevante porque o significado que o psicólogo atribui à sua prática será um mediador de como ele irá atuar e do quanto ele irá investir na mesma, além de ser fundamental para a construção da sua identidade profissional. Outro aspecto a ser considerado é que entre as várias pesquisas realizadas sobre o trabalho na atenção primária em saúde, com suas novidades e desafios, muito pouco foi encontrado no que diz respeito ao trabalho do psicólogo, de vez que a maioria das pesquisas acessadas foram na área de enfermagem. Este trabalho, portanto, pode também contribuir para uma reflexão sobre a prática psicológica no contexto da clínica ampliada.

4. COMPREENDENDO A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DE UMA CLÍNICA PSICOSSOCIAL E A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NESSE MOVIMENTO.

4.1. O QUE FOI A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Para eu falar sobre saúde sem falar em saúde mental é como afinar um instrumento e deixar algumas notas dissonantes” (Gro Harlem Brundtland, 2001)

A Reforma Psiquiátrica refere-se a um movimento histórico, de caráter político, social e econômico, apontando as falhas do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e que incorporou o hospital psiquiátrico como única opção de tratamento, contribuindo para o incremento da precariedade e para a exclusão dos doentes mentais.

Pensar a reforma psiquiátrica implica em considerar as mudanças que aconteceram no setor da saúde nos últimos 50 anos do século XX, fruto não só das mudanças políticas e sociais ocorridas após a Segunda Guerra Mundial, valorizando e defendendo a preservação dos direitos humanos e da democracia, como também do avanço tecnológico na área da farmacologia, transformando o perfil epidemiológico e a morbidade das doenças mentais nos hospitais psiquiátricos. Neste bojo de transformações, vale ressaltar o movimento da antipsiquiatria na década de 60 na Inglaterra e Itália, desconstruindo o paradigma psiquiátrico clássico e a cultura manicomial, e trazendo uma significação relacional ao sofrimento psíquico. É o início do movimento de humanização e da construção de novas propostas de intervenção no âmbito da psiquiatria, o foco mudando do tratamento para a promoção da saúde mental. (Birman, Costa, 1994; Gastal, et al. 2007; Rammingier, 2002; Silveira, 2003).

Esse processo de reforma da instituição psiquiátrica é também marcado pelas experiências das Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e o movimento da Psicoterapia Institucional na França, que preconizam a reeducação social ou aprendizagem ao vivo, também chamada de pedagogia social, tendo como pressuposto que a doença está na instituição e que esta é que deve ser tratada.

Ainda referindo-se a estas novas propostas de intervenção voltadas à promoção da saúde mental, Birman e Costa (1994) apontam um segundo momento na história da psiquiatria, caracterizado pela ampliação do *locus* de tratamento ao espaço público, às comunidades, propondo uma abordagem prioritariamente preventiva da doença mental; reintroduz-se a noção de profilaxia. A Psiquiatria Comunitária ou Preventiva nos Estados Unidos e a

psiquiatria de Setor na França representam este movimento onde a promoção de saúde mental é entendida como processo de adaptação social; a enfermidade mental é, portanto, vista como um processo de desadaptação social, uma reação a uma situação ambiental conflitiva.

Caplan (1980) define a Psiquiatria Preventiva como o

(...) 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'). (p. 31)

Nesse aspecto, pensar na relação entre saúde e doença mental sob a perspectiva da adaptação/desadaptação social ressignifica a assistência psiquiátrica. Conforme Silveira (2003),

Na história do saber psiquiátrico antigos conceitos e ideias são retomados, agora expressos na atualização da noção de profilaxia. Mais do que com a noção de tratar/curar defronta-se com a ideia de 'promover' a saúde mental – novo alicerce do saber psiquiátrico – e de prevenir possíveis desequilíbrios nessa saúde, através de intervenções correlatas ao seu nível de constituição. Refere-se ao estabelecimento da assistência psiquiátrica calcada em novos parâmetros que pressupõem, além das ações de prevenção secundária e terciária – parte do antigo sistema curativo – as ações de prevenção primária. (p. 30-31).

Ante o exposto, a prevenção primária torna-se um elemento essencial na Psiquiatria Preventiva, promovendo a saúde mental entre os membros da comunidade, de forma que no futuro não venham a se tornar mentalmente perturbados.

Este enfoque traz implicações políticas e ideológicas, já que amplia o escopo da atuação profissional para o desenvolvimento e implementação de programas voltados para os problemas comunitários, que envolvem aspectos sanitários, educacionais, jurídicos e sociais.

Não apenas esta postura passa a demandar do profissional de saúde mental um conhecimento que vai além do bojo psiquiátrico, abarcando questões sociais, econômicas, políticas e administrativas, como também a habilidade de integrar suas atividades com as de vários profissionais de áreas diversas, no que posteriormente foi caracterizado como um trabalho multiprofissional. Dessa forma, de acordo com Jorge e França (2001), as questões do trabalho em equipe multiprofissional, a pluralidade dos saberes e a complexidade das ações e

dos serviços assistenciais tornam-se requisitos fundamentais para o processo de reforma da assistência psiquiátrica. Estes aspectos serão retomados quando se discutir a atuação do psicólogo no âmbito da atenção primária em saúde.

A proposta preventivista trouxe a discussão sobre a exclusão social dos indivíduos em sofrimento mental e, como consequência, um conjunto de medidas para evitar o ingresso e reduzir a permanência de pacientes nos hospitais psiquiátricos, ou seja, um movimento voltado para a desinstitucionalização. Rotelli, De Leonardis e Mauri (1990) definem a desinstitucionalização como

(...) um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas, no entanto, seguramente ‘se cuida’. Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento. (p. 33)

Pinto e Gonçalves (2009) consideram a desinstitucionalização como algo mais amplo que a deshospitalização, “um processo de busca de novos territórios e conceitos em detrimento daqueles anteriormente enclausurados /institucionalizados pelas disciplinas científicas” (p.38-39); uma transformação do modelo arcaico centrado apenas no conceito de doença. Portanto, desinstitucionalizar significa abordar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida, construindo novas possibilidades de sociabilidade e subjetividade. Este processo não é apenas técnico-administrativo, jurídico ou político; é, acima de tudo, um processo ético que tenta oferecer à pessoa em sofrimento psíquico um cuidado verdadeiro através de uma terapêutica cidadã (Amarante, 1995).

O Relatório de 2001 da Organização Mundial de Saúde sobre a saúde no mundo alerta que, para um processo de desinstitucionalização adequado, faz-se mister três ações: 1. Prevenção de admissões desnecessárias em hospitais psiquiátricos através da criação de serviços comunitários; 2. Preparação adequada dos pacientes institucionais de longo prazo e agilização do seu retorno à comunidade; 3. Criação e manutenção de sistemas de apoio na comunidade para pacientes não institucionalizados. A desinstitucionalização é um processo complexo que redimensiona não só as relações de poder entre usuários e instituições, como também o objetivo do tratamento em si. Sem a inserção na rede de suporte psicossocial acima preconizada, a deshospitalização pode vir a gerar um paradoxo: não apenas a permanência da

atitude segregadora institucional em serviços substitutivos dos antigos manicômios, atitude esta que combate, como também a desassistência a pacientes graves e dependentes de cuidados na vida diária.

Retomando esta breve análise dos marcos históricos da Reforma Psiquiátrica, não se pode esquecer a Conferência de Alma Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde em 1978, colocando a atenção primária como a estratégia central em saúde pública - principalmente no que se refere ao enfrentamento dos problemas de saúde dos países subdesenvolvidos – e dando prioridade às ações de baixo custo e impacto social. Ficou como orientação resultante que todos os governos deveriam formular políticas, planos nacionais de saúde, para implementar e manter os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores, mobilizando os recursos do país e utilizando racionalmente os recursos externos disponíveis. (OMS/Unicef, 1979).

Segundo Starfield (2002),

(...) a atenção primária envolve o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos e a oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida e de seu funcionamento. (p. 21)

Sobre esse aspecto, Góis (2011) considera que a atenção primária, ao propor um “encontro solidário” entre profissionais e membros da comunidade resignifica a relação tradicional profissional de saúde – usuário. Na verdade o foco da atenção primária, ao preconizar o respeito a todas as pessoas da comunidade e o cuidado ambiental, vai além de apenas tratar das disfunções, a promoção de saúde podendo assim ser vista como uma construção social.

De acordo com a Carta de Ottawa (1986), a promoção de saúde integra a saúde como parte de políticas públicas saudáveis e a participação da comunidade na gestão dos sistemas de saúde; também enfatiza a reorientação desses sistemas e a mudança nos estilos de vida. Como visto, pode-se pensar as ações de saúde tendo como base uma práxis comunitária que “rompe com a dominação social e a destruição do meio ambiente e aponta para um futuro ético, cidadão e ecológico.” (Góis, 2011, p.23)

Ainda no final da década de 80 e início da década de 90, surgem mais algumas iniciativas no cenário internacional, propondo mudanças na legislação que regula a assistência psiquiátrica e chamando a atenção para um maior respeito aos direitos dos pacientes

psiquiátricos: em 1989 a Federação Mundial para Saúde Mental produz a Declaração de Luxor. Em 1990, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocam a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, culminando com a Declaração de Caracas; em 1991, a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas adota os Princípios para a Proteção dos Enfermos Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental.

Em 1999, acontece na Ilha de Margarida, na Venezuela, a Assembléia da Associação Psiquiátrica da América Latina (Apal), também signatária da Declaração de Caracas. Nesta Assembléia, é aprovado um documento que ficou conhecido como Declaração das Margaridas, recomendando aos governos dos países latino-americanos:

(...) reorientação dos programas de saúde mental e de psiquiatria para a atenção primária (...) mantendo a existência de hospitais especializados devidamente transformados em sua concepção, infraestrutura e recursos humanos (...) integrados à rede assistencial e comunitária, (...) criar estruturas intermediárias de trânsito até a plena reinserção social. (apud Jorge & França, 2000, p.2).

A Organização Mundial de Saúde decreta que o ano de 2001 seria dedicado à Saúde Mental, sendo o tema do Dia Mundial da Saúde “Cuidar, sim, Excluir, não”, cuja mensagem era que não se justificava a exclusão pela comunidade das pessoas com doenças mentais, que havia lugar para todos. Na conferência proferida em Genebra, em outubro de 2001, Brundland (p.vii), em nome da OMS, delata que a saúde mental já havia sido negligenciada por muito tempo e afirma ser a saúde mental essencial para o bem estar das pessoas, sociedades e países, devendo ser encarada sob uma nova luz.

No tocante à saúde mental, a OMS reafirma os princípios defendidos pela ONU e outros órgãos desde o final da década de 80: abolir a discriminação em virtude de doenças mentais, o direito de o paciente ser atendido e tratado em sua comunidade, e que o ambiente e os tratamentos devem ser o menos restritivo e intrusivo.

Embora fique claro como, ao longo do tempo, foi se delineando a mudança de enfoque para a inclusão social do portador de transtornos mentais e o resgate dos seus direitos humanos como cidadão, chama atenção a necessidade de reafirmação das mesmas medidas por tantos documentos internacionais, demonstrando como o processo de mudança social é lento e complexo.

E no Brasil, como se deu este processo de Reforma Psiquiátrica e de promoção de saúde?

Um precursor do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi Dr. Ulisses Pernambucano que, nas primeiras décadas do século XX, em Pernambuco, já discutia sobre a humanização da assistência, reabilitação psicossocial, abordagem ambulatorial e pesquisas transculturais.

Nos anos 50, com o surgimento das caixas de pensão e institutos de aposentadoria, inicia-se o processo de democratização da assistência médica, associado ao desenvolvimento da seguridade social e do sistema de saúde. Isso gera uma quebra na dicotomia entre pacientes particulares e indigentes, refletindo no contexto dos hospitais psiquiátricos, que passam a atender os pacientes segurados, ampliando a sua abrangência social.

Na verdade, a Reforma Psiquiátrica no Brasil tem início em sincronia com o movimento de reforma sanitária nos anos 70, que surgiu em defesa da saúde coletiva, preconizando uma mudança nas práticas de saúde com uma maior participação dos trabalhadores e usuários dos serviços nos processos de gestão e tecnologias de cuidado. (Amarante, 1996; Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2005).

Nos primeiros anos da década de 70, com o relatório da Comissão de Saúde Mental da Associação Brasileira de Psiquiatria, em julho de 1971 e, em 1972, com o Plano Decenal de Saúde para as Américas, elaborado em Santiago do Chile, na III Reunião Especial dos Ministros de Saúde das Américas, defendeu-se a importância de uma mudança de atitude nos profissionais de saúde mental em relação à saúde e à doença mental, convidando-os a reformularem seus conceitos sobre o tratamento e a prevenção dos transtornos mentais, e propondo “uma ação global de saúde mental, com serviços hospitalares e extra-hospitalares, todos eles solidamente ligados à comunidade” (Jorge & Franca, 2001, p.1). O Plano Decenal de Saúde enfatiza a necessidade da incorporação de grupos populacionais de comunidades carentes que até então estavam excluídos dos serviços de saúde.

Ainda na década de 70, as orientações da Conferência de Alma – Ata, já anteriormente apresentadas, reiteram a posição tomada pelo Plano Decenal de Saúde para as Américas, intensificando as discussões em torno do sistema nacional de saúde e gerando propostas de atenção primária à saúde. De acordo com Nunes (2007),

A Conferência de Alma – Ata marcou profundamente a organização do sistema de saúde brasileiro, e a adoção de suas recomendações pelo nosso governo deu início a uma sequência de processos organizativos e políticos que culminaram com um novo sistema de saúde na década de 80. (p.25)

A década de 1980 é caracterizada por uma intensa reflexão e proposições da política de Saúde Mental, assim como por experiências institucionais bem sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em Saúde Mental (Tenório, 2002). Em 1982, o Ministério da Previdência e Assistência Social aprova o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária, reforçando a inclusão de estratégias de atenção primária de saúde. O Plano enfatiza a atenção extra-hospitalar, a utilização de recursos intermediários entre o ambulatório e a internação integral, a criação de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais e a implantação de equipes multiprofissionais. Com respeito à internação integral, que esta fosse reduzida para o menor tempo possível e apenas para os pacientes que representassem risco para si ou para terceiros, ou que estivessem impossibilitados de ser mantidos em seu meio familiar. Começa a se delinear uma política de deshospitalização que será concretizada em 1989 pelo Projeto de Lei nº 3657 - Projeto Paulo Delgado – propondo a implantação de uma rede de assistência extra-hospitalar, a extinção progressiva dos leitos de característica manicomial e a comunicação compulsória das internações involuntárias.

Na segunda metade da década de 1980, surgem diversos movimentos sociais, entre os quais o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, intensificando os debates e as reflexões sobre a assistência à Saúde Mental. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986, tendo como temas principais a reversão da tendência hospitalocêntrica e o resgate da cidadania do doente mental, é considerada por Góis (2008) um marco na política de saúde brasileira, não só por estabelecer os princípios para o movimento da Reforma Sanitária e sua proposta de atenção primária em saúde, como também por ter parte do seu documento final transformado em lei pela Constituição Federal de 1988, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando “alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão” (portal da Saúde / SUS).² A saúde passa a ser discutida como uma questão social.

² Princípios do SUS:

- *Saúde como direito* – a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.
- *Integralidade da assistência* – entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.
- *Universalidade*- acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
- *Equidade* – igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos da população.

A superação do modelo hospitalocêntrico, a humanização dos hospitais psiquiátricos e a ampliação dos direitos aos portadores de doenças mentais ganham impulso nos anos 90, fruto de documentos como a Declaração de Caracas e a Declaração das Margaridas, dos quais a Associação Brasileira de Psiquiatria, como membro da Apal, foi signatária. Esses documentos preconizam que o portador de distúrbio mental tem o direito à confiabilidade e ao acesso a informações sobre si, ao consentimento ao tratamento, a ser tratado em um ambiente o menos restritivo possível e a viver em comunidade. Para Gastal et al (2007), as repercussões podem ser observadas de forma concreta em Portarias Ministeriais da Secretaria Nacional da Assistência à Saúde, como a de nº 189/91, que amplia e diversifica os procedimentos das tabelas do Sistema de Informações Hospitalares e do Sistema de Informações Ambulatoriais, ambos do SUS, e a de nº 224/92, que define padrões mínimos para o funcionamento dos serviços de assistência à saúde mental.

Cabe aqui ressaltar que a rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pelas chamadas Leis Orgânicas da Saúde da Constituição Federal de 1988.

O ano de 2001 foi importante para o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois em janeiro, é promulgada a Norma Operacional de Assistência à Saúde, estabelecendo que o cidadão tenha acesso a uma conjunto de ações e serviços o mais próximo à sua residência, entre os quais o tratamento de distúrbios mentais e psicossociais e, em abril, por ocasião da celebração do Dia Mundial da Saúde, é promulgada a Lei nº 10.216, dispoendo sobre a proteção e os direitos aos portadores de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. No final desse ano, concomitante à realização, em Brasília, da III Conferência Nacional de Saúde Mental no Brasil, é publicado em português o Relatório Mundial de Saúde 2001. A III Conferência, tendo como tema o lema proposto pelo Dia Mundial da Saúde, “Cuidar, sim, Excluir, não”, propõe-se a “construção de marcos

-
- *Resolutividade* - eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta.
 - *Intersetorialidade* – desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.
 - *Humanização do atendimento* – responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população.
 - *Participação*- democratização do conhecimento do processo de saúde / doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema. (Brasil, 1999, p.9)

norteadores para uma nova era na saúde mental em nosso país, mais consoante com os ideais de equidade e justiça social em que se baseia o Sistema Único de Saúde brasileiro” (Brasil, 2001, p.7). A III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política do governo brasileiro, resultando, em 2002, no processo de redução de leitos nos hospitais psiquiátricos e na desinstitucionalização de pacientes internados há um longo tempo.

Como visto, a Reforma Psiquiátrica traz estratégias de atuação pautadas em um modelo descentralizado de saúde, tendo a Atenção Básica³ não apenas como porta de entrada, mas também como elemento transversal a toda a rede. Além disso, a Reforma Psiquiátrica concebe o processo de busca da desinstitucionalização de forma ampliada, indo além da reinserção do paciente na sociedade, através da redução de seu vínculo institucional e do incentivo a vínculos extra-hospitalares. Ela traz em seu bojo o desafio de dotar esse indivíduo de um mínimo de recursos vitais que lhe permita independência para as atividades da vida diária e para o exercício de cidadania. (Vietta, Kodato, Furlan, 2001).

A transformação do modelo de atenção à saúde requer um repensar no processo cotidiano de produção das práticas de saúde. A tendência atual aponta para práticas de atenção voltadas para a inclusão social do sujeito, mesmo aquelas pautadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, ainda vinculadas aos aspectos dos resultados já instalados, pois como esclarece Góis (2008):

A atenção primária trata, de fato, do engajamento social em saúde, de levar o profissional (com amor e competência) onde o povo está. Essa é a questão. Trabalhar com e para a população visando à promoção, à prevenção e à recuperação, garantindo entre outros aspectos a integralidade das ações em consonância com a visão integral do ser humano, a luta contra a ideologia de submissão e resignação e a desconstrução da identidade de oprimido e explorado. (p.111)

Portanto, as práticas em saúde mental se propõem a responder às demandas por saúde mais ampliadas e menos distorcidas dos resultados do processo saúde-doença (a doença propriamente dita) – manifestadas nas exigências por serviços de saúde -, buscando abarcar as dimensões que estão situadas na gênese dos problemas de saúde (formas de inserção no trabalho e na vida dos diferentes grupos sociais, na reprodução da sociedade).

Retomando a concepção de saúde “como uma responsabilidade social em e da comunidade, um processo e não um recurso com o fim em si mesmo” (Góis, 2007, p. 106),

³ “ Atenção Básica é o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, prevenção de agravos , o tratamento e a reabilitação. A organização da atenção básica , com base na Lei Orgânica da Saúde (lei 8080), tem como fundamento os princípios do SUS.” (Brasil, 1999)

faz-se necessário compreender que no campo da saúde o que se está buscando é uma melhor condição de qualidade de vida. Assim, o objeto da prática é a produção do cuidado e não mais a cura, ou a promoção da saúde. Em outros termos, produção do cuidado implica no desenvolvimento de uma postura de acolhimento que redimensione a práxis cotidiana de abordagem e acompanhamento das pessoas em sofrimento psíquico, em todos os espaços de encontro entre profissionais e usuários. Está-se falando de uma atitude que ultrapassa o contexto da intervenção meramente técnica.

Ante o exposto, pode-se afirmar que a base dessa prática de gestão do cuidado em saúde mental é não apenas terapêutica como também pedagógica, e a sua operacionalização encontra o seu *locus* de ação no território⁴. Portanto, um planejamento das ações de saúde mental deve considerar as especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana, resgatando saberes e potencialidades da comunidade para uma construção coletiva de soluções.

4.2. A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: DESAFIOS PARA UMA NOVA PRÁTICA.

Quando eu cheguei aqui eu disse: Ai! Meu Deus! Eu vou fazer o que, e como? (Minerva)

Com a ênfase dada à atenção primária em saúde e à sua característica multidisciplinar, assim como à consequente reestruturação dos serviços de saúde mental, é iniciado o trabalho com equipes multiprofissionais, o que levou à incorporação do psicólogo nos quadros efetivos desses serviços.

Segundo levantamento realizado por Campos e Guarido (2010), há três décadas que o atendimento psicológico está inserido no serviço público. Começando, na década de 70, com um papel secundário em hospitais e ambulatórios, esses ligados ao Instituto Nacional de

⁴ O termo território é aqui utilizado designando não apenas uma área geográfica, mas as pessoas, instituições, redes e cenários nos quais a vida comunitária acontece; um espaço dotado de identidade, onde o sujeito compartilha com seus pares sua versão sobre o mundo e suas tradições; ou seja, uma práxis específica que só pode ser apreendida convivendo e partilhando com o grupo seu território identitário. Nesse sentido, recomenda-se que as práticas de saúde levem em consideração a ambiência natural e a construída pela sociedade, identificando como a população percebe os diversos tipos de ação no território, e até que ponto as normas de utilização dos recursos dessa população e seu território promovem determinados hábitos, comportamentos e problemas de saúde. (Brundtland, 2001; Haesbaert, 2002; Monken & Barcellos 2007).

Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS)⁵, prestando serviços apenas aos trabalhadores celetistas. A inserção do psicólogo no âmbito da saúde pública ganha força na década de 80, com os já apresentados movimentos de atenção integral à saúde, a Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial brasileira, aumentando a abrangência de atuação e os espaços para a inclusão dos psicólogos. São acordados convênios entre as universidades públicas, prefeituras e governo federal, objetivando a prestação de serviços de assistência e promoção de saúde à população, gerando a formação das equipes mínimas de saúde mental - psiquiatra, psicólogo e assistente social - para prestarem serviços aos recém criados ambulatórios e unidades de hospital-dia estaduais.

Em 1990, com a implantação do SUS, reflexo de uma política que passa a ver a saúde como direito de todo cidadão, e com a ênfase multidisciplinar, há a ampliação da inserção do psicólogo nas equipes multiprofissionais.

Na visão de Silva (2008), com esses movimentos o trabalho em saúde mental incide cada vez mais sobre um campo que é excêntrico ao hospital, inserindo-se no contexto das trocas sociais estabelecidas na comunidade local. Como profissional de saúde mental, esse contexto ressignifica todo um perfil de atuação construído nos bancos de faculdade, onde a formação o preparava para uma clínica individual, privada, um fazer distanciado da realidade social. Na Saúde Pública, o psicólogo é chamado a atuar fora dos espaços tradicionalmente constituídos para a sua atuação, sendo o seu papel mediar a tensão entre a disfunção psíquica e a disfunção social, de forma que o funcionamento social possa integrar a disfunção psíquica.

Em outros termos, trabalhar com atenção primária em saúde traz, para esse psicólogo, o desafio do abdicar dos saberes consagrados, “da atitude padrão, previsível e controlada, de quem trabalha entre quatro paredes para se lançar em um espaço aberto de atuação, sem fronteiras demarcadas e sem medidas prévias de tempo” (Palombini, 2004, p. 24); convida-o a ir aonde a clientela vive e a estar diretamente no território onde os conflitos acontecem, lidando com um sujeito não mais apartado da sua realidade sócio familiar; enfim, a lidar com uma prática cotidiana que o coloca face a face com a complexidade da vida e lhe demanda ações para as quais não há um manual.

⁵ Com desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) pelo regime militar na década de 70, é criado em 1974 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INAMPS era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, cuja finalidade era prestar atendimento médico aos empregados de carteira assinada, seguindo a então vigente lógica do “cuidar da doença e não da saúde”. (Brasil. Ministério da Saúde.SUS)

Outro fator a ser considerado é a própria caracterização do trabalho do psicólogo como parte de uma equipe multiprofissional. De acordo com Peduzzi (2000), são relativamente raras, na literatura, definições de equipe multiprofissional na área de saúde. O trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Vai além do compartilhar uma mesma situação de trabalho, ou do desenvolver relações pessoais cordiais, implicando em uma articulação das ações executadas pelos distintos profissionais a partir da interação entre os mesmos, preservando as diferenças técnicas e especificidades de cada trabalho. Esta é uma proposta delicada, dada a gama de profissões envolvidas - clínico geral, neurologista, psiquiatra, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, técnico de enfermagem, técnico administrativo, podendo incluir inclusive outros grupos, como representantes religiosos e curandeiros – considerando-se que cada uma dessas áreas profissionais tem saberes, atividades, tecnologias e instrumentos específicos. Essa diversidade implica, inclusive em lidar com diferentes representações do que é saúde e doença, e do que seja o tratamento adequado para os problemas emergentes. Como afirmam Santos e Killinger (2011), não se pode falar de relações multi ou interdisciplinares, pois não são as disciplinas e sim seus agentes que interagem nas suas diferenças, além do que, por serem relações de poder, tendem mais ao conflito do que à reciprocidade, na disputa por esse poder.

Portanto, a construção destas equipes multiprofissionais e sua inserção nos centros de saúde tornaram-se um processo complexo no qual a integração não significa necessariamente a equalização dos saberes e práticas ou a aceitação das alteridades. No entanto, como ressalta Peduzzi (2000):

Nesse enfoque, a noção de equipe multiprofissional é tomada como uma realidade dada, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, e a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada (p.1).

Com a valorização social desigual dada às diferentes áreas de trabalho, observa-se uma hierarquização institucional explícita na estrutura organizacional e modelo de gestão, e implícita, não apenas através da subordinação dos profissionais de saúde ao modelo biomédico, como também na atitude de subordinação de outros profissionais ao médico. Isso dificulta a incorporação de outros saberes e a própria multiprofissionalidade. O campo da atenção primária em saúde, no caso, em saúde mental, pressupõe a substituição das relações

hierárquicas e dos especialismos (psiquiatria, psicologia, serviço social etc), por relações horizontais, possibilitando um modelo de trabalho que Jorge e Franca (2001, p. 6) chamaram de “equipe integração”⁶.

Esta confluência de atividades, associada à definição de novas áreas de atuação, provoca uma definição ambígua de fronteiras entre os grupos de profissionais, do que seria o papel de cada um, muitas vezes ocorrendo justaposições das ações destes agentes de saúde, dificultando uma coexistência sem conflitos. Para o psicólogo, estas questões são agravadas pelo fato de defrontar-se com uma realidade onde “o referencial da Psicologia é amplamente utilizado por enfermeiros e terapeutas ocupacionais, a ponto de confundirem-se as práticas terapêuticas destas categorias” (Spink, 2007, p. 60).

Além dos desafios que o trabalho em uma equipe multiprofissional traz, o fato de estar inserido em uma instituição de saúde demanda do psicólogo a compreensão dos processos de institucionalização, pois, como qualquer sistema, uma instituição desenvolve mecanismos para a manutenção da ordem estabelecida, alijando ou reprimindo perspectivas que ameacem seu *status quo*. Como em uma instituição de saúde são utilizadas terapêuticas como um dos seus mecanismos, pode ser esperado que a atuação do psicólogo esteja voltada para a manutenção da ordem institucional, o que leva a um questionamento: a serviço de quem está o seu trabalho? A serviço da instituição como totalidade ou a serviço do usuário dessa instituição? Ante o exposto, a compreensão da cultura organizacional e dos processos de institucionalização é essencial para sua prática em uma instituição de saúde. Ainda nos referindo ao trabalho em uma instituição, ao sair da relação protegida da clínica particular, onde ele define as normas e limites para o seu trabalho, o psicólogo também vai defrontar-se com a frustração de ter que abdicar da atuação desejada em prol da atuação possível.

Como anteriormente apontado, outra dificuldade a ser enfrentada pelo profissional de psicologia é a falta de embasamento teórico-prático para as demandas deste contexto, que fogem dos parâmetros tradicionais de atuação nos quais ele foi formado. Embora cada vez mais os currículos das Universidades, sob orientação do MEC, venham incluindo disciplinas com uma ênfase sócio-comunitária, a formação do psicólogo, em muitas unidades de ensino, “ainda constrói um profissional que lida com a queixa, com a patologia, com o cliente e sua

⁶ Para Jorge e Franca (2001, p. 6), existem duas modalidades de trabalho em equipe: a. *equipe agrupamento*, caracterizada por meros agrupamentos profissionais onde há uma justaposição de ações e seus agentes executam ações fragmentadas, individuais, gerando um estranhamento e distanciamento entre eles; b. *equipe integração*: caracterizada por uma busca de entendimento e reconhecimento mútuo entre seus membros, havendo uma articulação e integração não só das intervenções técnicas especializadas, como também entre os profissionais envolvidos. Infelizmente o modelo agrupamento ainda é o modelo predominante na maioria das equipes de saúde

verdade” (Spink, 2010, p.91), uma preparação voltada para uma clínica clássica, para a formação de um profissional liberal.⁷ Concluindo, pensar a atenção à saúde a partir dessa perspectiva multiprofissional e transdisciplinar, com as necessidades decorrentes do seu enquadre coletivo, em contraposição às vertentes históricas da prática psicológica, mais voltadas ao processo de individualização, o currículo acadêmico ainda necessita ser repensado de forma a melhor preparar o psicólogo para atuar no SUS.

Estamos falando da construção de um novo modelo de atuação clínica, uma “clínica ampliada” que acontece onde “o sujeito vive e habita, em seu domicílio e com a sua ‘comunidade’: sua família e seus conhecidos, os sócios com os quais ele compartilha sua vida social”, como diz Silva (2007, p.12).

Para uma melhor compreensão deste novo modelo de atuação, o próximo capítulo discutirá o processo de ampliação do conceito de clínica psicológica, da psicoterapia clássica à assim chamada clínica ampliada.

4.3. A INTERVENÇÃO CLÍNICA: DE UM ENFOQUE CLÁSSICO A UMA PROPOSTA DE CLÍNICA PSICOSSOCIAL

Aprendizes de feiticeiros, (...) uma coragem de viverem assim tão próximos desse encontro com a realidade delicada dos sujeitos atendidos (...) para desse mundo duro e doído, extraírem a riqueza dos sons, cores, palavras, encontros que traduzem as emoções proporcionadas pela oportunidade de estarem vivendo a vida tal como ela é... (Silva, 2007, p.121.)

Uma questão importante a ser considerada para este estudo é a compreensão do processo de construção do que seria uma atuação clínica no âmbito da Psicologia, desde seus primórdios na psicologia clínica, com uma práxis centrada no indivíduo isolado do contexto sócio-histórico, à psicologia da saúde e sua visão de uma clínica voltada para a atenção primária em saúde.⁸

⁷ De acordo com Spink, mesmo antes da profissão de psicólogo ser regulamentada, a formação em Psicologia era voltada para a produção de profissionais liberais, com o “predomínio do exercício das faculdades intelectuais e conhecimentos técnicos – tal como a atividade do médico, advogado, engenheiro, etc- ” (2010, p.107).

⁸ A psicologia social da saúde tem como característica o compromisso com os direitos sociais pensados a partir de uma ótica coletiva. Dialogando com autores que pensam as formas de vida e organização societária, seu objeto de estudo e atuação são os serviços de atenção primária em contextos comunitários, em termos de prevenção da doença e promoção de saúde; além disso, atua na esfera

Na verdade, o termo clínica vem do grego Klinê, leito, no sentido da atividade clínica ser relativa ao médico que ia à cabeceira do doente para diagnosticar e prescrever o tratamento. O médico detinha o poder, cabendo ao paciente apenas escutar e obedecer à prescrição médica. Essa relação de poder foi chamada por Foucault de biopoder – “o poder que se incumbiu tanto do corpo como da vida” (1999, p. 302).

No século XX, Sigmund Freud, ao criar o primeiro modelo psicoterápico, a psicanálise, inicia um deslocamento desse saber, pois, sem o discurso do paciente, o analista não pode apontar um caminho. Há o reconhecimento de um saber do paciente, que não mais “só ouve como com uma prescrição médica, mas elabora e encontra a sua verdade no inconsciente” (Moreira, Romagnoli & Neves, 2007, p.612). O paciente é tratado como um sujeito, e não objeto da sua história de adoecimento. Embora a clínica freudiana traga a busca diagnóstica do saber médico, acrescenta a escuta do sofrimento, estando voltada para a demanda do sujeito e não, como no modelo médico, para a patologia. Dessa forma a psicologia clínica tem sua origem na medicina curativa individual, e está historicamente vinculada à psicoterapia e ao psicodiagnóstico. Na verdade, a própria psicoterapia foi inicialmente uma atividade médica. Portanto, como herdeira do modelo médico, a clínica psicológica torna-se uma prática higienista, voltada para o tratamento e a cura, não levando em conta as questões sociais.

Ainda referindo-se a este início da psicologia clínica, vale ressaltar que o modelo psicanalítico, ao trazer o segredo - aquilo que está recalcado no inconsciente⁹ - como base do processo terapêutico, enquadra o processo clínico no modelo individual. Como colocam Moreira, Romagnoli e Neves, a Psicanálise, ao fazer da psicoterapia o “(...) espaço do segredo, fortalece o imaginário de que a clínica mais efetiva para tratar os sofrimentos psíquicos seja a clínica individual” (2007, p. 613). Este foco na clínica individual é reforçado na modernidade pela valorização do sujeito e da individualidade.

A revolução industrial não apenas contribui para o individualismo, como também para um distanciamento cada vez maior entre o proletariado e a burguesia, elite detentora do poder econômico e político, e interessada na manutenção do controle social. Nesse contexto sócio-histórico surge a Psicologia que, não isenta da influência dos interesses da classe dominante, traz uma tradição de trabalho associada à manutenção do *status quo*, à higienização e à diferenciação e, conseqüentemente, a uma psicologia clínica voltada para o sujeito individual,

pública, para a elaboração de políticas públicas. Em suma, o psicólogo social da saúde transita dos micros processos de produção de sentido às questões institucionais e políticas (Spink, 2007, p.27).

⁹ A explicitação do que constitui o segredo é da autora.

descomprometida com o contexto social (Laville & Dionne, 1999; Guerra, 2002; Moreira, Romagnoli & Neves, 2007). Guilliéron traduz bem essa posição quando afirma que

Todas as formas de psicoterapias compreendem, portanto, um conjunto de regras fixas, desenhando um enquadre abstrato que distingue claramente o campo psicoterápico do campo social. Comumente, visam não a uma readaptação do paciente à sociedade, mas sim uma reequilibração do mundo intrapsíquico, oferecendo ao paciente certo grau de liberdade em relação ao funcionamento social. A norma, nesse caso, é o bem estar individual e, secundariamente, o equilíbrio interpessoal (1986, p. 83-84).

Embora Ribeiro (1986) considere que o processo psicoterápico se transforma em uma ação social por levar o cliente a entrar em contato com a realidade que o cerca, o contexto social continuará sendo considerado como um fator secundário enquanto o psicólogo trabalhar com o enfoque que considere ser o sofrimento psíquico originado na vida individual do cliente, não tendo, portanto, tanta relevância no seu atendimento. Nesse aspecto, a clínica psicológica continuará sendo caracterizada como uma atuação do psicólogo clínico, mantendo uma prática individualizada e desconectada com a transformação social.

Figueiredo (2004) amplia a discussão sobre limitar a atuação da clínica psicológica à atuação do psicólogo clínico, trazendo mais algumas questões a serem consideradas:

a. O psicólogo clínico é um profissional liberal que atende em consultório particular. Gondim, Bastos e Peixoto (2010), em pesquisa realizada no Brasil, confirmam que “os psicólogos que atuam na área clínica se encontram predominantemente trabalhando em consultórios particulares” (p.186). Corroborando a opinião de Figueiredo (2004) ao levantar como uma distorção a crença de que o psicólogo clínico seja aquele que atende clientes particulares. A autora, a partir da sua experiência como supervisora na área clínica, considera que, com o advento e expansão dos convênios, essa crença não mais se sustenta. Isso, todavia, pode ser tema de outra pesquisa. De todo modo, não obstante o fato de ser a clientela particular ou de convênio, o atendimento continua sendo realizado em consultório particular. A concepção da psicologia clínica vinculada ao seu *locus* de atuação gera a próxima distorção.

b. Os sistemas classificatórios que opõem a psicologia clínica à psicologia educacional e escolar e à psicologia organizacional e do trabalho concebem o trabalho clínico como curativo e não preventivo, não havendo portanto um interesse na clínica por problemas institucionais e/ou educacionais, ou seja, por “intervenções preventivas que incidissem no

nível da vida coletiva e institucional” (Figueiredo, 2004, p.59). Embora haja diferenças entre os sentidos de intervenção nessas áreas de atuação, é um equívoco reduzir a clínica a uma área de atuação ou a uma intenção curativa.

c. Dentro dessa linha de pensamento, a classificação por áreas de conhecimento traz como consequência a oposição entre a psicologia clínica e a psicologia social, por exemplo. Dentro desse raciocínio, haveria temas que seriam específicos da psicologia clínica, não havendo interesse ou interlocução com as outras áreas de produção de conhecimento da Psicologia e vice versa. Aqui também há um engano: não se pode tratar a clínica como uma área de conhecimento separada de outras áreas. A partir dos seus temas, a compreensão do comportamento, essencial para o raciocínio clínico, é algo muito complexo que, cada vez mais, demanda não apenas o contato com o conhecimento produzido pelas outras áreas da Psicologia, como também de outras áreas do conhecimento como um todo.

Na verdade, a questão que se impõe não é tanto a de limitar a atuação clínica à psicoterapia, como a de limitar o conceito de psicoterapia ao modelo clássico de psicoterapia de longa duração, não se levando em consideração a própria evolução histórica dos modelos de psicoterapia para uma atuação terapêutica com um enfoque sócio-educativo. Como afirma Silva,

(...) por identificar a prática psicoterapêutica como sinônimo de atuação clínica é que o modelo único de atuação tem sido mantido e imposto aos diferentes níveis de atenção em saúde, sejam eles primários, secundários ou terciários. Isto é, independentemente dos tipos de serviços e de suas necessidades, a Psicologia tem em geral tentado exercer um único modo de atuar através dos atendimentos psicoterápicos de seguimento contínuo e/ou prolongado. Esse modelo, em geral privilegiado na formação profissional da área clínica, pode sem dúvida estar bem adaptado ao exercício em clínicas autônomas ou mesmo nas instituições públicas de caráter ambulatorial. Porém será inadequado e até mesmo poderá tomar o lugar de outros níveis de atuações clínicas... (1992, p.31).

Caracterizar o que seja a prática psicoterápica torna-se uma tarefa complexa em função da multiplicidade de modelos e abordagens existentes. Pensar psicoterapia implica em se considerar dois grandes modelos de atuação: a psicoterapia clássica, de longa duração, trabalhando toda a psicodinâmica do cliente; e a psicoterapia breve ou focal, que, como o próprio nome indica, é uma proposta com tempo limitado, trabalhando apenas um aspecto da psicodinâmica do cliente, o foco (Brito, 2003; Brito, 2006). Também podem ser incluídos

como modelos de intervenção clínica o aconselhamento psicológico ou terapêutico, as psicoterapias de apoio, de crise, de emergência.

Além dos modelos de atuação, há toda uma gama de abordagens psicoterápicas a serem consideradas. Algumas abordagens trabalham com todos os modelos, outras apenas com o modelo clássico, e outras tantas trazem uma proposta mais focalizada. Como coloca Ribeiro, “o modelo de procedimento psicoterapêutico está em íntima relação com a visão de pessoa, de psicoterapia, de resultados que o psicoterapeuta espera ter na sua relação com a pessoa necessitada, pelo sintoma” (1999, p.137). Não se pode esquecer a classificação das psicoterapias pela clientela: psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicoterapia de casal, psicoterapia de família.

Em suma, segundo Sánchez e Sánchez, (2006), existem aproximadamente 250 diferentes enfoques psicoterapêuticos quanto a suas bases epistemológicas, seus pressupostos teóricos, métodos, focos de tratamento e objetivos, muitas vezes apresentando propostas divergentes. Embora esta diversidade de enfoques torne difícil definir o que seja psicoterapia, pode-se perceber, na literatura consultada, um fator comum: todas enfatizam a dimensão de tratamento, seja de uma doença ou disfunção que constitui o foco do olhar do psicoterapeuta, seja no sentido de promoção de mudanças de comportamento que se façam necessárias. Por lei, o foco da psicoterapia “é o tratamento psicológico e a solução de problemas de ajustamento. Mais recentemente, passou-se a dar ênfase ao papel do psicólogo clínico na promoção do bem estar subjetivo e psicológico” (Gondim, Bastos, & Peixoto, 2010, p. 175) De acordo com a Organização Mundial de Saúde no seu Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo (2001, p.62),

A psicoterapia se refere a intervenções planejadas e estruturadas visando influenciar o comportamento, o humor e os padrões emocionais de reação em face de diferentes estímulos, com uso de meios psicológicos verbais e não verbais. Não faz parte da psicoterapia o uso de qualquer meio bioquímico ou biológico.

Ribeiro (1986), tomando por base a etimologia da palavra psicoterapia, “cura da alma”, define-a como “uma intervenção na mente de alguém no sentido de curá-la” (p. 41). Wolberg (1979) considera a psicoterapia como sendo uma forma de tratamento psicológico de problemas de natureza emocional, realizado por uma pessoa especializada, objetivando a remoção, modificação ou retardamento dos sintomas, e a promoção de crescimento e de um desenvolvimento positivo da personalidade. Para Dorch (2004, p.956), “psicoterapia é o empenho em tratar somente ou prevalentemente doenças psicogênicas, sejam orgânicas ou mentais”. Abbagnano (2000, p.826) define psicoterapia como “a solução de conflitos seja

individuais seja de grupo, ou a cura de estados mentais patológicos”. Polster e Polster (1979, p.105) colocam que é função da psicoterapia “guiar as pessoas a uma recuperação das suas funções de contato”, ou seja, facilitar um processo pessoal no qual as funções sensoriais, motoras e cognitivas trabalham harmoniosamente, no contato com o mundo interior (intrapsíquico), com o meio onde se está inserido (interpessoal), e com o sagrado, o que está no campo da religiosidade do indivíduo (transpessoal). Para Pinto (2009, p. 11, 44),

(...) é uma interação entre um terapeuta e um cliente e se dirige para uma mudança na vida deste. (...) é um processo dialético e dialógico, é um processo de diálogo entre interlocutores comprometidos profundamente com a busca da melhor configuração para uma dessas pessoas, o cliente.

Esta linha de pensamento é mantida por autores que discorrem sobre a práxis clínica no modelo de curta duração. Garner (1965, p.216) define a psicoterapia breve como “um tratamento no qual a extensão, a frequência e a duração da entrevista são determinadas pelo mínimo necessário para se atingir a melhor condição possível para o paciente”. Segundo Ribeiro (1999), a psicoterapia breve é um processo no qual o terapeuta e o cliente estão envolvidos com a finalidade de encontrar soluções imediatas para situações de qualquer ordem vivenciadas como problemáticas para o cliente, onde a questão mais importante não é o tempo em si, e sim o que fazer e como no tempo que se tem para o processo psicoterápico. Também chamada de psicoterapia focal e psicoterapia de curta duração, o que na verdade irá caracterizá-la é o número limitado de sessões, a limitação dos seus objetivos, o trabalho realizado em torno de um foco, maior atividade do terapeuta, a ênfase na intervenção imediata e a necessidade de um planejamento terapêutico (Small, 1974; Malan, 1981; Guilliéron, 1993; Lemgruber, 1995; Brito, 2002).

Outro modelo de intervenção clínica é o aconselhamento terapêutico. Conforme Santos (1982, p. 40), “o aconselhamento é um método de assistência psicológica destinado a restaurar no indivíduo suas condições de crescimento e de atualização, habilitando-o a perceber, sem distorções, a realidade que o cerca e a agir, nessa realidade, de forma a alcançar ampla satisfação pessoal e social”. O aconselhamento psicológico desenvolvido por Carl Rogers é fundamentado em uma relação empática e de aceitação, delimitada, tendo como objetivo facilitar que o cliente se compreenda e, a partir desta compreensão de si, poder tomar decisões e comportar-se de outras maneiras. É um processo de reorganização do campo perceptivo.

A psicoterapia de apoio, considerada uma das formas mais simples de psicoterapia, é baseada na relação terapeuta/cliente. Sua proposta gira em torno do esclarecimento, aconselhamento, sugestão, auto-afirmação. Para alguns autores essa modalidade é “o alicerce da boa atenção clínica” (OMS, 2001), devendo ser incluída, enquanto atitude, em todas as atividades clínicas.

A Psicoterapia de Crise objetiva, em poucos contatos, facilitar pelo menos a restauração do equilíbrio que o cliente apresentava antes da crise ser desencadeada ou, quando possível, um equilíbrio mais saudável que o existente anteriormente¹⁰. Objetiva fornecer uma “ajuda rápida e eficaz que pode resultar numa diminuição do sofrimento, no encurtamento do período de perturbação e numa maior realização para a vida do indivíduo” (Small, 1974). Esta modalidade é muitas vezes utilizada como um primeiro nível de intervenção, sendo o cliente depois encaminhado para um processo psicoterápico clássico. O enfoque pode ser genérico, identificando-se padrões de respostas genéricas ao sintoma/problema a ser trabalhado, que se transformarão em temas para as sessões terapêuticas; ou individual, onde se trabalhará a especificidade da situação de crise do cliente, o que a provocou, situações análogas na sua história de vida e quais os seus conflitos que são pertinentes ao foco. (Small, 1974; Brito, 2002; Pinto, 2009)

A Psicoterapia de Emergência, como o próprio nome diz, tem um caráter imediato devido à sua especificidade. Considerada por Millán (2007) mais uma intervenção psicossocial do que uma proposta psicoterápica, é um modelo indicado para situações de crises, desastres, acidentes, individuais ou coletivos, provocados por outro ser humano, por circunstâncias geográficas ou sociais. Originada a partir da pesquisa de Lindemann com sobreviventes de um incêndio em uma boate em Boston, foi estruturada por Grinker e Kardiner na década de 40. Objetiva proteger o cliente e/ou pessoas da sua convivência que correm riscos em função do desequilíbrio do mesmo, assim como a prevenção de comoções sociais; busca também facilitar a retomada do contato do cliente com a realidade. (Small, 1974; Millán, 2007; Pinto, 2009).

Concluindo esta reflexão sobre o que é psicoterapia, a autora concorda com Ribeiro quando diz que

Fazer psicoterapia assemelha-se a fazer pontes entre dados falados, vividos. É facilitar à pessoa usar essas pontes para reencontrar

¹⁰ Mais saudável no sentido de um equilíbrio que atenda melhor as necessidades do indivíduo, dadas as suas condições bio-psíquicas e as condições do meio onde ele está inserido, na relação com o qual essas necessidades serão atendidas.

lugares perdidos dentro de si mesma. É instigá-la a procurar soluções novas. É ajudá-la a entrar em cena com um script diferente daquele que ela sempre usou. (1999, p143).

Na verdade, os modelos psicoterápicos foram sendo desenvolvidos e privilegiados de acordo com o momento sóciohistórico vigente. Na década de 50, com o advento da psicologia humanista, há uma ampliação dos objetivos da psicoterapia da remissão dos sintomas, alívio da dor, aumento da auto-estima e ressignificação da auto-imagem, entre outros, para o ajudar o cliente a

(...) lidar consigo mesmo e com os outros de forma espontânea, despertar o prazer e alegria de viver, o resgate da pessoa na sua capacidade de se querer bem, de se ver como possível, administrar as diferenças e conviver criativamente com problemas que não consegue resolver (Ribeiro, 1999, 138-39).

Na década de sessenta, com a aprovação do *Community Mental Health Act* pelo presidente John F. Kennedy e a subsequente criação e desenvolvimento dos Centros Comunitários de Saúde Mental nos Estados Unidos, trazendo o atendimento psicológico às massas, há um recrudescimento das psicoterapias tradicionais em favor de uma demanda de modelos de psicoterapia breve (Bellak & Small, 1980; Lemgruber, 1984, 1997). Esse projeto de lei desencadeia um movimento que vai além da assistência e tratamento aos doentes mentais, priorizando a prevenção. Ao defender o desenvolvimento nos campos da saúde, educação, bem estar social e renovação urbana em geral, Kennedy estava se concentrando na prevenção primária, trazendo o problema da doença mental ao nível da comunidade (Caplan, 1980). Pensar em prevenção, principalmente prevenção primária, é pensar na redução da prevalência daquele quadro, já que o enfoque não é sobre o problema do indivíduo ou de determinado grupo, mas sobre a situação total com que a comunidade se defronta. Começa-se a falar em uma psicologia preventiva que, pelo exposto acima, busca modelos de intervenção que atendam a um maior número de pessoas, o que automaticamente implica na diminuição da duração do processo. Como foi dito, os tratamentos psicoterápicos tradicionais, longos e individualizados, passam a ser questionados, privilegiando as intervenções de curta duração.

A partir da década de 60, portanto, a Psicologia vai exercitando ficar mais próxima dos setores menos privilegiados da população, buscando com isso uma deselitização da profissão, enquanto suas práticas vão ganhando uma significação política de mobilização e transformação sociais (Freitas, 2007). A expressão “psicologia na comunidade” começa a ser utilizada para significar a atuação do psicólogo em alguma instituição voltada para a prestação

de serviços de diversas áreas para a população em geral. A psicologia passa a ser, enfim, uma atividade que se insere no contexto do trabalho social na área de saúde.

São construídos outros modelos de intervenção psicológica para tratar populações socioeconomicamente carentes, como a Entrevista do Núcleo, de Wolk (1967), com sessões únicas onde o processo tenha início, meio e fim na própria sessão. Baseada no modelo de Wolk, Brito (2003) desenvolve uma proposta de ação terapêutica definida como uma ação ou conjunto de ações intencionadas para a promoção de mudanças, mudanças no sentido da consciência do indivíduo ou do grupo sobre o que está acontecendo consigo e com o seu entorno, de forma a poder se ressignificar e mover-se na direção da melhora de saúde e qualidade de vida, a partir desta tomada de consciência. Mais ampla que a proposta psicoterápica, inclui aspectos informativos e educativos, não se restringindo ao espaço do consultório. A ação terapêutica é um modelo de intervenção que se enquadra no que atualmente é chamado de “clínica ampliada”, conceito discutido mais adiante.

De fato, observa-se que a prática psicológica passa cada vez mais a integrar instrumentos da clínica e da educação em um enfoque psicossocial. Dentro desse movimento, surge no Brasil, na década de 80, a psicologia comunitária, também chamada de sócio-comunitária, cujo fazer é definido por Góis como

(...) estudar as condições (internas e externas) ao homem que o impedem de ser sujeito e as condições que o fazem sujeito em uma comunidade, ao mesmo tempo que, no ato de compreender, trabalhar com esse homem a partir dessas condições, na construção de sua personalidade, de sua individualidade crítica, da consciência de si (identidade) e de uma nova realidade social (1994, p.117).

Se considerarmos Bezerra (conforme citado em Spink, 2010, p.93) quando afirma que “fazer clínica não é apenas lidar com a interioridade psicológica do sujeito, mas lidar com a rede de subjetividade que o envolve”, a prática sócio-comunitaria está dentro do escopo da clínica, não de uma clínica psicoterápica individual, mas de uma clínica ampliada, que considera as interações, conflitos, as questões ideológicas, enfim, todo o contexto social onde ele vive, buscando resultados nesse contexto.

A prática clínica na atenção básica em saúde é qualificada como “ampliada”, no sentido de uma clínica não mais pensada a partir de um *a priori* individual e sim de uma perspectiva dialética entre sujeitos e coletividade (Moreira, 2007,p1). De acordo com Rabelo, Mattos, Coutinho e Pereira (2005), a clínica ampliada é chamada de “clínica psicossocial”, “clínica do território” e “clínica da Reforma”. Embora mantenha a atitude de observar e

escutar originária do conceito de clínica, inclui as ações sociais e “a rede territorial de relações da vida do paciente” (p.24).

Mesmo considerando que a questão saúde/doença, na sua dimensão psicológica, sempre tenha feito parte da Psicologia e que, em função da prática clínica, a Psicologia possa ser considerada uma profissão da área de saúde, a psicologia da saúde surge como um novo campo da Psicologia, mais especificamente da psicologia social, por “situar as questões da saúde na interface entre o individual e o social” (Spink, 2007, p. 29). De acordo com Gondim, Magalhães e Bastos (2010), a emergência na Psicologia desse novo domínio de atuação traz uma “ampliação do escopo de atividades e contextos de inserção do psicólogo nas unidades de saúde de diferentes níveis de atenção, nos setores público e privado” (p. 428). Alguns desses aspectos já foram discutidos no capítulo anterior e outros ilustrados no capítulo seguinte, com a descrição das atividades realizadas pelo psicólogo nos CAPS II.

Estamos falando de uma clínica psicológica voltada para a atenção primária em saúde, onde o foco do trabalho é o sujeito integral, e o processo saúde-doença é compreendido não apenas sob o enfoque psicológico, como também econômico, social e político. Um fazer clínico que se enquadra na “clínica ampliada”, onde se tenta produzir um diálogo entre o mundo e o sujeito, e o mundo psíquico do sujeito e a cultura, uma clínica psicossocial que integra estruturação psíquica e pertencimento social, abarcando a complexidade das relações sociais que definem as posições dos sujeitos no mundo (Silva, 2008). O profissional de Psicologia é convidado a participar dos anseios e práticas da comunidade, passando a considerar todos os campos de necessidades da vida social e humana – educação, trabalho, proteção ambiental, lazer, segurança, alimentação, moradia, respeito à vida e consideração humana – como fundamentais para a construção da saúde integral.

Esta ampliação vem trazendo a necessidade de uma ressignificação do que é a psicologia clínica, e de como ela pode ser compreendida no contexto público-comunitário. Para Figueiredo (2004), o campo da clínica psicológica deve ser definido por sua ética, significando que “ela está comprometida com a escuta do interdito e com a sustentação das tensões e dos conflitos. (...) Clinicar é, assim, *inclinarse diante de*, dispor-se a “*aprender-com*”, mesmo que a meta, em médio prazo, *seja aprender sobre*” (p. 63, 165). Busca-se, portanto, um modelo de atuação clínica que gere condições de uma escuta contextualizada. Neste sentido, o psicólogo clínico passa a ser compreendido não apenas como um “dispositivo terapêutico”, mas também como um agente histórico.

5. O QUE SÃO OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CARACTERIZANDO O LÓCUS DA PESQUISA.

(...) o louco é excluído porque insiste no direito à singularidade e, portanto, à interioridade. E, com efeito, se a loucura é nesse mundo patologia ou anormalidade é porque a coexistência de seres diferenciados se tornou uma impossibilidade (Frayze-Pereira, 2002, p. 102.)

Como exposto no item 3.1, no final da década de 80 e início da década de 90, surgem vários documentos discutindo o mandato social da Psiquiatria, dando continuidade ao movimento em prol da desinstitucionalização e reintegração das pessoas em sofrimento psíquico na comunidade. São afirmados como direitos dos pacientes psiquiátricos o de ser tratado em um ambiente o menos restritivo possível, o de poder viver na comunidade, o direito à confidencialidade e ao acesso às informações sobre si, o de poder dar o consentimento para o tratamento, implicando toda uma ressignificação da prática asilar, desde procedimentos para a adoção da admissão involuntária até condições mais adequadas nas instituições psiquiátricas.

Em conformidade com essa política, o Ministério de Saúde começa a apoiar experiências institucionais na rede de atenção à saúde mental. Surge, em março de 1986, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Embora os CAPS tenham surgido no final da década de 80, são oficialmente criados pela Portaria 189 de 19/09/91, e normatizados pela Portaria 244/92, que introduz os Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial, com um turno e dois turnos, na Tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde do Brasil (SAI-SUS) (Rabelo, Matos, Coutinho & Pereira, 2005; Silveira, 2003).

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços de saúde extra-hospitalar-comunitários, de assistência pública municipal, estatal ou contratada, destinados ao tratamento individual e coletivo de portadores de transtornos mentais severos e persistentes¹¹, através de estratégias intra e extramuros. Conceituados pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, como unidades de

¹¹ O termo transtorno mental severo e persistente é utilizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002; Brasil 2005) referindo-se à incapacitação não eventual e crônica, caracterizada por transtornos com duração significativa, grau de sofrimento psíquico, incapacitação nas relações interpessoais e competência social, como as psicoses, neuroses graves e quadros de dependência química.

saúde locais/ regionalizadas que contam com uma população adstrita, definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004, p. 12). Sua criação pode ser considerada como o início da inversão do padrão assistencial. Cabe aos CAPS fazerem não apenas o acompanhamento clínico dos usuários, como também trabalharem para a reinserção social dos mesmos.

Considerando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como uma estratégia fundamental para a organização da rede de atenção em saúde mental e consequente mudança do modelo assistencial, o Ministério da Saúde, a partir de 2001, consolida uma política de expansão continuada da rede CAPS em todo o território nacional. Em 2004 é realizado, em São Paulo, o primeiro Congresso Brasileiro dos Centros de Atenção Psicossocial, um marco por reunir “dois mil trabalhadores e usuários de CAPS” (Silveira, 2003).

Em fevereiro de 2002, a Portaria nº 336 (Diário Oficial da União; 20/ 02/2002) cria critérios para a classificação e credenciamento dos CAPS baseados na população e composição da equipe técnica. São definidos três níveis de CAPS, dependendo de seu porte, complexidade e abrangência populacional. Além disso, é definido o teto de usuários para atendimento mensal, baseado na frequência/dia, e não mais no número de turnos/dia.

As três modalidades de serviços – CAPS I, II e III, CAPSad e CAPSi - destinam-se ao atendimento público em Saúde Mental na forma de serviço ambulatorial de atenção diária. Segundo Andreoli *et al* (2004, p. 838) estes “deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo”. Situados em distritos sanitários de regiões metropolitanas, em municípios de médio ou grande porte, os CAPS devem estar integrados a uma comunidade delimitada geográfica e demograficamente, de forma a garantir à população os direitos de cobertura universal e equidade, em conformidade com a política da atenção em saúde mental do Ministério da Saúde.

O CAPS I é um Centro de Atenção Psicossocial de menor porte, dando cobertura a municípios de 20 a 70.000 habitantes. Funcionando das 08 às 18 horas de segunda a sexta-feira, tem a capacidade para acompanhar cerca de 240 usuários por mês, com uma equipe mínima de nove profissionais, de nível médio ou superior. Não há a obrigação de ter um psiquiatra na equipe, este podendo ser substituído por um generalista treinado e três profissionais de nível universitário. Sua clientela é composta de adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O CAPS II é um serviço de médio porte, previsto para municípios entre 70 e 200.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período até 21 horas. Sua equipe é composta por no mínimo doze profissionais de nível médio e superior, um sendo psiquiatra, oferecendo não apenas o atendimento diário, como permitindo um planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Atende adultos com transtornos mentais severos e persistentes, com a capacidade para 360 usuários por mês.

O CAPS III é um serviço de maior porte e complexidade, voltado para municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionando durante 24 horas por dia, todos os dias da semana e feriados, possibilita o acolhimento noturno e internações curtas de algumas horas a 10 noites/mês, por dispor de até 5 leitos. Sua equipe mínima é de 16 profissionais entre profissionais liberais de nível médio e superior, entre eles o psiquiatra, além de uma equipe noturna e uma para o final de semana. Atende adultos com transtornos mentais severos e persistentes, com a capacidade para o acompanhamento de 450 pessoas por mês.

Os CAPSad¹² são destinados ao atendimento de pessoas com dependência e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Em função dessa característica, são equipamentos previstos não apenas para cidades com uma população de mais de 200.000 habitantes, como os CAPS III, como também em municípios cuja localização geográfica é parte da rota do tráfico de drogas, cidades fronteiras ou regiões com indicadores epidemiológicos relevantes. Funcionam de segunda a sexta-feira, tendo a capacidade de acompanhar 240 usuários por mês, com uma equipe mínima composta do psiquiatra e mais doze profissionais de nível médio e superior. Trabalhando a partir de uma perspectiva de redução de danos, suas ações devem estar integradas ao meio cultural e ao funcionamento da comunidade em que estão inseridos, considerando toda a problemática envolvida no cenário do consumo de drogas.

Os CAPSi são voltados para o cuidado de usuários infanto-juvenis com transtornos mentais, também em municípios com mais de 200.000 habitantes, com a capacidade para o atendimento de 180 crianças e adolescentes por mês. Funcionam os cinco dias úteis da semana com uma equipe de onze profissionais de nível médio e superior, inclusive o psiquiatra. Sua política de atendimento está em conformidade com as propostas elaboradas

¹² Os CAPSad fazem parte de uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, instituído pelo Ministério da Saúde, como parte do SUS, em 2002, para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Essa rede é articulada à rede de atenção psicossocial e tem como fundamento a política de redução de danos.

pelo Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).^{13 14}

Cabe ao CAPS:

- Prestar atendimento às pessoas que sofrem de transtornos mentais em regime de atenção diária, em seu território de abrangência, gerenciando os projetos terapêuticos e oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado, respeitando a singularidade dos usuários. Esse cuidado clínico implica em promover um ambiente acolhedor e manter profissional responsável durante todo o período de funcionamento da Unidade. Fornecer atividades e alimentação para a permanência diária dos pacientes com alto grau de desestruturação psicossocial, de acordo com as normas em vigor;
- Promover a inserção social dos usuários através de ações inter-setoriais intra e extramuros, incluindo familiares e a comunidade local; desenvolver estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer. Incluir a atenção à moradia e ao trabalho profissional permanente.
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em Saúde Mental da sua área e coordenar junto com o gestor local atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território.
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a Saúde Mental, e incluir o fornecimento dos medicamentos necessários;
- Oferecer atividades de capacitação permanente para a equipe técnica, com vistas à qualidade do cuidado. Estabelecer programas de indicadores para avaliação periódica dos

¹³ Diretrizes do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes:

“- Reconhecer aquele que necessita e / ou procura o serviço – seja a criança, o adolescente ou o adulto que a (o) acompanha – como portador de um pedido legítimo a ser levado em conta, implicando uma necessária ação de acolhimento;

-Tomar em sua responsabilidade o agenciamento do cuidado, seja através dos procedimentos próprios ao serviço procurado, seja em outro dispositivo do mesmo campo ou de outro, caso em que o encaminhamento deverá necessariamente incluir o ato responsável daquele que encaminha;

- Conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou adolescente como sujeitos de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social;

- Comprometer o(s) responsável(is) pela criança ou adolescente a ser cuidado – sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de atenção, situando-os igualmente, como sujeito(s) da demanda.

- Garantir que a ação do cuidado seja o mais possível fundamentada nos recursos teórico técnicos e de saber disponíveis ao(s) profissional(is), técnico(s) ou equipe atuante(s) no serviço, envolvendo a discussão com os demais membros da equipe e sempre referida aos princípios e diretrizes coletivamente estabelecidos pela política pública de saúde mental para constituição do campo de cuidados.

- manter abertos os canais de articulação da ação com outros equipamentos de território, de modo a operar com a lógica da rede ampliada de atenção.” (Brasil, 2005, p.

¹⁴ A caracterização dos tipos de CAPS foi baseada em BRASIL, 2004, 2005; Rabelo, Mattos, Coutinho e Pereira, 2005.

procedimentos e do serviço que incluam técnicos, usuários, familiares, voluntários do cuidado e comunidade.

- Dar suporte e supervisionar a atenção à Saúde Mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); assessorar a Secretaria Municipal de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde, Comissão Municipal de Saúde Mental e Programas de Saúde que lhe sejam afins na definição da política de saúde e na articulação estratégica dos planejamentos na área social.¹⁵

Em suma, a proposta dos CAPS transcende o mero atendimento médico e psicológico. Na verdade, configura-se como uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade, cuja característica principal é estimular a integração social e familiar dos seus usuários, apoiando-os em suas iniciativas de busca da autonomia e reinserção no ambiente designado como seu território ¹⁶.

Para dar conta da complexidade do processo de inclusão social dos seus usuários, é função do CAPS mobilizar não só os recursos comunitários à sua volta, como também os recursos existentes em outras redes, como as jurídicas, sociais e educacionais. O quadro a seguir expressa a complexidade da construção dessa rede de atenção de saúde mental.

¹⁵ Esses dados foram encontrados em Brasil, 2004; 2005; Rabelo, Mattos, Coutinho & Pereira, 2005; Barroso & Sampaio, 1994; 2001.

¹⁶ O território aqui é o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana, constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos e interesses, família, vizinhos e amigos, suas instituições e cenários - igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.- o espaço onde essas pessoas se realizam enquanto sujeitos, utilizando os recursos disponíveis na sua comunidade. (Brasil, 2004, p.11)

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



(Brasil, 2004, p.11)

Levando-se em consideração que o CAPS é um espaço institucional voltado para a inclusão social através da instrumentalização dos seus usuários para o exercício da vida civil, e que essa instrumentalização demanda um projeto terapêutico personalizado que reconheça as alteridades destes usuários, é importante que, antes de se adentrar no projeto terapêutico propriamente dito, seja discutido quem é esta clientela.

De acordo com Rabelo, Tavares & Faria (2009), pode-se caracterizar dois tipos gerais de usuários: os que apresentam dificuldades profundas de superação de suas limitações, sequelas do processo de cronificação, além de estarem marcados pelo preconceito e estigma social; e aqueles que, embora possam estar em sofrimento intenso e/ou já tenham passado

por algumas internações, respondem bem à reabilitação psicossocial¹⁷, vão cotidianamente ao CAPS e não apresentam os efeitos da institucionalização característica dos pacientes com longos anos de internação. Considerando que o projeto terapêutico “é o desenho do plano de atenção específica e individualizada para atendimento das necessidades do sujeito considerando suas contingências sociais, econômicas e culturais, suas reais possibilidades no tempo e nos contextos atuais” (Rabelo, Tavares & Faria, 2009, p.147), este projeto terá uma ênfase diferente para cada grupo. Para o primeiro, o trabalho será mais voltado para a desconstrução do estigma relacionado à incapacidade e periculosidade, enquanto que, para o segundo, a ênfase é a sua autonomia e o exercício da vida civil.

Na verdade, o Projeto Terapêutico Individualizado (PIT) faz parte de um projeto maior, o projeto técnico global da Unidade, cujo processo se inicia com a recepção do usuário no serviço. Como é o primeiro contato do usuário com o serviço, a Recepção deve ser feita de forma cuidadosa, pois aí começa a construção da relação do usuário com o mesmo. A Recepção faz parte do Acolhimento.

É considerado Acolhimento o primeiro contato do usuário com a equipe técnica, não só através do atendimento individual, como também de modalidades grupais, como “Grupo de Recepção”, “Grupo de Acolhimento”, “Grupo de Sala de Espera”, entre outros. Estes grupos são coordenados geralmente por dois ou mais membros da equipe técnica, e têm o papel de acolher, avaliar e encaminhar o usuário. Rabelo, Mattos, Coutinho e Pereira (2005, p. 238) denominam de “Clínica de Recepção” esse tipo de acolhimento. O profissional que fez o acolhimento geralmente torna-se o Terapeuta ou Técnico de Referência, embora sempre se leve em consideração o vínculo que o paciente desenvolveu com o profissional, elemento fundamental para o seu tratamento. O Terapeuta de Referência tem como responsabilidade acompanhar junto com o usuário seu Projeto Terapêutico, avaliando-o periodicamente e sendo também responsável pelo contato com a família e pelo diálogo com a equipe técnica sobre o usuário que esteja sob a sua responsabilidade.

Baseado no que foi percebido no Acolhimento, na história do paciente no prontuário, é então construído, por toda a equipe, o Projeto Terapêutico Individual, levando em consideração em que procedimento do SUS – intensivo, semi-intensivo ou não intensivo¹⁸ –

¹⁷ Também chamada de “inclusão social”, a reabilitação social é um termo utilizado inicialmente no inglês por Spivac em 1987, e no Brasil por Pitta em 1996, significando não apenas a função de preparar o usuário para poder viver melhor na comunidade, como também a de preparar a comunidade para conviver com os socialmente diferentes. (Rabelo, Mattos, Coutinho & Pereira, 2005, p. 23)

¹⁸ - Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

o paciente será inscrito. O PIT refere-se a um conjunto de atendimentos e atividades na Unidade e fora dela, durante a permanência diária no serviço, respeitando as necessidades e particularidades de cada usuário. O PIT será continuamente revisto pelo Terapeuta de Referência e discutido na reunião semanal da equipe técnica, quando necessário.

Os CAPS oferecem uma gama de diferentes atividades terapêuticas, dentro da proposta de uma “Clínica ampliada”¹⁹:

- Atendimentos individuais: consultas médicas generalistas ou psiquiátricas, consultas psicológicas, psicoterapia, consulta de enfermagem, consulta de serviço social, consulta de fisioterapia ou terapia ocupacional.
- Atendimentos em grupo: grupos operativos, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda (profissionalizantes), oficinas de alfabetização, oficinas culturais, oficinas de habilitação social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal, grupos de atividades esportivas, e grupos de atividades de suporte social.
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares.
- Atividades comunitárias.

Como visto, os novos modos de produção de cuidado no sistema público de saúde demandam a inclusão do espaço da cidade como “estratégia agenciadora de novos vínculos ou de novas significações na rede de contratualidade do sujeito no seu existir” (Silveira, 2003, p. 36). Com efeito, o espaço da cidade legitima o convívio social e o exercício dos direitos e deveres, tendo um papel fundamental no resgate da autonomia do usuário. Levando-se em consideração a posição estratégica dos CAPS como articulador das relações usuário-família, usuário-território, além da articulação mais ampla entre os vários componentes e redes de assistência, conclui-se que o CAPS é, por excelência, o órgão promotor da reinserção social do usuário, da apropriação da sua dignidade como pessoa e cidadão.

- Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

- Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.”

(Brasil, 2004, p. 16)

¹⁹ Para mais informações consultar Brasil, 2004; Rabelo, Mattos, Coutinho & Pereira, 2005.

6. A CONSTRUÇÃO DO SIGNIFICADO ATRAVÉS DA RELAÇÃO: UMA PERSPECTIVA DIALÓGICA

*In many ways, human reasoning in everyday contexts is a miracle. We are capable of making up our mind – as well as changing it instantly – about different aspects of our present relation to the environment. (...) By such construction of meaning through language we can create our worries and our feelings of horror, as well as our hopes and our illusionary feelings of security*²⁰. (Valsiner & Josephs, 1998).

Para o presente estudo, foi escolhida a Teoria do *Self* Dialógico, de Hubert Hermans, em razão de a mesma possibilitar não apenas uma compreensão das narrativas dos entrevistados, a partir da interação dos aspectos individuais, culturais, experienciais e semióticos envolvidos, como também a construção gradual, ao longo do tempo, da forma e dos significados na relação do psicólogo consigo e com o entorno. Essas significações vão mediando as experiências vividas pelos psicólogos nos CAPS, as quais também vão sendo ressignificadas. Como afirma Raggatt (2007), “(...) o *self* incorpora simultaneamente o pessoal e o social, assim como também incorpora mudança e permanência”²¹ (p.359).

O dialogismo²² toma como metáfora de base o diálogo, já que a existência humana é sempre partilhada com um Outro. Neste sentido, diálogo pressupõe algo ainda mais fundamental: a relação. Poder-se-á dizer que este princípio é a pedra fundamental da perspectiva dialógica sobre o ser humano. Para o dialogismo, existir é estar em relação, existência é coexistência. É nessa coexistência que a subjetividade se constrói, ou seja, é pela diferenciação do Outro que a experiência de um Eu é possível. Assim, o Eu e o Outro são elementos coexistentes em uma relação de simultaneidade e diferença, onde um institui o outro.

²⁰ “De muitas maneiras, o raciocínio humano nos contextos diários é um milagre. Somos capazes de tomar decisões – assim como de mudá-las instantaneamente – sobre diferentes aspectos da nossa relação do momento com o ambiente. (...) Por tal construção de significado através da linguagem nós podemos criar nossas preocupações e nossos sentimentos de horror, assim como nossas esperanças e nossos sentimentos ilusórios de segurança” (tradução livre da autora)

²¹ Tradução livre da autora.

²² Dialogismo: quadro epistemológico referindo-se a categorias mais gerais como “dialogicidade” ou “dialogicalidade”, possibilitando o pensar sobre a ação, cognição e comunicação humanas, ou seja, entender como os seres humanos adquirem conhecimento sobre o mundo e atribuem significado ao mesmo. (Linell, 2009, p. 1, tradução livre de Antonio Marcos Chaves). O princípio da Dialogicidade ou dialogicalidade é que uma das essências da condição humana é o ser no mundo como ser interdependente com a existência dos outros. “O ser humano, a pessoa, é interdependente com as experiências, ações e pensamentos dos outros. A pessoa não é um indivíduo autônomo”. (Linell, 2009, p. 11)

Segundo a Teoria do *Self* Dialógico²³ (SD), somos constituídos por múltiplas facetas, ou posições de Eu, cada uma com sua voz específica e podendo ou não ter uma perspectiva diferenciada de mundo. O sujeito é, portanto, polifônico, sendo sua identidade construída através do diálogo contínuo com os outros e com as várias posições de Eu (Cunha, 2007, p.3).

6.1. A TEORIA DO *SELF* DIALÓGICO

Construímos as nossas significações de mundo na interação com os outros e com o entorno. Nesta perspectiva, a formação de sentido é interativa e contextual. Este sujeito cognoscente é interdependente dos outros, criando uma imagem de si mesmo e do sentido do seu estar no mundo nesta inter-relação, em uma contínua re-atualização no aqui e agora; os seus processos de significação e de conhecimento são, na sua base, essencialmente comunicacionais e relacionais, situacionais e históricos (Cunha, 2007; Salgado & Gonçalves, 2007). Segundo o dialogismo, nós, humanos, possuímos, portanto, uma mente social (Linell, 2009).

A criação de significados é, então, considerada a partir da comunicação e da relação entre um centro experiencial - “Eu/Ego” - e uma periferia, que designa tudo o que não representa este centro - “Outro/Alter” (Marková, 2006; Salgado, 2003). Esse Outro se concretiza em um plano interpessoal – Outro como outro indivíduo ou como o social - ou, em um plano intrapessoal, a relação entre as diferentes partes de si. Portanto, a existência é sempre orientada-para o Outro, ou “Outro-orientada”

De fato, na visão do SD, o papel do Outro é flexível, podendo ser uma pessoa real, “outros sociais” da pessoa em interação com ela, construções pessoais do real ou imaginário, “outros sociais” no domínio do intra-psicológico e a criação das vozes dos “outros” (Valsiner, 2007, p.153).

Ainda nos referindo ao Outro, George Herbert Mead introduziu o conceito de “Outro Generalizado”, que possibilita a compreensão de como o social se torna pessoal, ou seja, a origem social da autoconsciência, sem perder a noção da função transformadora do pessoal. Desenvolve-se a autoconsciência através de ações no domínio social, domínio esse completado pelo reflexo do pessoal. O “Outro Generalizado” é um tipo de desempenho pessoal que implica na “(...) suposição e interpretação de uma atitude comum, em um

²³ O self é uma entidade teórica que existe através de um processo de relações dialógicas entre os seus vários aspectos ou subpartes, também chamadas de posições de Eu, construídas a partir das experiências do indivíduo no mundo social (Valsiner, 2007, p. 149). Assim, o SD pode ser concebido como a multiplicidade dinâmica e tensional das posições que o Eu ocupa em um espaço dialógico interno.

processo que começa com uma ação social e se move através de um ajustamento pessoalmente organizado para alcançar um sentido de *self* dentro do social” (Dodds, Lawrence & Valsiner, 1997, p. 485)

Estes dois polos, Eu e Outro, estão simultaneamente interligados e contrastantes, numa relação de mútua definição. Desta forma, a existência pessoal ganha sentido no constante posicionamento e reposicionamento em relação a um “Outro” ou multiplicidade de “Outros”, e a reação pessoal do sujeito à reação do Outro ou Outros; possibilitando a ressignificação subjetiva, a novidade e a transformação. Na verdade o que ocorre é um triálogo: como o Outro responde à ação/atitude do sujeito, como o sujeito responde a si (reflexividade), e como agrega a resposta do Outro a si, à sua resposta a si mesmo, ressignificando ou não a situação. O Mim atua reflexivamente, ao passo que o Eu externaliza o que foi refletido. O Mim e o Eu constituem o *self*, que é dialógico na interação com o Outro.

Para a Teoria do *Self* Dialógico, a fronteira entre o “Eu” e o “Outro” não é bem definida, só existindo o diálogo. O conhecimento e criação de significados se dão através da experiência subjetiva da relação de diálogo com outros, presentes ou ausentes, em determinado contexto, onde o que emerge como figura, o que é experienciado a cada momento sempre existe na relação com o fundo que lhe dá o bordo, que dá o substrato para a construção da significação dessa experiência. A base para a construção de significados é a construção social, já que a construção individual também é social, pois os hábitos e conceitos são adquiridos em ambientes socioculturais. Assim sendo, o significado pode ser considerado como uma compreensão compartilhada por outra pessoa.

Na visão dialógica, a mente individual se desenvolve em uma interação constante com os outros. Esta intersubjetividade é considerada como uma propriedade essencial da comunicação. A intersubjetividade envolve mutualidade, reciprocidade, sintonia com o outro, uma ressonância mútua de perspectivas. Além da intersubjetividade, o pensar e comunicar também envolve alteridade, no sentido em que o outro frequentemente traz uma perspectiva diferente, um significado diferente do seu interlocutor. Como afirma Linnel (2009), a “orientação – para o Outro tem dois lados: comunalidade e compartilhamento com outros, e diferença de outros. De um lado, há as suposições e esforços para uma ‘intersubjetividade’; de outro, há a ‘alteridade’ (p. 81). Portanto, além da reciprocidade e mutualidade, o Outro introduz tensões no sentido de estranhamento, oposições, fruto de diferenças entre as pessoas, culturas, tradições. Esta tensão dialógica não apenas é um pré-requisito ao diálogo como o movimenta e o enriquece, trazendo uma outra compreensão e conhecimento. A esse respeito, Cunha (2007) afirma que

O dialogismo é a celebração da outridade (Sampson, 1993), sendo que a outridade (ou, de uma forma mais lata, a alteridade) assume um papel instituidor da nossa existência relacional. É, por isso, difícil e artificial discutir a relação sem problematizar o Outro, pois é através dele que eu existo e me defino e é nessa tensão de contraste figura-fundo que vivemos toda a nossa vida (p.16).

Esses conceitos são de grande utilidade para a compreensão da prática do psicólogo do CAPS, aonde ele irá se confrontar com a tensão do diálogo com uma multiplicidade de saberes advindos do contexto multiprofissional.

Concluindo, na sua relação profissional com os pares, com a clientela e com outros companheiros de trabalho, no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial, o psicólogo vai desenvolvendo uma perspectiva subjetiva, uma *gestalt* do momento vivido, que lhe vai dando a dimensão do seu trabalho como psicólogo. De acordo com o dialogismo, as interações, atividades e situações são básicas.

Todo processo de conhecimento é sempre co-construído através de diferentes tipos de relação e comunicação com os Outros: na relação dialogante com o Outro e pela influência que determinadas audiências, internas ou externas, exercem sobre a forma como cada ser humano se posiciona num determinado contexto e perante uma determinada pessoa. (D'Alte et al., 2007, p.11)

Na verdade, cada um de nós vivencia dois processos dialógicos: o heterodiálogo, que envolve o diálogo com os outros em si e com os outros imaginados, e o autodiálogo, ou diálogo consigo mesmo. Estamos falando dos planos interpessoal e intrapessoal, sendo esses domínios intra-psicológico e inter-psicológico igualmente importantes para a formação de sentido do self dialógico. A relação dialógica pode envolver desde o diálogo intra-psicológico entre as diferentes partes do *self*, até uma grande variedade de sub-componentes, as multi-vozes de Bakhtin (Valsiner, 2007).

Para Bakhtin (1984, p.287), “ser é comunicar”. A existência é criada a partir desta atividade comunicacional e de endereçamento para um outro, na sua alteridade. A relação é pautada pela antecipação da resposta que possa ser suscitada nesse Outro e pela forma como esta mesma antecipação molda a nossa ação no momento seguinte. Esta assimilação e consciência da posição do Outro, em uma contínua relação de tensão e diferença entre os interlocutores é que possibilita ao ser humano a constituição e esclarecimento da sua própria

posição e existência pessoal. Esta dimensão dialógica do *Self* é chamada por Valsiner (2008) de *I-position* (posição de Eu), tema que iremos abordar em seguida.

6.2. COMPREENDENDO AS POSIÇÕES DE EU

Dentro de uma perspectiva dialógica, a vida é dinâmica, um eterno vir-a-ser na irreversibilidade do tempo, em uma relação que é sempre nova, pois cada momento é único, mesmo quando as experiências são significadas como repetidas, “remetendo-nos para posicionamentos²⁴ espaciotemporais específicos” (Cunha, 2007, p.22).

Todo indivíduo tem várias posições de Eu. No presente estudo, podemos falar do eu-psicólogo, eu-psicoterapeuta, eu-técnico do CAPS, eu-pessoa, eu-estudante, eu-agente político, eu-gestor, entre outras. Essas posições de Eu não são fixas, estando em constante movimento, o Eu movendo-se de uma posição para outra de acordo com as mudanças no tempo e das situações (Hermans, 2002). Cada posição de Eu cria a sua voz, que se relaciona com as vozes das outras posições de Eu.

A identidade é construída a partir desse jogo dialógico entre as diferentes posições de Eu. Assim, a identidade é um processo sempre inacabado, já que múltiplas auto-imagens vão sendo construídas ao longo das experiências vividas, nas quais são desempenhados papéis variados. Conforme Chaves (2011, p.54), permeado por nossas experiências do passado, expectativas e medos em relação ao futuro, o *self* é continuamente reconstruído para que se possa lidar com as situações vividas ao longo da existência. Pode-se assim afirmar que o humano é autor e ator de várias histórias, com personagens diferentes, e processos dialógicos internos e externos variados. Embora haja essa multiplicidade dinâmica e oposições entre as vozes do Eu, ao discutir as várias ideias contidas no conceito de SD de Hermans, Raggatt (2007) lembra que as vozes trazem também uma continuidade nas histórias ao longo do tempo:

Isto, todavia, não significa que sempre que narramos nossas histórias estamos construindo um *self* completamente novo, uma vez que a construção de nós mesmos se acumula através dos tempos, até se padronizar em modelos convencionais. (...) essas histórias se tornam obsoletas à medida que necessitam se adequar a novas circunstâncias, novos amigos e novas empreitadas (Chaves, 2011, p. 54).

²⁴ Posicionamento, na concepção de Harré e van Langenhove, é “a construção discursiva das histórias pessoais que tornam as ações da pessoa inteligíveis... como atos sociais, e dentro das quais os membros de uma conversação têm localizações específicas” (Raggatt, 2007, p. 359)

De acordo com Cunha, (2007, p. 22), essa diversidade gera uma heteroglossia²⁵, demandando do indivíduo uma contínua organização semiótica, pois as transformações das mutantes posições de Eu são mediadas por signos. Como tal, construir uma identidade, em última análise, é organizar os eventos autobiográficos em uma narrativa que possa ser partilhada e co-construída na interação social com os outros. Ao mesmo tempo em que essa narrativa é subjetiva, é também um produto social, considerando-se que os recursos simbólicos, discursivos e materiais utilizados na sua construção são fruto do meio sociocultural do indivíduo.

Em relação às formas de posicionamento, Raggatt (2007, p. 361) sugere a classificação em domínio expressivo, domínio pessoal e domínio social.

1. **Domínio expressivo** – distinções baseadas no modo de expressão que indicam posicionamentos de Eu.
2. **Domínio pessoal** – conflitos dinâmicos dentro da pessoa, posicionamento pessoal.
3. **Domínio cultural** – no domínio cultural o posicionamento social fixa e divide o indivíduo, que, em algum grau, está sempre à mercê das forças da cultura que o cerca, pelo fato de que sua existência só se dá em relação, dentro de algum contexto cultural.

O quadro abaixo demonstra a proposta de Raggatt (2007)

FORMAS DE POSICIONAMENTO NO SELF DIALÓGICO

a) Modos de Expressão

Narrativo/Discursivo	autobiográfico; self historiado; voz narrativa
Performativo/Expressivo	apresentação estratégica do self; <i>role-play</i> ; rituais pessoais; teatro
Corporificado	comunicação não verbal; imagens e significados corporais; moda; fantasias; transformismos

²⁵ “Heteroglossia é um neologismo criado por Bakhtin (1981), podendo ser definido como aquilo que assegura a primazia do contexto sobre o texto. Num dado momento, num qualquer dado espaço,

b) *Posicionamento Pessoal: Conflitos Dinâmicos na Pessoa*

Moral	self bom X self mau; herói X vilão
Afeto	self feliz X self triste;
Atividade	controle; independência; estagnação e produtividade
Comunhão	amor, apego e separação

c) *Posicionamento Social: Construções Sociais e Culturais*

Conversador/ Discursivo	posicionamento dentro do diálogo
Papeis Institucionais / Rituais	papeis micro-sociais (família, trabalho) scripts macro-sociais (gênero, classe)

d) *Posicionamento Hierárquico/Político*

Poder	autoridade e subordinação
Classe	baixa, média e alta
Etnicidade	diferenças raciais e culturais
Gênero	masculinidade e feminilidade

O modo Discursivo/Narrativo é básico como linguagem. Na versão narrativa da vida se está todo o tempo escrevendo outro texto, ou contra texto que lhe é apresentado. Além do discurso, o SD é também representado pela *performance* de papéis sociais como pai, político, psicólogo etc. Segundo Elliot (2001), a *performance* é um poderoso meio de modular o impacto emocional e transmitir mensagens não verbais. Nas relações sociais, costuma-se “apresentar” aqueles aspectos de si que são aceitos, enquanto aqueles considerados inapropriados são relegados aos bastidores. A roupagem também faz parte da *performance*: “as roupas que usamos contam sobre as ‘vozes’ dentro de nós (Raggatt, 2007, p.363). Essas vozes também ocupam diferentes posições no diálogo, trazendo diferentes narrativas, a depender das ideias do que seja bom ou mau, que expressam posições morais ou de valor. Além dessa questão moral, o SD se movimenta na busca de maximizar o prazer e minimizar a dor – motivação ou estado afetivo, de agir no mundo como sendo seres independentes e impor-se – estado de atividade, e busca de intimidade, apego e conexão com o mundo social – motivação ou estado de comunhão.

Embora no presente estudo não tenha sido solicitado que os psicólogos entrevistados mapeassem suas posições de Eu, a partir do que foi explicitado nas entrevistas será observado como fica a dinâmica das posições de Eu dos sujeitos entrevistados na sua relação com os

usuários, com os outros técnicos, do território de cada CAPS II, e do impacto dessas relações sobre a posição de Eu psicólogo. Como se trabalhou com entrevistas e não com observação em campo, as formas de posicionamento poderão ser mapeadas pelo modo de expressão discursivo e corporificado – a expressão não verbal que acompanha a fala, discutindo-se os aspectos do posicionamento pessoal que apareçam, assim como as construções sociais e culturais do posicionamento social – o ser psicólogo, ser técnico do CAPS, a influência da formação acadêmica e suas relações.

7. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

7.1. NATUREZA DO ESTUDO

Retomando os objetivos deste estudo, optou-se por um estudo qualitativo exploratório. Segundo Leedy & Ormrod (2005, p.134), um dos objetivos da pesquisa qualitativa é descrever “a natureza de certas situações, *settings*, processos, relacionamentos, sistemas, ou pessoas”. O estudo qualitativo mostra-se como uma trajetória circular em torno do que se deseja compreender, não se preocupando unicamente com princípios, leis e generalizações, mas voltando o olhar à qualidade, aos elementos que sejam significativos para o observador-investigador.

7.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO E CAMPO DA PESQUISA

Neste estudo se está trabalhando com uma amostra intencional do universo dos Centros de Atenção Psicossocial. Em Salvador já foram implantados vinte CAPS, entre CAPS II, III, CAPSia e CAPSad; a opção se trabalhar com os CAPS II deveu-se ao fato de ser o nível de CAPS que tem o maior número de unidades, quatorze, uma em cada distrito sanitário do município, possibilitando uma maior variabilidade de inclusão de participantes.

Embora originalmente se houvesse definido que os participantes da pesquisa seriam quatorze psicólogos, um psicólogo de cada uma das equipes dos CAPS II do Município de Salvador – Ba; em função da demora da Secretaria de Saúde do Município para liberar a realização das entrevistas nos CAPS, e da não permissão de alguns CAPS para que a mesma fosse realizada, o número de entrevistados ficou reduzido a sete psicólogos.

A coordenação de cada um dos CAPS, que permitiu que a entrevista fosse realizada, indicou um dos psicólogos de seu corpo funcional para a composição do grupo de participantes da pesquisa. Já que em cada Caps II há, em média, três psicólogos integrando a sua equipe de trabalho, esse número representou um terço da população de profissionais psicólogos dos CAPS onde foi realizado o estudo.

Para a Psicologia Cultural, é a partir da análise sistemática do fenômeno singular que a generalização é feita, não se podendo pensar em amostragem sem considerar o ambiente contextual e histórico do objeto que está sendo investigado. “A amostragem é um instrumento para a generalização – e não uma meta em si mesmo “ (Sato, Yasuda, Kido, Arakawa, Mizoguchi e Valsiner, 2007, p. 93).

Embora não se tenha a intenção, com esta amostra, de generalizar os significados discutidos para o universo de psicólogos que trabalham nos CAPS II, este estudo parte do

pressuposto que a base para a construção de significados é a construção social; e que a prática e conceitos destes psicólogos estão sendo adquiridos em um mesmo ambiente sociocultural, o CAPS II onde estão atuando (MARKOVÁ, 2006; SALGADO, 2003). Esta construção de significados é uma construção do sujeito enquanto sujeito social e, como sujeito social, este psicólogo é capaz de representar o grupo social em que está inserido (SPINK, 1993). Considera-se, assim, que essa quantidade de participantes possa ser ilustrativa de um universo compartilhado de idéias do grupo de psicólogos que trabalham nos CAPS II.

Levando-se em conta que, na abordagem sociocultural, as pessoas são consideradas sistemas e não unidades, e que a vida humana é vista não como uma variável e sim como um contingente de eventos²⁶, as experiências socioculturais, ninguém experiencia os mesmos eventos de forma semelhante e, “mesmo que tais eventos ocorram em algumas pessoas, as influências de tais eventos são diferentes para cada pessoa” (Sato, Yasuda, Kido, Arakawa, Mizoguchi e Valsiner, 2007, p. 95). Para esses autores, um método de amostragem deve tratar a experiência contingente como uma experiência sociocultural. Portanto, este estudo se propõe a buscar as relações entre as narrativas dos entrevistados, as concordâncias e discordâncias em relação aos temas propostos, sem perder a singularidade de cada um. Dentro de um rigor construcionista, buscou-se a objetividade possível na intersubjetividade, e que se pudessem observar os passos da análise e da interpretação, propiciando um diálogo com o leitor, (Spink & Lima, 2004)

Inicialmente pensou-se que seria adotado o critério de maior tempo de atuação na profissão para a seleção do participante de cada CAPS II que seria entrevistado, partindo-se do pressuposto que uma maior experiência implicaria em uma construção mais formada sobre o significado da sua atuação como psicólogo neste contexto. Na prática, o que se configurou como critério, foi a indicação da coordenação, em função da disponibilidade de horário do profissional no momento.

7.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

7.3.1. ESTRATÉGIA PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi utilizado o recurso da entrevista narrativa em profundidade, considerada

²⁶ Contingente aqui significando , inesperado e/ou incontrolável. Em relação à vida, significa que a vida é preenchida pelo fenômeno da ambivalência; no sentido de que as relações com o em torno assumem características diferentes em diferentes épocas. (Sato, Yasuda, Kido, Arakawa, Mizoguchi e Valsiner, 2007, p. 95).

(...) indispensável, não somente como método para apreender a experiência dos outros, mas, igualmente, como instrumento que permite elucidar suas condutas, na medida em que estas só podem ser interpretadas, considerando-se a própria perspectiva dos atores, ou seja, o sentido que eles mesmos conferem às suas ações. (Poupart, 2008, p. 217)

Segundo Jovchelovitch & Bauer (2002), a entrevista narrativa em profundidade é considerada uma modalidade de entrevista que estimula e encoraja o entrevistado a discorrer sobre acontecimentos importantes de sua vida ou contexto social. Através da entrevista narrativa, o participante relata sua experiência individual de forma livre, possibilitando ao entrevistador obter informações de como ele, participante, percebe, interpreta e avalia o que lhe ocorreu, sem necessariamente ater-se a um rigor cronológico (Breakwell, 2006). Este discurso livre e espontâneo traz uma riqueza de significados mais pessoais acerca do tema que está sendo discutido, apontando também para as influências sociais e culturais que possam existir na significação que o sujeito traz acerca da sua experiência, o que atende ao objetivo deste estudo.

Embora se tenha elaborado um roteiro geral para a condução das entrevistas - anexo página 129 - baseado nos objetivos da pesquisa, de forma a se obter um nível maior de aprofundamento e riqueza de dados, o mesmo não foi rigidamente seguido; mesmo porque os indivíduos não necessariamente têm uma linha de pensamento pré-estabelecida e ordenada no responder às questões apresentadas (Gaskell, 2004).

7.3.2 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A entrevista foi orientada em torno dos seguintes temas: percurso acadêmico de formação profissional, percurso profissional antes de trabalhar nos Centros de Atenção Psicossocial, o que motivou a escolha de trabalhar nos CAPS, vivência do trabalho nos CAPS II, o papel do psicólogo nas instituições CAPS e a vivência do trabalho com uma equipe multiprofissional.

Apesar destes temas não constituírem um roteiro a ser seguido de forma rígida, como já foi dito anteriormente, as entrevistas foram iniciadas com questões relativas à escolha de trabalhar no CAPS e o percurso profissional. Ao longo da entrevista os temas foram sendo desdobrados, aprofundados e retomados com perguntas estruturadas a partir do discurso do entrevistado, na medida em que surgia a necessidade de esclarecimento e complementação de dados. As entrevistas foram consideradas como suficientes quando as narrativas já tinham

abordado todos os temas propostos no roteiro-guia. As entrevistas tiveram uma duração média de duas horas por participante.

Os participantes foram entrevistados de forma intencional, sendo participantes da pesquisa os psicólogos que foram indicados pela coordenação técnica de cada Centro de Atenção Psicossocial e aceitaram colaborar com o estudo. Inicialmente foi apresentado o objetivo da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para ser assinado em duas vias, um para o pesquisador e outra para o participante. A maior parte das entrevistas foi realizada nos CAPS, mediante autorização prévia dos coordenadores técnicos dos referidos órgãos; outras foram realizadas no consultório da pesquisadora, em função do entrevistado só dispor do horário noturno. As entrevistas foram gravadas na íntegra, também com autorização prévia dos entrevistados. Após a gravação, esta foi colocada à disposição do entrevistado, para que o mesmo pudesse ouvi-la e, caso desejasse, modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento.

Os nomes utilizados nos resultados desta pesquisa são fictícios.

Após a coleta, os dados contidos no material gravado foram analisados pela pesquisadora e serão guardados por cinco anos, contanto que seja preservado o anonimato dos participantes. Em síntese, a coleta de material empírico respeitou os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e o sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados.

7.4. ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS.

No presente estudo se tomou por base a perspectiva construcionista que considera a hermenêutica como “a relação entre discursos variados considerados como partes integrantes de uma conversação possível” (Spink & Lima, 2004, p. 101), buscando-se não uma matriz disciplinar comum e sim uma concordância ou discordância no fluxo do discurso, em um processo de produção de sentidos. Privilegiando a linguagem verbal, buscou-se trabalhar “a dialogia implícita na produção de sentidos e o encadeamento de idéias” (id. Ibid, p. 106). Os relatos foram analisados através da técnica de Análise de Discurso proposta por Spink, (2007), envolvendo os seguintes passos:

1. Transcrição das entrevistas.
2. Imersão nas informações coletadas através de uma leitura flutuante do material escrito, intercalando com a escuta do material gravado, deixando que os temas e investimentos afetivos aflorem, estando atenta à construção e retórica.

3. Com a apreensão dos aspectos mais gerais da construção do discurso, retornar aos objetivos da pesquisa.
4. Localizar e definir as principais dimensões do discurso que possibilitaram ver a associação de idéias entre as dimensões.

A partir da transcrição e conferência das entrevistas pelo pesquisador, foi feita uma estruturação codificada dos dados do texto, agrupando o conteúdo das respostas pelas questões do roteiro-guia. A partir desta estruturação foi feita uma releitura das respostas, buscando-se tópicos específicos e temas com conteúdos comuns. (Gaskell, 2004). Buscou-se então, em uma terceira leitura, padrões de respostas e associações. Com base nos objetivos da pesquisa e frequência e relevância do conteúdo registrado, confrontados com a bagagem prévia sobre o campo de estudo, obtida através da revisão bibliográfica, foram levantados os seguintes temas mais amplos para análise e discussão:

1. Influência da formação acadêmica e profissional na relação com o trabalho da clínica ampliada.
2. Concepção do trabalho clínico psicológico e sua relação com a clínica ampliada.
3. Sentidos e desafios da proposta de trabalho no CAPS para o ser psicólogo.
4. Impacto do trabalho com a equipe multiprofissional na delimitação do trabalho do psicólogo.

As categorias de análise assim obtidas foram trabalhadas utilizando-se os Mapas de Associação de Idéias. Segundo Spink e Lima (2004), “os mapas têm o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentidos” (p.107). Este foi o recurso escolhido pela autora como uma melhor forma de visualização do discurso, por ser uma forma de organização dos conteúdos pelas categorias, preservando a sequência das falas e, com isso, mantendo a contextualização dos conteúdos. Em sua opinião, isso facilitaria o processo de interpretação, por propiciar uma relação interativa entre a análise dos conteúdos e sua disposição nas colunas, e a elaboração das categorias.

A construção dos mapas obedeceu às seguintes etapas:

1. Digitação de toda a entrevista (já digitada ao ter sido transcrita).
2. Construção da tabela com o número de colunas correspondente às categorias a serem utilizadas.

3. Utilização das funções *cortar* e *colar* para transferir o conteúdo do texto para as colunas, respeitando-se a sequência do diálogo.

7.5. QUESTÕES ÉTICAS

Os sujeitos entrevistados tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). O termo de consentimento foi assinado em duas vias por todos os sujeitos entrevistados (Apêndices B).

Em se tratando dos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, consta na Resolução 196/96 que: “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 2000). Embora o pesquisador fosse responsável, caso necessário, por suspender a pesquisa imediatamente se percebesse algum risco ou dano à saúde do sujeito participante, isto não aconteceu.

Para que os entrevistados não fossem identificados, optou-se por não citar os sete CAPS onde os entrevistados trabalham além de se adotar nomes fictícios para os mesmos.

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nas entrevistas foram analisados no contexto do universo em que estão inseridos, isto é, de os entrevistados serem psicólogos e de atuarem na relação sistêmica com os CAPS II do município de Salvador, Bahia. Para Sato, Hidaka e Fukuda (2009), o que é importante na amostra de uma pesquisa é que se possa perceber os participantes do estudo a partir de suas relações sociais e psicológicas com o outro e com o contexto onde estão inseridos. Os resultados, ao levarem em consideração esta relação sistêmica, podem ser considerados como apreendendo o fenômeno em sua totalidade. Neste sentido, as respostas individuais foram percebidas como manifestando as tendências do grupo de pertença dos quais os entrevistados participam (Spink, 2003).

As narrativas foram analisadas a partir do referencial da Teoria do *Self* Dialógico, que, ao enfatizar a dialogicidade, considera a dinâmica das relações e não os componentes dos sistemas. Portanto, partiu-se do princípio de que estas narrativas traziam a interação entre os aspectos individuais e culturais dos participantes, mediadas por sua experiência através de significados construídos nesta interação (Valsiner, 2002; 2005). Lembrando que os significados são construídos através do heterodiálogo e do autodiálogo, e que o *self* é um campo dinâmico de múltiplas posições de Eu, buscou-se identificar e analisar as relações entre as várias posições de Eu identificadas nas narrativas dos psicólogos.

Na discussão dos resultados, focalizou-se não apenas o conteúdo manifesto, como se buscou ir além da fala para se ler nas entrelinhas dos discursos dos entrevistados, em uma tentativa de compreender como se deu a construção do significado atribuído pelos psicólogos às práticas psicológicas que desenvolvem na sua atuação nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no contexto organizacional do Sistema Único de Saúde do município de Salvador-BA.

A partir do conteúdo narrado nas entrevistas, pode-se observar que os eixos de análise levantados para sua discussão, estão tão intrinsecamente relacionados entre si, aonde um tema ia passando o outro. Isto tornou difícil, em alguns momentos, definir onde começava e onde terminava o tema.

8.1. A INFLUÊNCIA DA FORMAÇÃO ACADÊMICA E PROFISSIONAL NA RELAÇÃO COM O TRABALHO DA CLÍNICA AMPLIADA

A formação de sentido é interativa e contextual, baseada não apenas nos recursos do contexto no momento, como também nas experiências do passado que são transpostas para o presente (Valsiner, 2007). Portanto, não se poderia analisar o impacto da experiência de

trabalho no CAPS para o Eu-psicólogo, sem considerar a formação acadêmica e a experiência profissional prévia dos entrevistados.

Embora todos os entrevistados pertençam a um mesmo contexto cultural, significando a Universidade como fonte formadora do profissional, pode-se observar que a influência do percurso acadêmico para o trabalho da clínica ampliada em saúde mental, se deu de forma particular para os entrevistados, pela presença ou pela falta de conteúdos e/ ou experiências que subsidiassem essa prática, ao longo do curso, intra ou extra academia.

Pode-se também observar que o contato com determinadas disciplinas, ao por possibilitarem um contato prático com instituições ligadas à saúde mental, ou pela influência do professor, foi um fator determinante para algumas escolhas de atuação nessa área, como esclarece as falas de Mercúrio, Diana e Minerva abaixo, chamando atenção para a experiência de um Eu-encantado pela saúde mental expresso pelos três:

Olhe, eu já tinha um envolvimento, um encantamento pela área de saúde Mental. (...) mas assim... o que me fez me encantar mesmo com o campo da saúde mental foi a disciplina de psicopatologia, que agente ia para os hospitais... (Mercúrio)

A escolha pela Saúde Mental foi um encantamento, né, (...) que começou acho no terceiro ano da faculdade, a disciplina era Psicologia Institucional, (...) e o professor que dava era alguém que tinha participado muito ativamente do primeiro CAPS, e aí era um professor bastante atuante em relação à Reforma Psiquiátrica, a gente acabou se encantando por aquela militância, a militância pelo SUS, pela Saúde Mental. (Diana)

Eu tinha na verdade uma visão de hospital e comecei a me encantar dentro da faculdade com a psicopatologia, (...) eu ficava meio encantada como é que era possível a pessoa apresentar determinados sintomas que vai muito além do que a gente consegue compreender. (Minerva)

Para Apolo, embora ele considere que algumas disciplinas lhe deram subsídios para a sua prática no contexto sócio-comunitário,

Tem, tem uma matéria específica que é o ACC, pra mim foi muito bom. (...) Pra mim aquilo é um senhor ensino, (...) E eu peguei duas ACC's que foram importantes para mim. Uma delas foi o consultório de rua (...) com usuários de drogas que foi me abrindo bastante, 'né'?

(...) A outra é 'Teatro & Educação' com Sergio Sampaio, (...) eu continuei com o grupo de teatro da comunidade, (...) a UFBA entrou em greve e a gente continuou. (...) Então tem uma dança nessa história que ensina pra quê, ensina a estar, entrar na comunidade, ensina pisar na lama e trabalhar, 'né'?

(...) o Wilson Senne, na Psicologia Comunitária dá um bom chão... teórico. (...) ele dá uma noção do que você vai ter na prática (Apolo).

Estas não o influenciaram na sua escolha profissional, pois, como ele mesmo coloca, “eu não me programei para trabalhar no CAPS, (...) me formei com o sonho de trabalhar na clínica”²⁷. Em outras palavras, para ele, desde o início, o Eu-psicólogo seria um Eu- psicólogo clínico que, por sua vez, era significado como Eu-psicoterapeuta.

Para além das disciplinas cursadas, os estágios acadêmicos e extracurriculares também influenciaram na construção do Eu- psicólogo na área de atenção primária em saúde. Segundo Gondim, Magalhães e Bastos (2010), a importância da experiência de estágio durante a graduação advém da oportunidade que cria para que o estudante não apenas possa por em prática os conhecimentos adquiridos, como também experimentar lidar com desafios e problemas que farão parte do exercício profissional. Os relatos mostraram que os estágios tiveram um papel preponderante na construção do que seria uma prática no contexto da clínica ampliada:

(...) também, acabei conseguindo fazer estágio, não é, passando por vários espaços que me ajudaram muito, desde atendimento domiciliar a catador de material reciclável, na Saúde Mental. (Diana).

(...) aí depois eu fiz uma escolha de participar de uma atividade de extensão com Celso Vilasboas, clínica da psicanálise... aí decidi tentar outras possibilidades, outros estágios... fiz 3 anos de estágio no CIAVE, atendendo pessoas que tentavam suicídio... foi uma experiência extraordinária a clínica... E fiz 6 meses o estágio no Juliano Moreira. (Mercúrio)

Durante a faculdade fiz estágio no hospital Juliano Moreira, (...) publiquei até um artigo na época com uma amiga, a gente fez um trabalho falando das diferenças dos hospitais psiquiátricos e dos CAPS... (...) dos psicólogos nos hospitais e nos CAPS... (Venus)

(...) cheguei a passar um tempo antes de me formar no PSF, então tive contato com a questão da atenção básica, de um cuidado mais intensificado dentro da comunidade. (Minerva).

(...) fiz um estágio na época no Juliano Moreira pela faculdade mesmo e comecei a gostar não da questão do tratamento em si porque estar dentro de um hospital psiquiátrico não foi uma experiência muito boa, mas pelo contato com os pacientes, pelas histórias que eles traziam, (...) Aí depois que eu saí desse estágio no Juliano Moreira, eu estagiei por quase um ano no CAPS da V..., foi aí que eu comecei o contato mesmo com o trabalho dentro de CAPS, que eu fui entender como é que funcionava, as dificuldades todas; (...) um pouco mais de um ano antes de me formar aí fui pro PSF aí depois eu retornei pra CAPS. Então na

²⁷ Clínica aqui significando “psicoterapia”

verdade eu era encantada mesmo pelo que eles traziam porque até então, antes de começar esse estágio no Juliano Moreira eu não tinha nenhum contato com o ambiente psiquiátrico, era só o encanto dos livros, (...) posteriormente com o contato com o próprio paciente, tentando na hora identificar (os sintomas estudados nos livros) e depois perceber que não era bem por esse caminho. Que a coisa era muita mais rica do que os livros traziam e aí é que eu fui mesmo me encantando. (Minerva)

Não se pode esquecer que o contexto familiar também pode ser um fator de influência para a construção da significação da área de atuação profissional, como foi o caso de Minerva, onde o Eu-psicólogo desde antes de entrar na faculdade era significado como Eu-psicólogo trabalhando com saúde mental.

Na verdade eu já entrei na psicologia com esse viés mesmo na saúde mental porque eu tenho uma pessoa na família que é psiquiatra, então eu já ouvia as histórias, o trabalho dentro da psiquiatria.

A estrutura curricular da instituição de ensino é de suma importância para a formação do psicólogo, já que é ela que irá caracterizar o curso não apenas em termos das áreas de atuação que aquela Instituição de ensino irá privilegiar, como também da relação da teoria com a prática. Bernardes (2010) chama a atenção para o fato de a formação do psicólogo no Brasil ter um modelo clínico hegemônico, centrado na intervenção individual e distanciada da realidade social do país, afirmando que o curso de Psicologia “transforma psicólogos em clínicos” (p. 113). Em alguns dos casos estudados, deparamo-nos com esse modelo de estrutura curricular, que não prepara o aluno para uma atuação no contexto da atenção primária. Como afirma Juno,

Nossa! eu me senti tão diferente quando trabalhei com médico, cientista social, tudo junto, que eu não tive essa formação na minha faculdade, (...) minha formação me preparou mais para o individual.

Por sua vez, Minerva complementa,

Quando eu comecei a trabalhar no CAPS eu vi que o papel do psicólogo é muito além do que a gente vê na faculdade, porque geralmente toda a parte teórica que a gente tem na faculdade é uma parte voltada muito pra clínica, às vezes fala um pouco de atuação na comunidade, mas é muito pouco. (...) Como eu tinha falado, na faculdade tivemos muito teoria e poucos foram os momentos que a gente teve contato com a prática... (...) a gente vê que a minha experiência de faculdade é que eu tive pouca base para trabalhar nesse tipo de serviço. (...) quando eu cheguei aqui eu disse: - Ai! Meu Deus! Eu vou fazer o que e como?

(...) eu senti que a faculdade deu pouco suporte para esse serviço aberto comunitário dentro da proposta de clínica...

Em outros termos, para ambas, a construção acadêmica desse Eu-psicólogo foi no sentido de um Eu-psicólogo clínico, ou, mais especificamente, no caso de Juno, Eu-psicólogo clínico individual.

Escutando Poseidon, fica claro que ter uma estrutura curricular voltada para uma práxis, é importante não apenas para a capacitação do estudante, como também por ser um fator de influência nas suas escolhas enquanto Eu-psicólogo.

(...) a formação lá tinha uma característica de não ser tão acadêmica, no sentido de ser voltada pra academia, pra mestrado, era um curso mais voltado pra extensão. No terceiro ano a gente já começa a fazer estágio em psicologia comunitária, fazer estágio em instituições, estágio na área de psicologia educacional. E do quarto pro quinto, o foco são núcleos de estágio, de extensão. Então tem a parte clínica, tem a parte de psicologia do trabalho e tinha a parte ligada mais a saúde pública, aos CAPS, atenção básica; eu acabei ficando em duas áreas tanto na área de cooperativas de catadores de material reciclado quanto na área de CAPS. Desde o terceiro ano eu fazia oficinas no CAPS lá de Assis. Então a gente formou uma associação que era associação do usuário de saúde mental lá de Assis que é Pirassis. Então isso marcou a minha formação. (Poseidon)

Ainda em relação ao currículo, a deficiência curricular fez com que Venus e Juno buscassem complementar sua formação com outros cursos, durante a faculdade ou depois da graduação, conforme apontam as seguintes narrativas:

(...) então, durante a formação, senti essa dificuldade, não existia uma discussão acerca desse tema (saúde mental), e eu fui buscar isso num curso fora. Foi um curso que foi realizado na época no sanatório São Paulo com um psicólogo Antônio Cajazeira. Ele ofereceu um curso falando da inserção do psicólogo nessa área, 'né', de saúde mental. Aí eu fiz esse curso lá e gostei muito e foi a partir daí que comecei até a me interessar por essa área. (Venus).

Eu fiz uma especialização sobre Saúde Coletiva e o papel do psicólogo no programa Saúde da Família, e aí comecei a ter uma visão social. (Juno)

Ainda falando sobre a graduação, Apolo cita uma aprendizagem advinda de ter estudado na UFBA, que significou como importantíssima, um “currículo oculto”; por ser uma instituição pública,

Ela já vai me acostumando com o balanço público. (...) tem que correr atrás das coisas para elas funcionarem. (...) a vida institucional não vai me trazer nenhuma matéria pronta. Isso

me preparou! Muito mais do que ter algo na graduação... ela ensina a gente a ser nível superior e voltar para aonde a gente veio, que é para a comunidade! (...) O máximo dentro do mínimo de um mínimo de condições.

Interessante notar as vozes aqui presentes, Eu-psicólogo atuando na comunidade como um Eu-que tem que lidar com o balanço público e um Eu-que tem que correr atrás, onde o Outro serviço público demanda “o máximo dentro de mínimas condições”.

O envolvimento com a clínica ampliada esteve presente para todos os entrevistados, ao longo do percurso profissional vivido antes de trabalharem no CAPS, como único foco de atuação ou como um foco paralelo. Vênus começou trabalhando em um ambulatório de um posto de saúde em Lauro de Freitas, ao mesmo tempo em que trabalhava no Sanatório São Paulo; Juno começou como residente no Programa de Saúde da Família (PSF) em Vitória da Conquista, depois ficando como psicóloga do posto além de manter “consultório privado”. Poseidon passou cinco anos trabalhando em Assis com catadores de materiais reciclados, em um projeto de inclusão social, formação de cooperativa e organização da coleta seletiva, vindo depois para Jequié coordenar um projeto na mesma área e, posteriormente, trabalhar em Feira de Santana em uma ONG; vem, finalmente, para Salvador trabalhar no CAPS por ter passado em um concurso como REDA. Com Apolo, pode-se observar que o Eu-psicólogo continuou sendo significado como Eu-psicólogo clínico, que na verdade seria um Eu-psicoterapeuta.

O meu percurso profissional, ele vai em duas vias. Uma via é a instituição e a outra na via clínica. (...) foi sempre correndo em paralelo. A clínica particular com os trabalhos da instituição. (...) Me formei com o sonho de trabalhar na clínica, eu sempre tive um pé no social, mas o grande forte sempre foi a clínica.

Então, ele trabalhou no CRAS de Salvador, depois foi para o interior da Bahia continuar trabalhando em CRAS, objetivando criar um respaldo financeiro para ficar só no contexto da clínica particular. Voltou para Salvador com esse objetivo, mas foi difícil sustentá-lo economicamente, razão pela qual aceitou o convite para trabalhar no CAPS. Isso nos levaria a crer que, para ele, a posição de Eu-psicólogo atuando na atenção primária em saúde existe como consequência de outra voz, que fala da necessidade de criar uma sustentabilidade financeira para a existência da posição de Eu-psicoterapeuta no contexto da clínica particular.

A questão da segurança financeira também foi um fator determinante na escolha de Poseidon em vir trabalhar no CAPS:

(...) fiquei quase três anos em Feira, e aí eu trabalhava numa ONG. O problema era o tipo de vínculo que era muito precário, apesar de trabalhar numa ONG. O salário na época era razoável, mas depois a questão de não ter carteira assinada, de não ter uma segurança mesmo, por causa do vínculo... a gente trabalhava com inserção social mas a gente tinha um vínculo precário como técnico, aí isso me angustiava e aí eu resolvi participar de concurso, aí eu vim para Salvador por passar no REDA para trabalhar no CAPS.

Alguns, como Diana, Mercúrio e Minerva já iniciaram a sua vida profissional trabalhando em CAPS:

(...) e quando saí da faculdade comecei trabalhando em CAPS..e trabalhei primeiro em Feira de Santana e depois aqui em Salvador, na Assistência e na Coordenação... (Diana).

(...) eu inicialmente fui para o interior... para um município que fica próximo à Serrinha que se chama Barrocas, e lá eu fui com a missão de organizar a rede de atenção em saúde mental, que não tinha nada. Aí, fomos elaborando um projeto terapêutico para o CAPS, (...) fiquei quase 3 anos lá, (...) trabalhei também em CAPS do município de Serrinha, só que eu trabalhei pouco tempo no CAPS de lá... eu tinha feito o concurso para o REDA daqui, o REDA me chamou... cheguei em agosto do ano passado...²⁸ (Mercúrio)

Como já foi visto, para Minerva a vida profissional resultou da escolha, anterior à graduação, de trabalhar no âmbito da saúde mental. Nas suas palavras, “eu estou na saúde mental desde o início”.

A experiência anterior, como percurso profissional ou capacitação, influenciou de várias maneiras a atuação dos psicólogos na atenção básica; como coloca Vênus,

(...) E eu acho também que isso é o que importa, até para eu ter ido pro CAPS depois, né, ter tido essa experiência de hospital, de internação. foi muito importante para depois ter esse outro olhar, ‘né’, de um serviço com uma proposta bem diferente que é o do CAPS.

Já para Juno, a pós-graduação foi um divisor de águas para a sua atuação no CAPS

(...) até os cursos que eu fiz de pós-graduação foram mais clínicos e individuais, só essa especialização que realmente me preparou para estar no CAPS, se eu tivesse feito esse concurso e passado e vindo parar de paraquedas no CAPS, sem nenhuma formação, eu ia estranhar mesmo. (...) Ao mesmo tempo todos²⁹ fazendo algumas atividades em comuns, indo pra favela, que eu só ficava acostumada a ficar dentro da minha sala. (...) Foi bem

²⁸ (Para o CAPS II em Salvador)

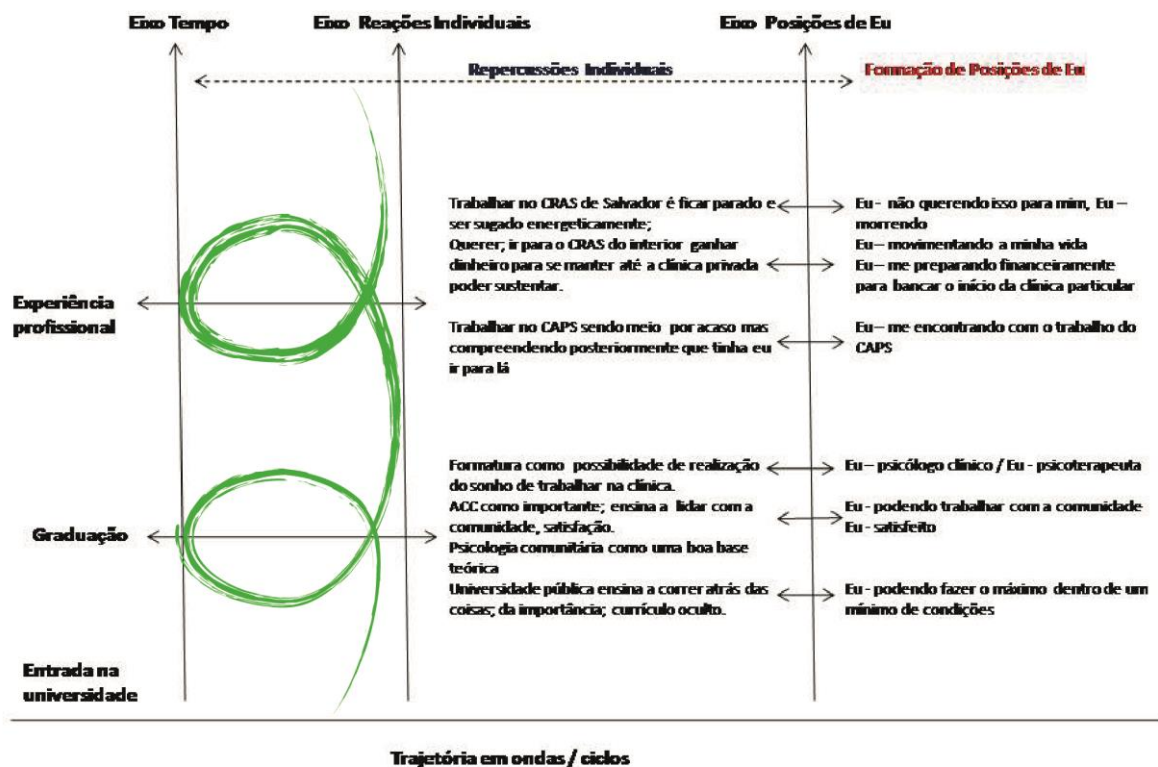
²⁹ A entrevistada está se referindo ao trabalho junto a pessoas de outras profissões como médico, assistentes sociais etc

diferente depois de um tempo atendendo em consultório privado eu mudei bastante. Ai então quando eu cheguei ao CAPS, eu já não tive essa mudança por isso eu tinha me preparado.

E Poseidon comenta que acabou integrando a sua experiência prática anterior, estando atualmente na tentativa de montar uma associação integrando os CAPS para trabalhar com o projeto de geração de renda.

De acordo com Chaves (2011), uma experiência não é igual à outra, pois toda experiência vivida acontece em um espaço e em um tempo específicos. As figuras a seguir³⁰ buscam ilustrar algumas trajetórias de vida, as reações individuais e formações de posições de Eu. Foram escolhidas três trajetórias, consideradas pela autora como mais significativas como exemplos dessa diversidade: a trajetória de Apolo, cuja realização era tornar-se um psicoterapeuta; a de Minerva, por já ter entrado na universidade buscando a área de saúde mental, e a de Poseidon cuja formação acadêmica teve uma característica prática.

Figura 1: Significados da Formação Acadêmica e Profissional - Apolo



³⁰ O modelo utilizado foi baseado no modelo criado por Chaves (2011), com a permissão da autora, que adota uma representação em espiral por compreender que "a trajetória de vida das pessoas não segue em linha reta, mas em ciclos de continuidades e descontinuidades" (p.60); segundo Chaves, (2011) quando um campo de equifinalidade - termo adotado por Sato et al (2009) no lugar de objetivo, por não haver um ponto final na trajetória da vida -, é alcançado, transforma-se em um novo campo de finalidades.

Figura 2: Significados da Formação Acadêmica e Profissional - Poseidon

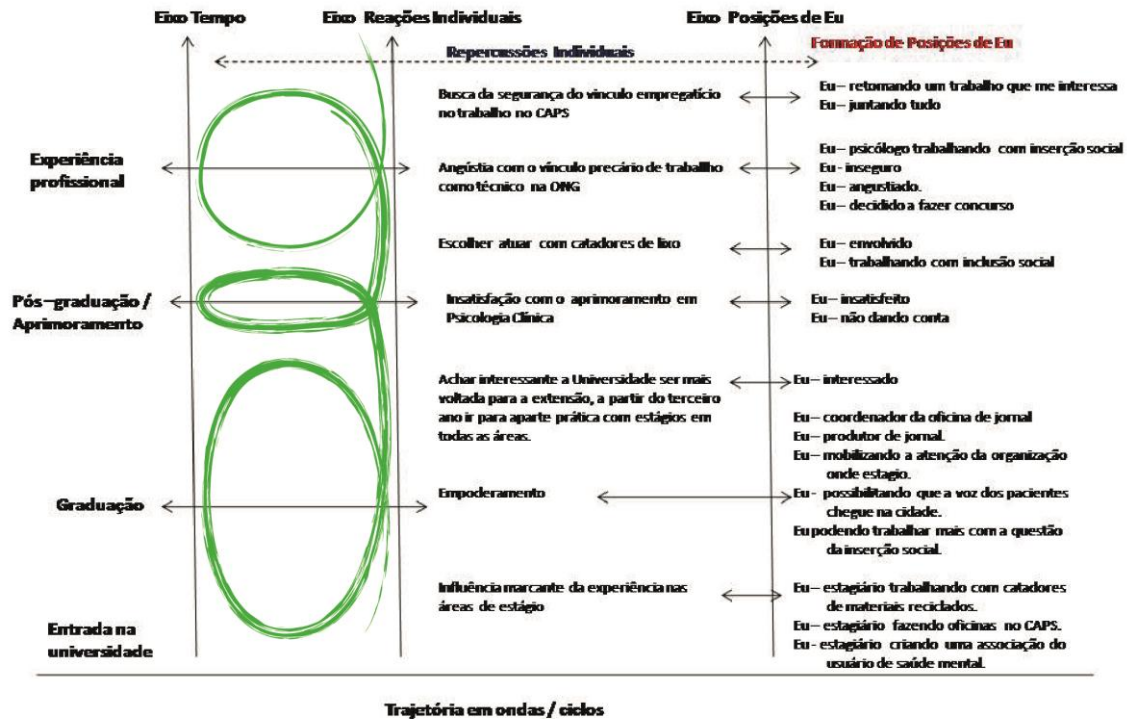
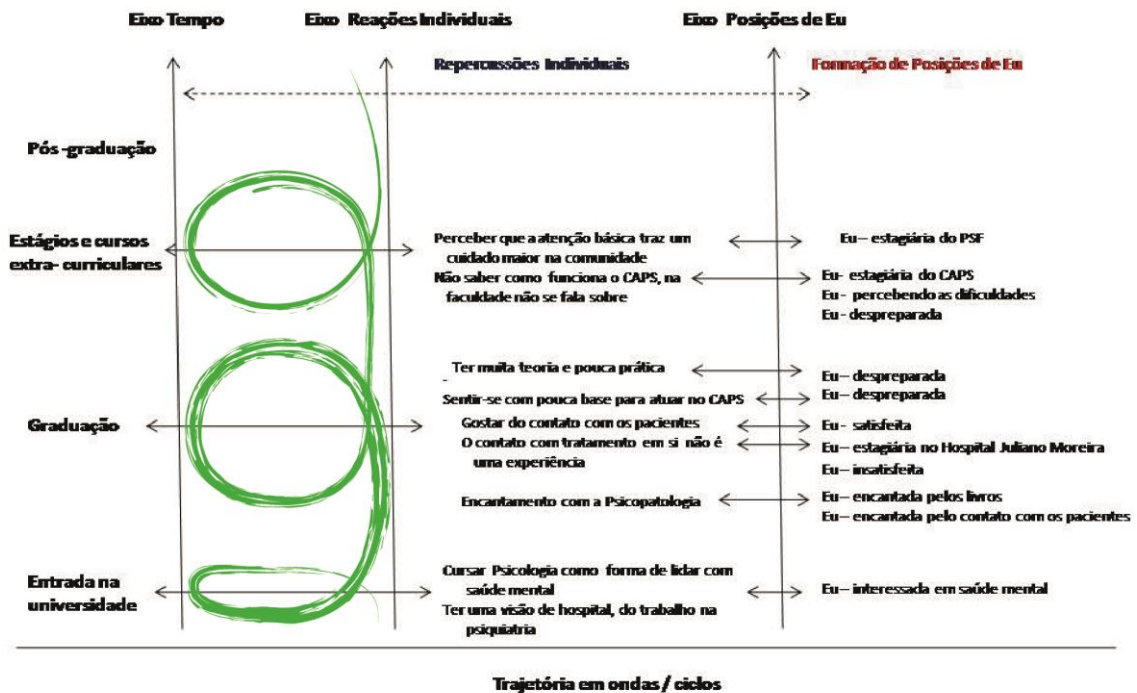


Figura 3: Significados da Formação Acadêmica e Profissional - Minerva



No presente estudo, a formação profissional foi considerada como englobando o processo de graduação - a grade curricular, cursos extracurriculares, estágios intra e extracurriculares-, e a experiência profissional anterior à chegada ao CAPS.

Sem deixar de considerar a influência de algumas disciplinas cursadas, o impacto maior não só para a escolha de ser um Eu-psicólogo que trabalha com a clínica ampliada, como também para a posição de um Eu-que se sente mais preparado para tal, deveu-se à experiência prática em estágios intra e extracurriculares. Fica também claro que algumas unidades de ensino ainda alimentam a posição de Eu-psicólogo clínico como uma posição de Eu-psicoterapeuta, em uma prática individualizada e desconectada com a transformação social, conforme discutido no capítulo 2.3.

Quanto à experiência profissional anterior a ter ido trabalhar nos CAPS, todos os casos estudados apresentaram um envolvimento profissional com a atenção primária em saúde, acompanhado ou não de uma prática na área da clínica clássica, o que, quando foi o caso, não pareceu contribuir para a relação do profissional com o contexto do CAPS.

Como já foi anteriormente exposto, a formação de sentido é interativa e contextual, sendo as nossas significações de mundo construídas na interação com os outros e com o entorno; nesse sentido o estudo sugere que, o fato de estar em contato com o enfoque da clínica ampliada, desde a vida acadêmica e profissional, foi gerando significados sobre este conceito, que funcionaram como um agente facilitador desta relação de trabalho.

Hoje eu consigo olhar para trás e ver que a minha formação fez toda a diferença, toda a diferença na minha atuação, na minha compreensão de clínica! não é melhor nem pior, mas assim, me deu muito instrumento prá trabalhar, prá atuar, e eu acabei assumindo coordenações de Serviços, né com uma bagagem pequena na época, mas que na formação eu consegui, né... a gente teve uma vivência muito grande, muito grande mesmo da clínica, da clínica ampliada, né, de construção de Serviço, de portabilização, né enquanto profissional da saúde, profissional do SUS, profissional da Saúde Mental, e tudo isto foi aprendido com certeza na formação; acabou que a gente, eu pude experimentar na minha formação uma clínica, uma clínica do social, né... (Diana).

8.2. CONCEPÇÃO DO TRABALHO CLÍNICO PSICOLÓGICO E SUA RELAÇÃO COM A CLÍNICA AMPLIADA.

Segundo Valsiner (2007), a complexidade das experiências de vida é significada através de campos de signos complexos, interpretações que guiam a conduta humana sem necessariamente envolver a mediação verbal, possibilitando a comunicação. Peirce define

signo como um processo de conexão dinâmica de um *representamen* (objeto de representação sígnica) que cria um *interpretante* (significado ou efeito de sentido) ao se referir, representar ou evocar um *objeto* (Prates, 2005). Esta mediação semiótica pode ser intra-psicológica, através de diálogos internos entre o indivíduo e seu “alter-ego” – criado no seu sistema intra-psicológico -, e inter-psicológico, acontecendo no campo inter-pessoal. Pois, como afirma Chaves (2011), “(...) cada um de nós é influenciado pelos significados, pelos posicionamentos e pelos juízos de valor de outras pessoas, assim como essas outras pessoas são influenciadas por nossos significados, posicionamentos e juízos de valor” (p.116). Essa dimensão dialógica do *Self* é chamada por Valsiner (2008) de *I-position* ou posição de Eu.

Para viabilizar a análise da relação da clínica ampliada com o trabalho clínico psicológico, faz-se mister primeiro entender o que seja “clínica ampliada”. Considerando que o objeto simbólico “clínica ampliada” é um campo de signos complexo, apresentaremos em seguida, os significados de “clínica ampliada” construídos pelos entrevistados a partir da sua experiência acadêmica e profissional, e as posições de Eu daí advindas.

Para Minerva a clínica ampliada, “didaticamente, vai além do espaço da clinica, vai além do espaço fechado”, no sentido de ir até a comunidade; já para Diana, esse ir além perpassa por outros aspectos,

(...) uma clínica ampliada, é quando a gente leva para além da doença, não é, a gente amplia o nosso conceito de clínica, então a gente não vai cuidar do psicótico, do neurótico, ou da esquizofrenia... a gente vai cuidar da Maria, do José, do Jorge, do Vítor... a gente vai cuidar de uma pessoa, que funciona de uma maneira diferente, né... que vive, de uma determinada maneira, que está inserido no contexto, que tem uma história... (...) quando a gente vai fazer uma clínica ampliada é disso que a gente vai se aproximar, da dimensão do sujeito né, (...) para muito além do sofrimento, do sintoma, do diagnóstico dela... a gente vai se aproximar da pessoa! Da pessoa e da história dela, (Diana)

Concepção essa completada por Apolo e Mercúrio, ao afirmarem que

A clínica ampliada é outro nome para o que o humanismo já vinha falando; por que a clínica ampliada, pra mim, é principalmente a gente tirar o olhar da doença e botar o olhar na pessoa. (...) Humanismo é você olhar a pessoa e não exatamente as questões das dores que ela traz. Sem passar por cima disso, mas transcendendo isso. (Apolo)

É um modelo que produz vida, aonde (...) tanto quem cuida, como as pessoas que estão fazendo parte disto, estão preocupadas em diminuir aquele sofrimento psíquico... estão preocupados com a vida daquele sujeito, e não com o transtorno mental em si... estão empenhadas em junto com aquela pessoa construir um projeto de vida, onde a doença, o

adoecimento não atrapalhe ou não seja uma sentença... sentença de morte, uma sentença de aprisionamento, uma sentença de prisão...(Mercúrio)

Quanto às posições de Eu- psicólogo advindas das concepções de clínica ampliada, pode-se observar uma unanimidade de vozes onde o Eu-psicólogo é um Eu-olhando a pessoa, um Eu-voltado para a dimensão do sujeito, um Eu-preocupado com a vida do usuário, muito mais do que um Eu-presos ao diagnóstico.

Como visto, a clínica ampliada resgata a pessoa, trabalhando com a dimensão do sujeito. Está se falando de uma resignificação da visão do usuário, onde o mesmo deve ser visto na sua alteridade e não como um diagnóstico. Mercúrio acrescenta:

(...) este nível de trabalho que a gente enquanto psicólogo está entrando agora, da clínica ampliada, é uma outra resignificação...e ver os resultados, uma reconstrução de identidade... (...) não diz respeito apenas ao indivíduo, fico começando a pensar nos outros níveis de intervenção que o psicólogo consegue atingir às vezes, não é? Porque era uma cultura, em determinadas comunidades, de que não era possível se assistir ou se resgatar pessoas com transtornos crônicos; você vai, se aproxima, de certa forma você tenta sensibilizar a comunidade e aquela comunidade passa a ancorar um discurso de que às vezes dá certo, de que é possível algum nível de recuperação, de reabilitação... tem um impacto a nível da comunidade e da cultura.

Mercúrio chama atenção que essa resignificação cultural tem um impacto na própria identidade do psicólogo, onde o Eu-psicólogo torna-se um Eu-acreditando na possibilidade de algum nível de recuperação do sofrimento psíquico, antes significado como crônico.

Essa posição de Eu traz outra visão da relação saúde / doença. Como foi discutido no capítulo 4, pg. 41, na clínica ampliada a promoção da saúde é significada como a busca de uma condição melhor de qualidade de vida. Está se falando, portanto, em uma prática clínica voltada para a produção do cuidado³¹ e não mais a cura, redimensionando, para o psicólogo, o objetivo do tratamento e a “alta”. Nas palavras de Vênus,

(...) é outro sentido de alta. (...) quando eu imagino alta, é tipo uma alta hospitalar que você adoeceu, chegou ali, ficou bom e foi embora. Como a gente trabalha com a subjetividade, não dá pra seguir isso dessa forma, não é? É por isso que é diferente, porque assim que houve uma melhora, (...) quando eles reconhecem essa melhora, (...) podem retomar a vida. A gente não trabalha muito com alta porque no CAPS, mesmo os pacientes que saem, eles

³¹ Lembrando que produção do cuidado, aqui, implica em uma postura de acolhimento das pessoas em sofrimento psíquico, em todos os espaços de encontro entre profissionais e usuários.

sabem que podem voltar quando precisarem; (...) eles mesmos se dão um “eu tou bem, se precisar voltar pra trabalhar...”

Pode-se observar o movimento da posição de Eu-significando alta como ficar bom, para a posição de Eu- significando alta como uma melhora que possibilita o retomar a vida. É interessante se refletir sobre esse movimento que reflete o diálogo intra e interpessoal - na sua relação com o usuário e consigo, que o psicólogo estabelece com o signo “alta”. Não havendo um modelo fixo, definido a priori, do que seja saúde, a “alta” vai estar sendo caracterizada a cada momento, a partir da relação do psicólogo com o usuário, desse consigo e com o ambiente onde vive; como coloca Valsiner (2007), na fronteira que é o momento presente da relação que está sendo vivida, onde o passado das experiências anteriores vai estar sendo reconstruído por esse momento que está sendo vivido.

Mas não é apenas em relação à alta que o psicólogo precisa fazer resignificações. Ao ser trazido o tema da relação do trabalho clínico com a clínica ampliada, Mercúrio afirma que:

É, são muito diferentes... (o trabalho do psicólogo no modelo de clínica clássica, do trabalho no modelo da clínica ampliada) (...) eu acho que o atendimento individual é diferente dessa escuta qualificada, que a gente não pode chamar de psicoterapia, que é uma intervenção breve, uma ação terapêutica, e que é realizada o tempo todo; e aí, eu, por exemplo, posso participar de uma reunião de equipe, estar no acolhimento, que é o que alguns CAPS chamam de plantão, e estar disponível também para alguma intercorrência que apareça...

E os outros entrevistados complementam concordando que, no contexto da clínica ampliada, se tem que sair das quatro paredes do consultório e incluir o contexto social onde o cliente / usuário está inserido.

(...) quando eu vim pra cá (para o CAPS) eu já tive meio que desconstruir ou reconstruir o que eu tinha de base no atendimento numa clínica particular; (...) geralmente dentro da clínica é você e o paciente, (...) já aqui é você, o paciente, a família, a comunidade, o povo que trabalha no posto, os vizinhos enfim, você começa a trabalhar não só com a pessoa mas com toda rede social que está envolta daquela pessoa. (...) então assim a gente sempre faz as intervenções e o atendimento em especial, mas a gente sempre tenta acompanhar como vai essa pessoa lá fora, das suas relações, para que as coisas que a gente estabeleça aqui dentro do serviço possam, de alguma forma, serem colocadas também lá fora por eles; que a gente também possa acompanhá-los nessa inserção dentro da comunidade. (Minerva)

(...) eu tinha essa visão que o papel do psicólogo era basicamente de escuta, de intervenção dentro da clínica mesmo, de atendimento individual então eu não via essa possibilidade de trabalhar com a comunidade. (Minerva)

(...) clinica ampliada eu vejo assim, é quando você pode estar dando foco ao individuo também, mas dentro de um contexto da família, da comunidade dele; de tentar que ele foque também em fazer mudanças, não ficar só nas mudanças psicológicas individuais. (...) em vez de você ficar restrito ao seu consultório tratando aquele individuo você tem uma noção da família dele, do contexto social que ele está. (Juno)

(...) porque você tem a oportunidade de ter outras intervenções, como eu tinha te falado no início, você trabalha não só, (com o indivíduo), você trabalha com a família, você trabalha com, enfim, com a equipe de saúde... (Vênus)

(...) eu acho que tem que ampliar a visão do que é a clínica, a inserção do psicólogo nesse serviço que é múltiplo, complexo. A função do CAPS é ampliar a vida do sujeito em todos os aspectos: familiar, inserção dele na comunidade, com o vizinho, com o trabalho... e aí o psicólogo não pode ficar só na questão da demanda psíquica do sofrimento.(Poseidon)

Porque de repente você esta fazendo uma intervenção e ta a comunidade jogando pedra, ai você tem que fazer uma intervenção para o usuário, para a comunidade, para a mãe, para o cachorro, para o vizinho, com todo mundo. (Diana)

Quando a gente olha a pessoa, a gente trabalha com a pessoa em qualquer lugar e de qualquer forma, porque a gente faz o trabalho acontecer na relação. (...) Nosso preconceito de que a gente só consegue atuar se a gente estiver entre as quatro paredes, opa! Não pode ser assim, não é? (...) Na minha ótica eles (alguns psicólogos que trabalham no CAPS) foram treinados com uma forma de ver de clínica entre quatro paredes, que é o que acontece em clássica, não é? Na praça onde estão acontecendo várias coisas ao mesmo tempo, isso requer que eles dancem de uma maneira mais difícil (para eles). (Apolo)

Considerando o que D`Alte (2007) teoriza sobre o processo de conhecimento, compreende-se que, para alguns entrevistados, a concepção do papel do psicólogo na clínica ampliada foi sendo co-construída através da relação dialogante com os Outros – consultório e dispositivos de atenção primária em saúde mental, onde atuaram - e das influências exercidas pelas audiências internas e externas, na forma que em que eles iam se posicionando nestes contextos, com os usuários, colegas de equipe, familiares e comunidade.

As figuras abaixo se propõem a resumir o movimento das posições de Eu-psicólogo construídas no diálogo com o contexto da clínica clássica para as posições de Eu construídas no diálogo com a clínica ampliada.

Figura 4: Movimento das Posições de Eu a partir dos Significados Atribuídos à Atuação como Psicólogo na Clínica Clássica e na Clínica Ampliada

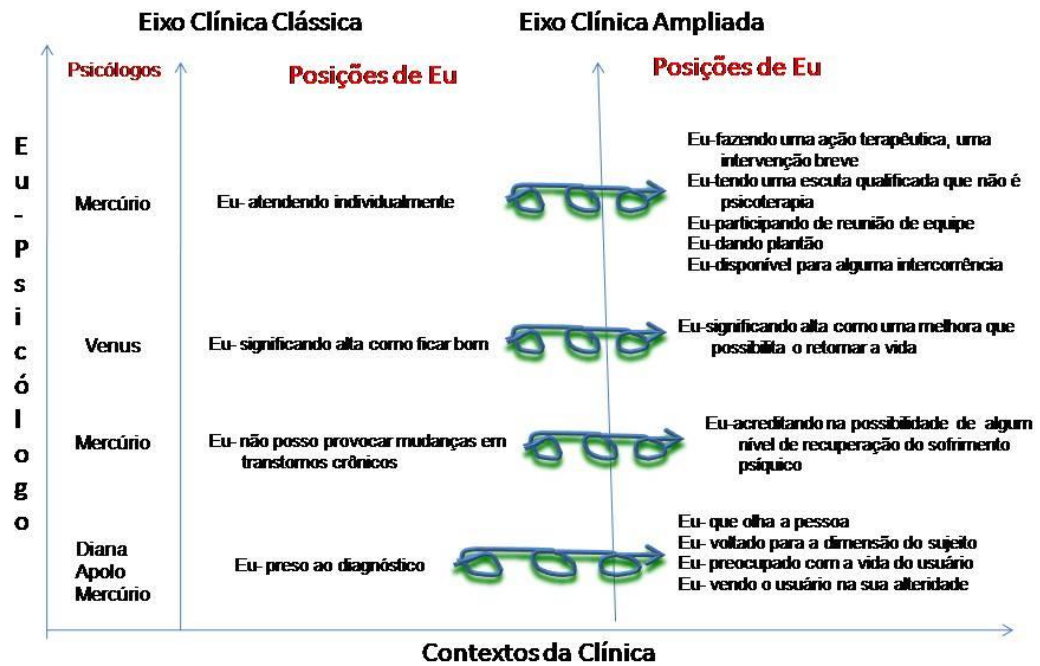
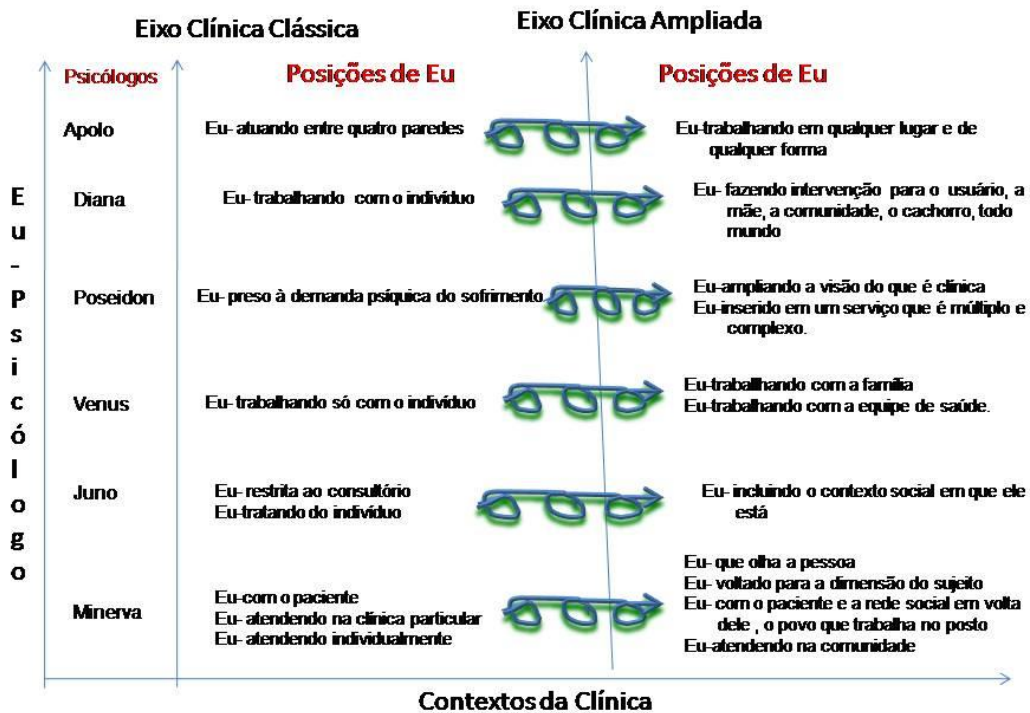
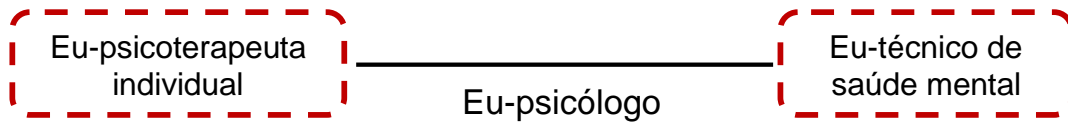


Figura 5: Movimento das Posições de Eu a partir dos Significados Atribuídos à Atuação como Psicólogo na Clínica Clássica e na Clínica Ampliada



Ainda nos referindo à questão do atendimento individual entre “quatro paredes”, o estudo sugere certa ambivalência de alguns psicólogos entrevistados quanto ao seu papel nos CAPS, representada na Figura 6 abaixo:

Figura 6: Ambivalência em relação ao papel do psicólogo



Ao mesmo tempo que descrevem uma atuação em todos os espaços da instituição e no espaço social, os psicólogos entrevistados foram unânimes ao considerar o atendimento individual como o trabalho que é específico do psicólogo, ou seja, é o que vai caracterizar a sua atuação como tal. Em outros termos, Eu-psicólogo como Eu-psicoterapeuta individual X Eu-psicólogo como Eu-técnico de saúde mental desenvolvendo atividades diversas, tal como podemos observar nos relatos de Juno, Poseidon e Minerva:

É a única coisa que ainda é nossa no sentido específico, é a psicoterapia no sentido mais aprofundado... (Juno)

Então eu faço entrevista individual e uso mais abordagem psicanalítica uma coisa mais fechada, um modelo mais próximo da clínica clássica... aí nesse momento é uma especificidade mais do psicólogo, pra fazer uma escuta...Fazer uma escuta das questões, das demandas, fazer uma escuta mais do inconsciente dos conflitos tentar levar o sujeito mais pra resolução da problemática (Poseidon).

(...) aqui inicialmente eu sabia que eu ia atuar como psicóloga, na questão do atendimento individual, que é próprio na questão da clínica; e com grupos, mas pensando em grupo dentro da configuração de grupo terapêutico, que é próprio de um psicólogo. E aí quando a gente chega pra trabalhar em saúde mental é: ‘ Não. Ah! Você só precisa de função terapêutica. ’ Mas o que é a função terapêutica e o que a gente pode fazer dentro disso? E acaba que a gente começa a utilizar de outros métodos que fazem parte também de outras profissões, como dentro do serviço social, dentro da terapia ocupacional, e a gente começa a pegar um pouquinho de cada profissão dessas, e ir agregando mesmo ao nosso trabalho. Então eu tenho aqui dentro uma função específica em relação ao trabalho como psicóloga, com atendimento psicológico intensivo dentro do véis de técnica, de formato e tudo mais (Minerva).

Por outro lado, outros entrevistados trouxeram a qualidade da escuta como a especificidade do Eu-psicólogo, uma escuta que vai estar presente na relação do psicólogo com o usuário onde ele estiver, na atividade que este psicólogo esteja desenvolvendo, tal como registrados nos seguintes relatos:

(...) não é só neste momento, (do atendimento individual), que eu sou psicóloga, eu sou psicóloga o tempo todo... porque para mim é claro que, se eu estou ali na ambiência, a minha escuta é uma escuta diferenciada; a minha escuta não muda, se eu estou num atendimento individual ou se eu estou num grupo ou se eu estou no corredor... não muda, eu acho; e acaba que as intervenções vão acontecendo. (Diana)

(...) surge uma demanda que aí a gente encaminha pra um trabalho mais individual, mas assim, isso acontece também, mas não é o foco principal do grupo, né, é como você falou, é uma coisa mais sócio-educativa. (Vênus)

(...) da minha experiência, surgiram muitas coisas que eu nem dimensionava que seriam do fazer do psicólogo, de intervenções junto à comunidade, principalmente no que diz respeito a você estar montando estruturas de saúde (Mercúrio).

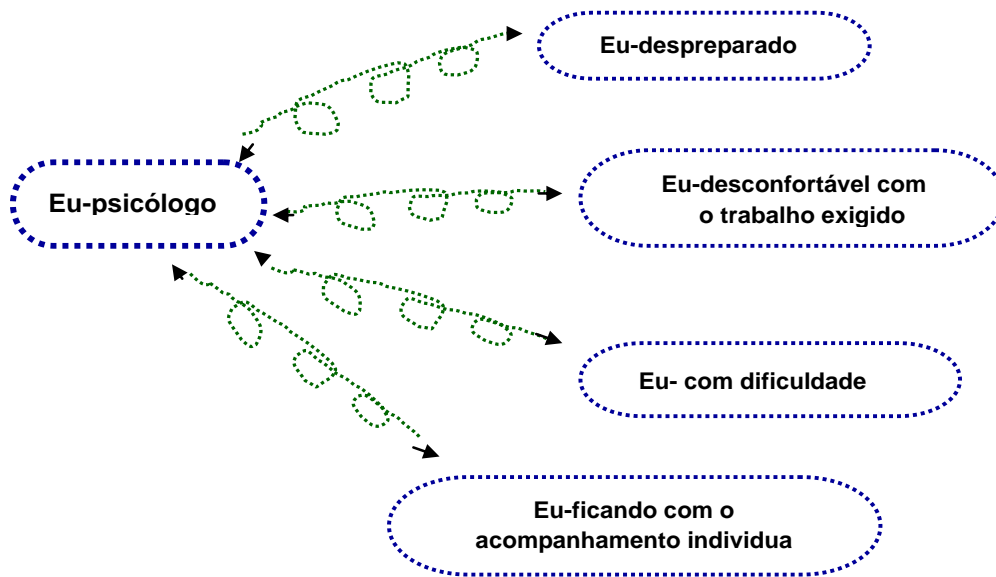
Esta “diferença” explicitada entre a clínica tradicional e a clínica ampliada, e o trabalho psicológico ser significado como o atendimento individual, está relacionada à própria inserção tardia da psicologia no campo da saúde, que se deu através “da aplicação de um *know-how* técnico – derivado da experiência clínica – sem a contrapartida do questionamento desta transposição de técnicas de uma esfera para a outra” (SPINK, 2007, p. 29). Segundo a autora, até então a *praxis* psicológica se resumia à atividade autônoma como profissional liberal, exercida nos consultórios particulares, e às atividades exercidas nos hospitais e ambulatorios de saúde mental, sob a égide da Psiquiatria; ou seja, uma perspectiva médica. Foi um chegar buscando abandonar o enfoque da clínica tradicional, centrado em um indivíduo abstrato, para um enfoque mais social, do ponto de vista de Juno, “a palavra mesmo é essa, inserção social e cidadania. Do que você ficar conversando com uma pessoa isolada e só colocando questões dela, a gente entra também no espaço social”.

Até então, este chegar tem trazido algumas dificuldades para o psicólogo, explicitadas por Juno e Poseidon, trazendo um Eu-psicólogo como um Eu-obrigado a fazer o que não fui preparado para, gerando, nesse diálogo algumas vozes, explicitadas na Figura 7.

(...) igual às pessoas que, quando eu cheguei aqui, eu encontrei; depois de fazerem anos de cursos de Psicanálise, de atenderem em seus consultórios, elas de repente serem obrigadas com a Reforma, a ter que atender em grupos, ir para rua, e fazer assembleias, e elas não, naquele estranhamento (Juno).

Eu percebi que, se a pessoa tem uma formação muito voltada para a clínica clássica, ao setting, ela tem muita dificuldade de trabalhar em público. Porque o grupo assusta. (...) E aí a pessoa trabalha com aquela questão da agenda, do acompanhamento individual... eu acho que tem que ampliar a visão do que é a clínica, a inserção do psicólogo nesse serviço que é múltiplo, complexo (Poseidon).

Figura 7: Posições de Eu fruto de um diálogo difícil com a Clínica Ampliada



Embora, de acordo com Rabelo et al (2005), os atendimentos individuais não devam ser a tônica na proposta da “clínica ampliada”, há um lugar para esse tipo de intervenção nos CAPS, onde, segundo Juno,

(...) tem muitos pacientes que não gostam de falar da sua vida, das suas questões principalmente pela própria doença, têm delírios de perseguição, eles não confiam, eles não fazem vínculo nem transferência e eles acham que as outras pessoas estão ouvindo. Tem muitas coisas que eles não falam no grupo precisam falar individualmente e tem muitos trabalhos que a gente faz com mais eficiência individualmente, algumas técnicas que a gente usa que a gente vai funcionar melhor trabalhando individualmente, é mais profundo então é um foco de atenção mais naquela pessoa.

Ainda a respeito ao atendimento individual, Diana retoma a questão da escuta qualificada, e faz uma diferenciação interessante entre o foco do atendimento do psicólogo e o trabalho do técnico de referência³²

(...) eu acho que a gente conseguir fazer um vínculo com esse usuário, e ter uma escuta qualificada com aquele usuário; tentar ver quais são as questões, e eu falo mais da intervenção breve; (...) o que ele identifica no momento como principal... se ele conseguir identificar o que está trazendo mais sofrimento, e ir trabalhando estas questões com ele... a gente vai como um meio, não é? Ele vai construindo soluções; mas não é tão diretivo, como é o técnico de referência... algo que o usuário me traz no atendimento dele, individual, eu

³² Para entender o que seja “técnico de referência”, ler o capítulo 3

vou escutar, vou acolher e ele precisa, ele precisa ter a confiança de que ele pode dizer tudo naquele espaço, e que não vai ser feito algo com aquilo...

Enquanto técnico de referência ele já vai me traz algo direcionado, que a partir, que a gente faça algo daquilo; para que a gente junto produza alguma mudança do concreto, de uma situação que ele tem vivenciado, que não é a proposta do atendimento individual. Então acaba sendo diferente.

Trata-se, em nossa opinião, de um movimento das posições de Eu-psicólogo como Eu-fazendo atendimento individual, para Eu-fazendo atendimento individual é trabalho de clínica clássica, para Eu-psicólogo na clínica ampliada faço atendimentos individuais e grupais a depender da necessidade do usuário; além disso, observa-se um fluir entre a posição Eu-psicoterapeuta breve e Eu-técnico de referência, também a depender do momento e da necessidade do usuário. Esses movimentos podem ser observados nas Figuras 8a e 8b.

Figura 8a: Resignificações da Posição de Eu-psicólogo

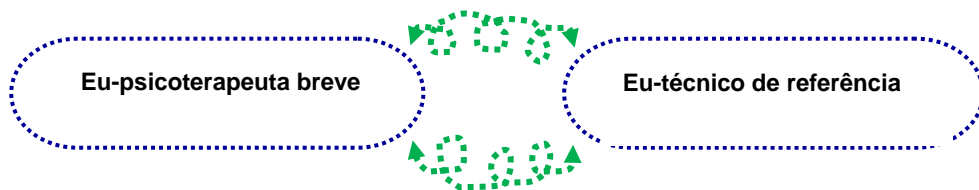
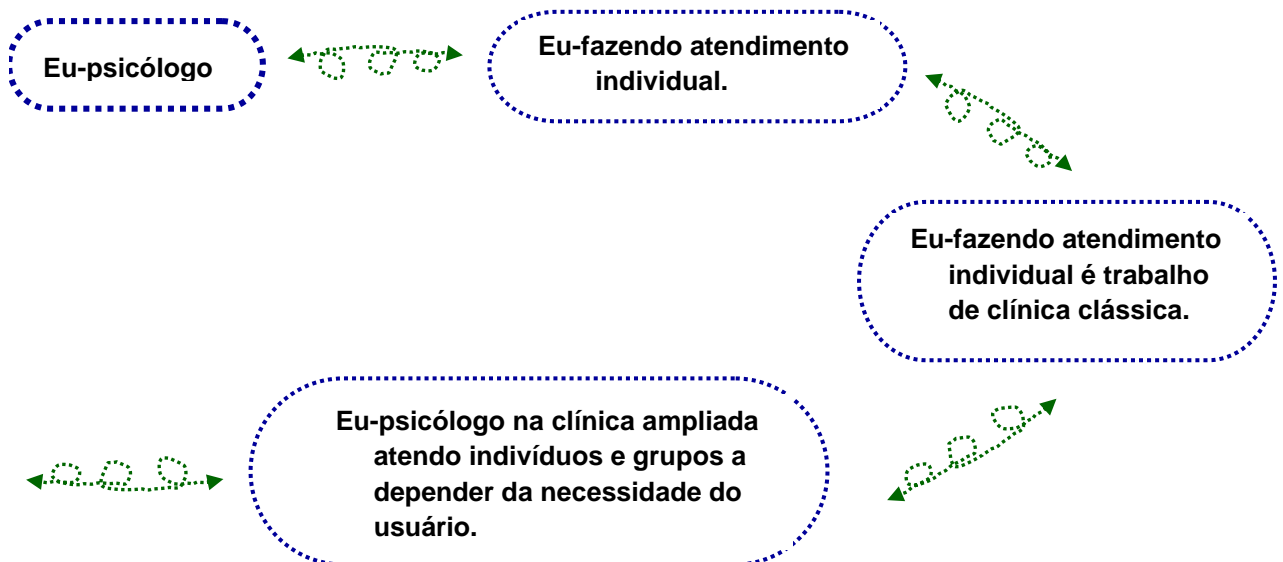


Figura 8b: Resignificações da Posição de Eu-psicólogo



Assim, fruto desse diálogo Eu-Outro clínica clássica e Eu-Outro clínica ampliada, as narrativas sugerem algumas diferenças significativas no que se refere ao trabalho do psicólogo: o *setting* terapêutico é onde o usuário está, e não apenas entre as quatro paredes do

consultório; a inclusão do contexto social do usuário, nas práticas desenvolvidas pelo psicólogo, que é convidado não apenas a acompanhar os usuários, mas também a participar dos anseios e práticas da comunidade; o trabalho não ser limitado ao atendimento individual, como diz Vênus, ser uma proposta mais sócio-educativa que psicoterápica; a condição da alta não mais sendo o atingir um modelo definido *a priori* como saúde mental, e sim como fruto do diálogo usuário-psicólogo, a partir de uma apropriação da melhora da qualidade de vida e do nível possível, para aquele usuário no momento, de reinserção social.

Ante o exposto, concluímos que, do ponto de vista da clínica ampliada, a concepção do trabalho clínico psicológico ainda apresenta uma certa ambiguidade, refletindo na própria identidade do psicólogo. Isso fica claro na narrativa de Minerva:

As pessoas costumam dizer que somos técnicos em saúde mental, o que acaba que sendo um termo que não define a profissão em si, mas coloca um técnico que esta ali dentro, passando por todas as disciplinas que a equipe que circula, porque somos profissionais que circulam e, em algum momento, eu até utilizo essa denominação de técnica de saúde de mental, porque é uma coisa mais ampla.

Partindo-se do princípio que a construção cultural constitui o indivíduo e define suas possibilidades, ao se trabalhar a comunidade na resignificação da impossibilidade de recuperação, se está criando uma condição de diálogo onde o usuário pode passar a ser visto como ator social, possibilitando a sua reinserção social. Portanto, com o enfoque da clínica ampliada, o psicólogo passa a ter um papel de trabalhador social, explicitado nas palavras de Mercúrio

(...) as pessoas não acreditavam que era possível a atenção, assistência, e o resgate daquela subjetividade ... e agente chegar e as pessoas dizerem, “ você vai visitar fulano de tal, você é maluco?” (...); aí depois de dois anos você vê que a pessoa que não saia de casa, que ninguém se aproximava, está dentro da cidade, vai sozinho para o CAPS e pede seu medicamento; uma pessoa que estava desacreditada, relegada à cronicidade do transtorno. Eu via o resultado e ficava empolgadíssimo porque era uma cultura, em determinadas comunidades, de que não era possível se assistir ou se resgatar pessoas com transtornos crônicos; você vai, se aproxima, de certa forma você tenta sensibilizar a comunidade, e aquela comunidade passa a ancorar um discurso de que às vezes dá certo, de que é possível algum nível de recuperação, de reabilitação... tem um impacto a nível da comunidade e da cultura ... (Mercúrio).

Finalizando, não se pode esquecer que, ainda como nos fala Mercúrio, o profissional que escolhe atuar esta outra clínica, a clínica ampliada, como é o caso do CAPS, acaba o

fazendo a partir de um compromisso e responsabilidade; os desafios e as aprendizagens desse processo serão discutidos a seguir.

8.3. SENTIDOS E DESAFIOS DA PROPOSTA DE TRABALHO NO CAPS PARA O SER PSICÓLOGO

Embora os entrevistados tenham discorrido sobre suas atividades nos Centros de Atenção Psicossocial, o relato de tais atividades será apresentado apenas quando possibilitar alguma relação com essa categoria de análise.

Resgatando a concepção apresentada no capítulo 5, os CAPS são serviços de saúde extra-hospitalar-comunitários que oferecem atendimento coletivo e individual de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar aos portadores de transtornos mentais severos e persistentes, através de estratégias intra e extramuros.

A ênfase na atenção primária em saúde, trazendo a universalização do atendimento, abre uma nova dimensão no olhar para a doença mental, a da determinação social., enfatizando a desinstitucionalização. O modelo de atuação da clínica psicológica anteriormente adotado é inadequado para esta proposta, podendo gerar desadaptações (Spink, 2007).

A gente estava falando um pouco de como o psicólogo chega para trabalhar no CAPS, não é? Que é um formato diferente, de uma clínica ampliada; de que precisa chegar com esta disponibilidade para fazer de fato a clínica ampliada, esta disponibilidade de trabalho em equipe, não é? Com esse entendimento de ação terapêutica, não é? E que não necessariamente todo psicólogo chega. (Diana)

E a gente estava falando hoje das dificuldades, que nem todos os profissionais, nem todos os psicólogos chegam preparados ou dispostos para este tipo de clínica. (Mercúrio)

Portanto, os desafios do trabalho no CAPS se iniciam com o chegar e se integrar a essa instituição, que traz esta proposta diferenciada, conforme afirmam Vênus e Minerva:

Eu acho que o desafio maior que eu enfrentei foi chegar lá, ter sido acolhida e ter conseguido, com o tempo, desenvolver um trabalho. Chegar e os usuários poderem saber quem eu sou, qual era a minha proposta, o que eu tava fazendo ali, de desenvolver um grupo que hoje anda bem. Eu acho que o desafio maior foi esse. (Vênus)

(...) eu levei mais ou menos uns três meses para começar a me ajustar porque eu acho que não só no CAPS, em qualquer lugar que você chegar tem regras, tem procedimentos que você tem que seguir e como eu não conhecia, ainda fiquei meio perdida... (Minerva)

Por outro lado, Mercúrio e Apolo não vivenciaram esse impacto inicial, em função da bagagem anterior que trouxeram. Apolo, pela sua formação humanista e Mercúrio, pelas experiências práticas, desde a academia.

Tendo passado o impacto inicial, os entrevistados foram unânimes no seu entusiasmo com a ampliação da proposta de trabalho e do seu papel como psicólogo, saindo de um enfoque individualista de uma clínica fechada e privada, para o espaço social, como demonstram os relatos abaixo:³³

(...) eu gosto muito do trabalho do CAPS porque eu acho que tem uma possibilidade de intervenção maior, não é?(...). Então, nós trabalhamos com esses usuários, nós trabalhamos com a família; nós trabalhamos de alguma forma a comunidade também, porque é o local onde eles estão inseridos, não é? Porque não fica aquela coisa de atendimento individual, ambulatorial, sabe, de só trabalhar com os pacientes. Eu tenho uma possibilidade maior de atuação. (Vênus)

(...) E aí faço um outro grupo que é um grupo de histórias... grupo de histórias com uma outra colega, uma assistente social, e a proposta do grupo é que eles tragam as histórias, várias histórias da vida deles. Tem uma assembleia, que é mensal, que é um espaço onde senta a equipe, os familiares, os usuários, para discutir o cotidiano do CAPS, e é mensal, a última sexta do mês. Tem o atendimento na rua, atendimento no Consultório de rua, a gente faz umas trocas, é interessante; a gente encontra umas situações na rua... (Diana)

(...) Quando você pode estar indo na casa da pessoa e estiver trabalhando com a comunidade, ocupando os espaços da comunidade para fazer algum trabalho, fazendo um futebol na quadra aqui perto, fazer caminhadas na orla aqui do bairro, indo na rua da pessoa pra ver alguma questão que ele esteja passando de discriminação, na rua dele ou na assembleia da associação, ou indo ver a família no contexto onde ele realmente mora; não ficar só atendendo ele aqui isolado, mas vendo todo esse contexto e podendo também estar fazendo alguma reunião fora daqui do posto. (Minerva)

Como visto, a atenção psicossocial se dá no dia a dia da interação, da convivência, possibilitando ao psicólogo, através do conhecimento do cotidiano do usuário, apreender as construções sociais que permeiam a realidade do mesmo, inclusive contribuindo para a compreensão da relação saúde / doença, como Poseidon relata:

(...) eu fazia uma oficina que era de caminhada. O foco é atividade física, trabalhar com outras questões, mas acaba tendo essa escuta do sujeito, mesmo. Tinha outra atividade que a gente fazia que era o futebol. E o futebol traz um monte de questões vivas ali, naquele momento, a disputa, as regras. E o futebol aqui a gente fazia com a comunidade. Os jovens que ficam aqui na praça vinham participar. E a gente tinha que cuidar como as crianças

³³ Esse aspecto foi bastante discutido anteriormente, ao se analisar a concepção do trabalho clínico psicológico no contexto da clínica ampliada.

estavam jogando e os adultos também. A gente acabava tendo que intermediar os nossos ali. É interessante, é vivo. Tem que manter essa escuta atenta, olhar o sintoma, a repetição do sintoma, ver como cada paciente interage. É muito rico porque acaba criando várias situações em vários campos. Várias coisas que vão surgindo em toda essa vivência que acontece em torno do CAPS.

Ainda discutindo o fato que no CAPS se deixa de trabalhar o sujeito para trabalhar em comunidade, Apolo traz uma questão significativa:

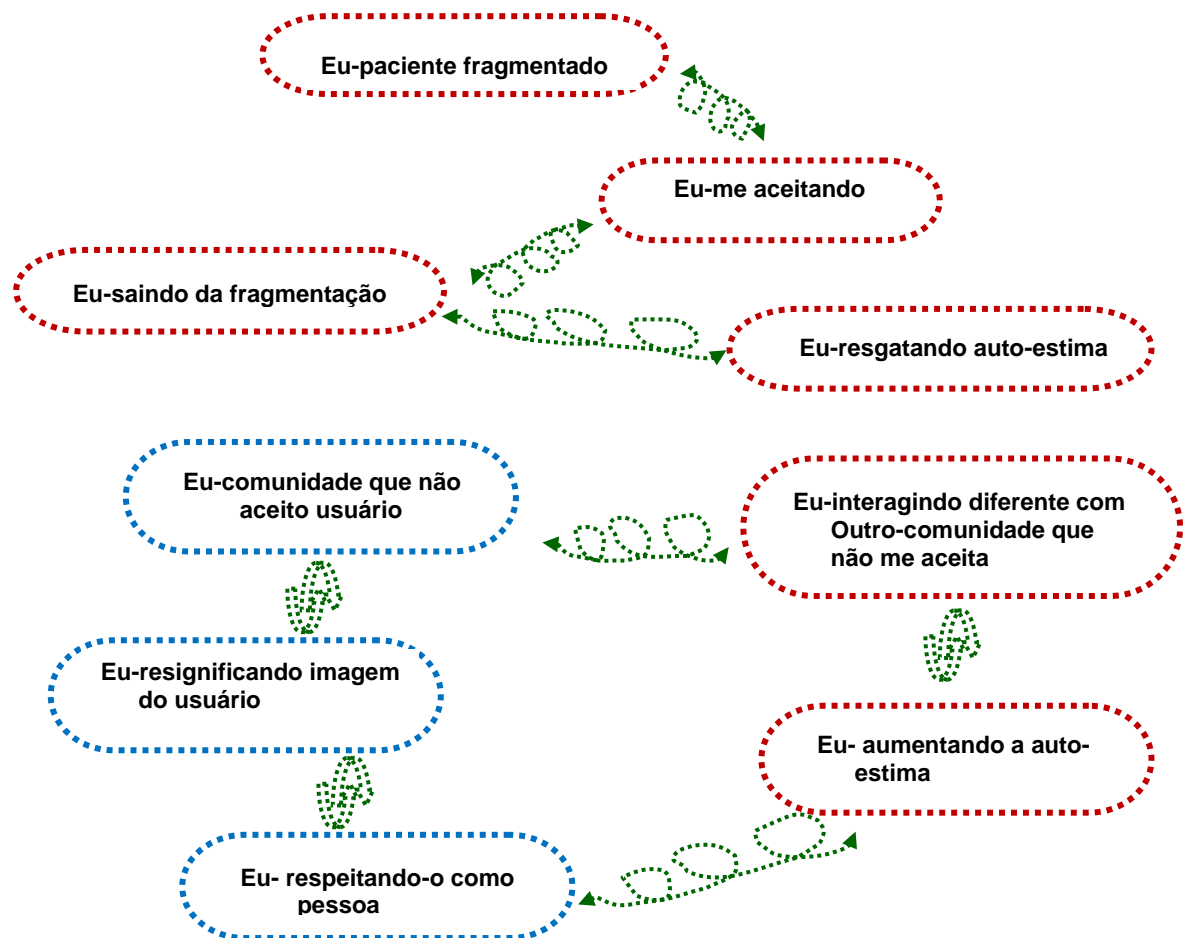
Esse é o ponto em que o CAPS, para mim, mais se aproxima do CRAS, porque ele deixa de trabalhar o sujeito para trabalhar em comunidade. A comunidade tem que aceitar aquela pessoa como ela é e a tendência é de reintegrar aquilo³⁴... Por que, no final das contas, pra mim o grande trabalho desta instituição é o empoderamento... E o empoderamento não é transformação, gera transformação; uma transformação interna é um aceitar (...). Cura no sentido de trazer para as pessoas um bem estar e uma aceitação de si mesmo, um empoderamento de si mesmo.

Ao abordar a importância da aceitação do outro como um fator de empoderamento, Apolo cita algo lapidar para o contexto da clínica ampliada, o empoderamento. Se considerarmos, conforme afirma Sanduvelte (2007), que “a relação intersubjetiva se dá através de processo ativo, no qual os participantes admitem uma reciprocidade de perspectivas” (p. 90), à medida que o usuário se aceita, ele não apenas começa a sair da sua fragmentação interna, resgatando a sua auto-estima, como também passa a interagir de outra forma com a comunidade em que está inserido, que, por sua vez, começa a ressignificar a imagem que tem dele, usuário, passando a respeitá-lo como pessoa, como pode ser visto na Figura 10.

Ainda com respeito à inserção social, e partindo-se do pressuposto que, segundo Valsiner (2007), não importando quão extensivamente uma atividade ou discurso seja socialmente impregnado, “(...) os únicos fenômenos psicologicamente disponíveis para uma pessoa – iniciando com uma percepção e terminando com o criar uma significação – estão centrados na pessoa que percebe, o ator, e o criador de significados” (p.153).

³⁴ No sentido de reintegrar a pessoa como ela é.

Figura 10: Relação Eu-usuário / Mim / Outro-comunidade



Assim, ao se levar o usuário de volta ao espaço social, está-se criando a oportunidade para que as pessoas da comunidade possam resignificar a sua visão do sujeito portador de sofrimento psíquico, trabalhando os seus estigmas, como exemplifica Mercúrio

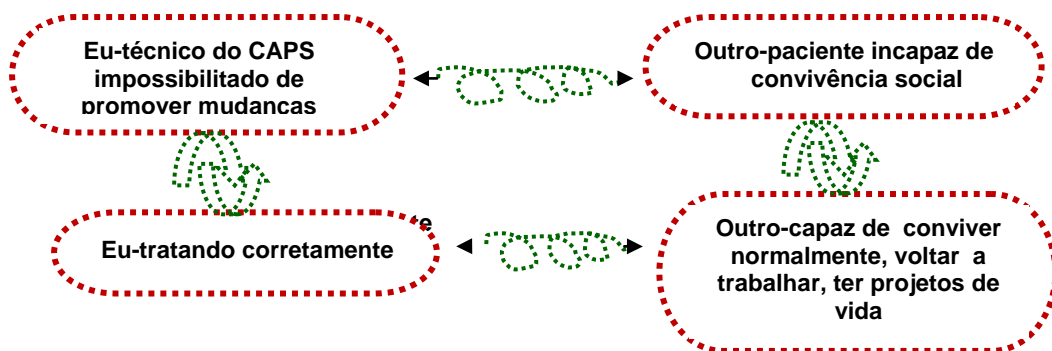
(...) a saída desse espaço (do CAPS) para utilizar esse espaço na comunidade, então a gente observa o contato que eles têm com outras pessoas, como as pessoas às vezes chegam. Ai, posso me juntar a vocês para jogar? E inicialmente as pessoas não fazem isso com os pacientes psiquiátricos, um ou outro que às vezes chega assim. Vocês são de algum lugar? Então, assim, a gente sempre discute isso, que representações as pessoas têm, que olhar essas pessoas têm que às vezes eles saem: ‘poxa, não, eles jogam direitinho e tal’. Aí, vão quebrando um pouco essas ideias que as pessoas têm de pacientes psiquiátricos.

Essa resignificação da idéia estigmatizante da incapacidade do portador de sofrimento mental não acontece apenas com a comunidade. Como um constructo social, também vai permear o olhar dos próprios técnicos para com o usuário, conforme relato de Minerva:

A gente faz atividades aqui com eles, de passeio ao shopping, de ir a uma praia, de ir pra museus, para que eles possam se apropriar mesmo, de fato, que eles podem acessar assim como qualquer outro cidadão, resgatar essa questão da cidadania... Então, a gente vê que muitos desses que às vezes é visto como um paciente que teria que ficar fechado dentro do hospital, de que há possibilidade nele, com um tratamento correto, de conviver normalmente, de voltar a trabalhar, a estudar e ter projetos de vida.

Esse processo está representado na Figura 11

Figura 11: Relação Eu-técnico do CAPS / Outro-usuário



Lembrando que a desinstitucionalização é um dos pilares da Reforma Psiquiátrica que deu origem aos CAPS, e que desinstitucionalizar significa abordar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida, construindo novas possibilidades de sociabilidade e subjetividade, foram-se delineando a mudança de enfoque para a inclusão social do portador de transtornos mentais e o resgate dos seus direitos humanos como cidadão. Nesse sentido, todo procedimento do CAPS, em última instância, deve estar voltado para reabilitar o sujeito cidadão em seu território, incluindo-o, como exemplifica Vênus:

(...) a coisa mesmo da reinserção da cidadania. Eu hoje estou fazendo um grupo de informação, eu faço com uma enfermeira, então é uma coisa que a gente tenta focar muito. Eles escolhem e a gente discute os temas, e a gente apresenta vídeos... No início, eles queriam muito informação assim sobre esquizofrenia, sobre as doenças, os transtornos, as medicações, os efeitos colaterais... Queriam elaborar uma cartilha para a família pra poder orientar, para poder a família aprender a lidar com eles. Então, eles tinham muito essa demanda...Mas, como era um grupo de informação, a gente traz informações do dia a dia, de coisas do cotidiano, uma coisa de exercer a cidadania deles mesmo. Hoje, a gente discute as conferências da Rio +20, eles querem saber o que é que é a Rio +20, o que é desenvolvimento sustentável... Então, eles tão assim vendo o que está acontecendo ao redor e eles já trazem isso como interesse, não é?

Quanto à participação nos eventos sóciopolíticos, Minerva comenta:

(...) Então, quando têm eventos, quando tem coleta, a gente mexe com a consciência deles; a gente tem até o prontuário de quem participa de associação de usuário da saúde mental, da luta, da Reforma. A gente está sempre discutindo com eles quando têm eventos, congressos de Reforma Psiquiátrica. A gente leva os nossos usuários para que eles se impliquem também nisso... reuniões de conselho, a gente já chegou a levar alguns para lá, para que eles possam mesmo enaltecer essa questão dos direitos e deveres; enfim, de que eles possam ter voz e reivindicar. Então, que ideia de apropriação de fatos sociais, de atuações como cidadãos, de direitos e deveres a gente está dando pro nossos pacientes se a gente o fecha, como se tudo que acontece aqui fosse sua única possibilidade?

Juno vem complementar, falando sobre a importância da participação da equipe nestes momentos:

(...) que muitas vezes, isolado, ele não vai ou é discriminado porque existe como doente mental, mas quando ele vai pelo CAPS, junto com a gente, eles visitam tudo e as pessoas aceitam a presença deles e eles ficam mais participativos.

Com respeito às atividades desenvolvidas pelos psicólogos nos CAPS, ficou claro a importância da triagem para a escolha e direcionamento do usuário para as atividades das quais ele irá participar. Essa escolha é feita a partir da demanda e interesse do mesmo, podendo ser mudada ao longo do seu processo na Instituição, tal como registrada nos seguintes relatos:

(...) cada usuário que se trata no CAPS tem um projeto terapêutico, a gente chama de projeto terapêutico individual ou projeto terapêutico singular; então, cada pessoa no CAPS tem um projeto terapêutico para ela e aí tem uma pessoa que junto com ela, com o usuário, conduz este projeto, que é a figura do técnico de referência; é essa pessoa que assume essa condução do tratamento junto com o usuário. Vai olhar quais são as dificuldades dessa pessoa, não é, porque a gente fala de um projeto terapêutico, não um projeto terapêutico grade de atividades, que dia ele vai vir na semana, que grupo ele vai participar. A gente fala, tenta falar de projeto terapêutico porque é um projeto de vida, qual é a necessidade daquele usuário, não é, qual é a rede de contatos que ele tem. (Diana)

Lá no CAPS hoje eu faço atendimento individual, faço acolhimento... Acolhimento é quando as pessoas chegam pela primeira vez ao serviço. Uma espécie de triagem para a gente avaliar se a demanda que chega é uma demanda que a gente pode atender. (...). Quando é a gente faz o encaminhamento para marcação de consultas a define, o PTI, que é o processo terapêutico individual a depender da disponibilidade e interesse daquele paciente que a gente direciona para os grupos e as oficinas, terapêuticas que são oferecidas. O desafio é

desenvolver outras atividades, atividades que eles se interessem e que possam ajudá-los a lidar com os sentimentos, com as angústias. (...) Mas a gente vai tentar também desenvolver isso junto com eles. É uma coisa que a gente sempre teoriza, de tentar fazer com que eles demandem algo, não é? Para a gente poder trabalhar com isso. Acho que o maior desafio é esse mesmo. (Vênus)

(...) então a gente sempre deixa essa oportunidade de troca tanto dos profissionais enquanto referência, quanto na questão dos grupos. (...) como vai ser a terapêutica dentro do serviço em termos de benefício, em termos de habilidade que o paciente tem, de que forma essas habilidades podem ser utilizadas em prol do tratamento dele, da melhora e tudo mais. Então a gente faz um plano dentro daquilo que ele precisa; e ele pode chegar em qualquer momento e falar com o técnico de referência : Aí cansei dessas músicas , quero fazer outra coisa, tem outra atividade que eu possa participar ? Então o tratamento hoje esta móvel, bem dinâmico, ele tem voz também e nesses momentos de voz, ele pode dizer eu quero isso ou não quero ou não vou participar ou quero escolher outra coisa tanto pra transferência quanto para as oficinas; a gente deixa sempre em aberto. (Minerva)

Embora seja importante haver uma variedade de atividades, de forma a se poder contemplar os usuários na sua singularidade de interesses e de necessidades, por outro lado, isso pode gerar uma sobrecarga para o técnico, no caso desse estudo, especificamente para o psicólogo, como ponderam Poseidon, Mercúrio e Minerva:

Eu acho que uma característica desse CAPS é que a gente tem um tempo insuficiente, que é um prazo de 30 horas. 30 horas é o prazo limite que a gente tem pras demandas. (...) Então a gente faz tudo, (...) a inserção no território ainda é difícil. A dificuldade é que, nesse momento, essa equipe aqui têm atuado em diferentes casos e, como a gente tem muita coisa pra fazer, acaba fazendo um pouco de cada coisa. Então eu faço atendimento individual, acompanho referência, tem um grupo de saúde do homem que a gente trabalha, sou educador físico, tem o grupo de geração de renda e tem o apoio matricial com duas equipes. (Poseidon)

No CAPS ha uma sobrecarga, há uma demanda muito grande para psicólogo, viu? às vezes a gente fala que é só psiquiatra, mas não é. Acho que de todos os profissionais do CAPS a sobrecarga entre aspas, acaba sendo muito voltada, para o psicólogo. (Mercúrio)

(...) é um desafio grande porque tem dia que eu me deparo e olho pro lado e começo Ah! Meu Deus o que eu começo a fazer primeiro? Porque a gente tem uma carga horária que acaba sendo reduzida se você olhar o tanto de coisa que tem para fazer; porque essas são as partes práticas, só as parte burocrática toda que a gente tem de preenchimento de formulários, de encaminhamento, de prontuário, todos os dados que a gente tem que entregar para relatório, então é uma demanda muito grande! É um desafio muito grande e acho que depende do profissional, mesmo porque, se o profissional não tiver aberto a fazer essas várias coisas dentro do serviço, não dá. (...) Se não a gente se perde dentro do objetivo da proposta do serviço que é você trabalhar dentro de uma equipe multidisciplinar, que é você desenvolver diversas atividades, é você não só trabalhar com a questão do

atendimento, mas com a questão do SUS das relações, então é um desafio grande, não é fácil não.

Quanto à definição das atividades a serem desenvolvidas, Apolo lembra a importância de se levar em consideração não apenas a necessidade institucional, como também o desejo do técnico:

Eu faço de tudo um pouco. Como todo mundo lá dentro. Então assim, todo mundo acolhe um tempo, todo mundo atende um tempo, todo mundo trabalha com grupos um tempo, cada um nas suas especificidades, não é? (...) no CAPS especificamente em que eu trabalho, agente faz parte de uma dança entre a necessidade institucional e clínica e o desejo do técnico. O desejo do técnico é levado em consideração. Então assim, eu quero montar um grupo, em tal horário a gente está precisando de um grupo, o que é que eu desejo fazer de um grupo mesmo? Que grupo me dá tesão de trabalhar? E... faz bastante diferença! Bastante diferença inclusive na força dos grupos, não é? Por quê aí a gente vai trabalhar com vontade! Aí cria uma outra coisa, uma outra viagem, não é?

Considerando a diversidade de atividades a serem desenvolvidas pelo psicólogo no CAPS e, conseqüentemente, os vários papéis a serem desempenhados; considerando que é nessa relação que o significado do ser psicólogo vai sendo gradualmente construído, e que essas significações estarão mediando as suas experiências nesse contexto, a autora considerou ser esclarecedor para a compreensão do que vem sendo exposto nessa análise fazer um mapa de posições de Eu advindas desses papéis e experiências. Na verdade, apenas vozes referentes às atividades aqui mencionadas foram expressas, o que nos leva a imaginar quantas vozes ficaram de fora. Ao se olhar para a Figura 12, pode-se inferir a delicadeza da delimitação do que seja a função do psicólogo no CAPS, algo que vem sendo demonstrado ao longo desse estudo. Não foi desenhado o diálogo entre as vozes para que o diagrama não ficasse poluído. Pede-se então, ao leitor, que imagine espirais conectando aleatoriamente todas as vozes, em um processo onde novas vozes vão sendo criadas, outras permanecem e outras vozes vão ainda sendo ressignificadas, a depender de como a experiência do momento esteja sendo vivida.

Com respeito à multiplicidade de atividades e à implicação da equipe, Mercúrio e Vênus apontam para alguns desafios, como a integração e manutenção da equipe, a adesão às atividades e o choque de horário entre as mesmas.

No CAPS do Município X. tinha essa dificuldade de organização da equipe, de colocar as atividades para funcionar e da adesão dos funcionários a essas atividades. Lá no início até tinha, mas chegou um ponto que ficava assim, depois do almoço, parecia assim, um hospital, sabe? Os usuários deitados no chão... não tinha um local específico e eles também não queriam participar,... a gente chamava para fazer atividades e eles não queriam... Muitos

profissionais no início acabaram saindo, não é, Que participaram...; na verdade a gente cria um vínculo, não é? Os usuários criam um vínculo com a gente. Eu acho que as mudanças mexeram um pouco com os usuários; muitos deixaram de ir também. Aqui eu sinto essa diferença e eu acho que a equipe também, a estruturação da equipe conta muito não é? (Mercúrio)

No início a gente teve dificuldade para a gente definir o dia do grupo porque chocava com o teatro e eles gostavam dos dois; a gente teve que sentar para colocar, e antecipar o teatro e colocar o nosso pra depois, né. E aí a gente programou hoje, mas surgem assim diversas demandas no grupo, e aí a gente vai direcionando para o que é possível. (Vênus)

Figura 12: As várias vozes da posição de Eu-psicólogo no contexto do CAPS



Segundo Peduzzi (2000), “a articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e às ações executadas pelos demais integrantes da equipe” (p.2). É essa integração que irá fazer diferença para a qualidade de trabalho oferecida pelos CAPS aos seus usuários, assim como para a construção de um clima de ‘trabalho que motive os seus técnicos e inspire a criatividade. Como relata Minerva:

É um desafio diário. A reunião técnica em um CAPS ela é fundamental; ela é semanal, e é com todos esses profissionais. Ela é fundamental para se ficar revendo o que é para fazer com que o trabalho clínico institucional, quer dizer, a instituição no seu trabalho de clínica ampliada, ele esteja profundamente amarrado. Se não acaba virando num fazer reproduzido sem um porquê, e as coisas perdem a força de fato.

Sem deixar de considerar a dificuldade factual, apontada por Vênus, da sobreposição de horários das atividades desenvolvidas, a autora gostaria de trazer outro olhar, onde esse fenômeno é visto como possibilitando ao usuário desenvolver o processo de escolha. Dentro do referencial fenomenológico, a vida é um constante “vir a ser”, onde o momento seguinte é construído pelas escolhas feitas no agora. É a condição de escolha que dá ao indivíduo os sentidos de liberdade e responsabilização. Posto que sua existência se dá em relação, a cada momento ele vai estar delimitando, com suas escolhas, sua fronteira Eu / Outro, Eu / Outros. Como a realidade é sempre uma realidade subjetivada, quanto mais consciente ele estiver desse processo, melhor poderá definir que consequências ele quer arcar com essas escolhas. Esse é o processo natural do existir, desde as coisas mais simples do dia a dia até as questões mais complexas do devir. Assim, ao possibilitar ao usuário o poder de escolha dentre várias atividades, algumas ofertadas no mesmo horário, devolve-se a ele a sua condição de humano e se o empodera.

Não se pode esquecer a questão da rotina apontada por Minerva, quando cita que, com o tempo, “na prática isso (os procedimentos) vai ficando tão dinâmico que em alguns momentos é perigoso, porque você na prática, em alguns momentos, não percebe algumas coisas que você faz. Então, precisa parar de supor que eu estou vendo alguma coisa aqui...”.

A esse respeito, Sanduvelto (2007) chama a atenção para os riscos do acomodar-se às rotinas, gerando repetição de tarefas, fazendo um paralelo com a manutenção indevida dos procedimentos de avaliação clínica centrados na prescrição farmacológica, onde o usuário não era reavaliado, mantendo-se, sob a capa de uma proposta de tratamento, a sua condição patológica. Conclui afirmando que:

Como em qualquer outro agrupamento humano, em que o conhecimento comum tenha se estabelecido através das interações sociais recorrentes, tipificando-se, as rotinas de trabalho nos CAPS podem perder a visibilidade, tornar-se opacas, embaraçando a visão da paisagem para as pessoas que estão no mesmo barco, sejam profissionais ou pacientes”. (2007, p. 91)

Este cuidado com a construção da relação, levando-se em conta a singularidade de cada usuário, a cada momento, é trazido na fala de Diana:

(...) cada um tem uma história, cada caso é um caso, não tem receita de bolo, não tem fórmula, não é?... o vínculo que você constrói com um não é o vínculo que você constrói com o outro; o como você vai cuidar não é igual, não é, ... e a gente tem que estar sempre atenta para que não seja igual ao mesmo, agente não estar reproduzindo modelos... e acho que é isso, a diferença é que a gente começa a se haver com a vida daquela pessoa não?... e aí não é o invisível, não é? É alguém que eu preciso estar perto, não é?, que eu preciso construir um vínculo para eu me autorizar a cuidar daquela pessoa; é só por aí que dá para fazer qualquer tipo de intervenção, só a partir de um vínculo que é construído... (Diana)

Para Spink (2007), a aquisição de conhecimento é um processo ativo de construção que envolve a atividade simbólica e a *praxis* em uma relação dialética, onde o conhecimento é a base da *práxis* e esta é a forma que se tem de verificação do conhecimento. Como afirma Diana:

(...) a análise permeia o trabalho o tempo todo, a gente tem que analisar tudo o que está fazendo, não é, o que está fazendo, para que está fazendo... o tempo inteiro... acho que isso no CAPS é fundamental que a gente analise nosso processo de trabalho. Acho que não só no CAPS, mas no CAPS a gente precisa de uma atenção... acho que maior; a proximidade é muito grande, entre os profissionais, entre o profissional e o usuário.... o contato, é muito intenso e o tempo todo.

É através da sua *práxis* nos CAPS que o profissional de Psicologia vai construindo o significado do que é ser psicólogo neste contexto, e esta significação lhe dá uma base para criar novas práticas e enfrentar os desafios que este contexto lhe apresenta.

A seguir, passaremos a analisar os desafios considerados de maior impacto para os psicólogos entrevistados.

Vênus problematiza a existência de um CAPS para pacientes mais graves e outro para pacientes mais leves, questionando até onde isso não criaria uma situação de exclusão, gerando algum tipo de preconceito, terminado por afirmar que acha difícil a criação de um serviço específico. Essa seria uma questão a ser posteriormente pesquisada, pois vai de encontro à proposta da atenção básica em saúde.

Outra questão é a exigência de uma disponibilidade quase que integral por parte do profissional psicólogo, segundo Mercúrio, “primeiro porque não tem os muros da instituição, não tem os horários; você precisa entender e estar disponível para as intervenções serem feitas o tempo todo.” Mercúrio também lembra que, ao fazer visitas domiciliares, muitas vezes o psicólogo se expõe a situações de risco:

(...) você faz a visita domiciliar e chega lá e está a maior briga, quebrando o pau na família, eu tive que mediar... e nós temos que tomar posições muito firmes... (...) já aconteceu de eu entrar em área de risco aqui, muitas áreas são de risco, tem lugares que são dominados pelo tráfico, e isso de uma forma muito clara, muito visível. Uma vez nós ficamos presos na área de risco porque o motorista tentou manobrar, era muito estreito, e aí a Kombi entrou com o pneu dianteiro direito todo em uma boca de lobo que estava aberta, era tarde, chuva, chuva, chuva, já escurecendo, e a gente preso em um lugar perigosíssimo, Barriquinha! A nossa sorte foi porque os traficantes são muito gente boa, e eles que nos ajudaram a resgatar... se aproximaram e tal, ficaram reclamando porque foi por causa de um caminhão que era deles que causou o acidente, “O que está acontecendo aqui?” puxaram o carro e tal, e saímos graças ao apoio dos traficantes.

Outro aspecto é a dificuldade com as questões políticas que, embora causem impacto para o funcionamento da Unidade de Saúde, fogem da ingerência dos técnicos. Essa questão vai desde a falta de subsídios para que se possa ter transporte suficiente para levar os usuários para alguma atividade externa, como cita Vênus, a questões mais sérias evidenciadas por Apolo:

(...) Pra mim, esse é o principal ajuste que eu vejo. E eu tive que fazer ajustes em termos de eu estar em uma instituição pública. (...) A gente tem um projeto que a gente venceu no final de 2010 que era para dinheiro ter chegado em 2011! E estamos até agora na prefeitura correndo atrás desse dinheiro. Então esse é um ajuste interno. Porque se você faz um projeto e motiva a equipe, faz tudo e coisa e tal, e o projeto não acontece, aí tem duas vias, não é? Como eu vejo já longe, então eu falo assim: “Não mas vai acontecer, mesmo sem grana”. Se eu fizer (...) isso lá, isso significa que a grana nunca vai vir. Aí eu começo a lidar com uma berlinda política, institucional. O que é que eu faço agora? Eu seguro isso numa gaveta e vai desmotivar todo mundo e isso pode nunca acontecer... ou eu faço acontecer de qualquer forma, e o dinheiro nunca vai vir. Bastante injusto, porque esse dinheiro está na mão de alguém, fazendo alguma coisa. Pois é, então isso requer uns ajustes. Assim, estar com a política presente o tempo todo é um ajuste difícil inclusive. Não é um ajuste simples, não. (...) Quando eu cheguei logo, eu ficava bastante retado com os técnicos mais antigos porque “fulano não quer trabalhar”, “fulano tá... está enrolando com a barriga”. E hoje eu olho... fulano estava sendo muito otário, fulano estava “respirando”, na situação, porque não estava ganhando nada. E eu não tinha a noção do que estava sendo dado. Então... Tem algumas fraquezas da política institucional que a gente vai pegando com o tempo. Senão você fica a serviço do roubo. É muito louco. É muito louco!

Além dos desafios provocados por situações externas ao profissional, ele, como pessoa, é todo o tempo confrontado na sua subjetividade, como bem coloca Apolo, por uma clínica que deixa à flor da pele o mundo interno do sujeito:

(...) o que acontece na verdade, no meu ver na prática, é que a lógica manicomial (...) é um paradigma social, todos nós somos manicomiais.... É mentira dizer que não! (...) A gente, prende nossas partes pessoais que a gente acha loucas, de fora do contexto o tempo todo! ... Então assim, é um processo impessoal! Por quê se eu trago internamente essa lógica manicomial em mim... é um desafio, eu como profissional, trabalhar para que o outro possa expressar e ser, quando eu não me permito, não é? Nossa! Isso é muito forte no CAPS! E aí eu volto a tirar meu chapéu para os meus colegas. As pessoas estão na beira do abismo. Estão lidando com a loucura o tempo todo, estão olhando sua loucura na frente o tempo todo, e ali não é para qualquer pessoa não! É muito forte!

Com efeito, trabalhar no CAPS vai além de uma atuação na área de saúde. Como esclarece Minerva, é um trabalho que lida com a dimensão social, política, “com a vida da gente lá fora”. Na experiência de Juno, após entrar no CAPS, ela se tornou uma pessoa mais política.

Para enfrentar essa quebra interna de paradigma, no dizer de Apolo, o profissional de psicologia precisa se trabalhar, não porque não esteja preparado, mas por ser uma clínica muito exigente.

Segundo Vênus,

(...) eu acho que o diferencial é esse, você tem que ter uma formação, você tem que ter supervisão, tem que fazer ou análise ou terapia, ou qualquer que seja o referencial, tem que ter um suporte também por fora.(...) Por que a gente lida com muitas coisas, não é? Desde os quadros mais graves, desde os quadros em que a questão social também é grave com muita miséria, muito sofrimento, com a dor, com a angústia o tempo inteiro, então a gente precisa ter um suporte para dar conta disso, não é? E aí quando eu penso num diferencial eu penso nisso de ter um suporte teórico, e também de supervisão, e a coisa da terapia ou da análise para você poder seguir em frente... porque tem momentos que são muito difíceis, não é? Como eu te falei, tem alguns momentos que eu pensei em desistir dessa área.

Como foi visto, os desafios enfrentados pelos psicólogos quanto à sua atuação nos CAPS devem-se principalmente a quatro grandes fatores:

1. O fato de a clínica ampliada ainda ser um saber em construção, ao mesmo tempo que gera o espaço para que o profissional vá descobrindo o seu fazer e, nesse fazer, vá descobrindo o que é o Eu-psicólogo, também traz um sentimento de insegurança, de sentir-se perdido, uma ambivalência entre a incapacidade e o

empoderamento. Isto traz uma demanda de capacitação e supervisão, de estar continuamente se atualizando.

2. O contato com uma realidade crua, de muita dor, miséria, desorganização psíquica, situações extremas de exclusão social, onde o contato com o outro traz à tona os não ditos, os fantasmas do profissional, além do enfrentamento de situações de risco. Um contato que é muito próximo e intenso com o usuário, em um contexto onde não há “muros”, ou horários atrás dos quais o psicólogo possa se esconder. Isso demanda uma grande disponibilidade e um alto nível de suporte interno por parte do profissional.

3. A multiplicidade de demandas da instituição, dos usuários e da comunidade frente à escassez de psicólogos contratados nas unidades de saúde, gerando uma sobrecarga da qual a jornada de trabalho não dá conta. Isso demanda uma maior integração com a equipe, uma disponibilidade e a consciência dos próprios limites, não como um impedimento e sim como um desafio para novas soluções.

4. O impasse frente às questões políticas que fogem da ingerência do profissional, mas que interferem com a sua atuação, seus valores e ideologia. Isso demanda, por um lado, um jogo de cintura e uma criatividade para driblar as questões inerentes às instituições públicas, o fazer muito dentro de um mínimo de condições; por outro, uma ação política de mobilização social.

Concluindo, os relatos apresentados nos levaram a crer que trabalhar no CAPS é uma experiência mobilizadora e plena de desafios, que traz um novo sentido à *práxis* do psicólogo. O que permanece de toda essa experiência é o entusiasmo pela certeza de que sempre há algo a ser feito.

8.4. IMPACTO DO TRABALHO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA DELIMITAÇÃO DO TRABALHO DO PSICÓLOGO.

Um dos desafios encontrados pelo psicólogo que trabalha no CAPS é o trabalhar com uma equipe multiprofissional, pois, como já foi citado na categoria anterior, não há uma delimitação clara do que seja o território de cada profissão. Brundtland (2001), no Relatório sobre Saúde no Mundo, afirma que a integração da atenção em saúde mental no sistema geral de saúde, aumentou a demanda de generalistas com treinamento em saúde mental, diminuindo, com isso, a demanda de especialistas. A narrativa de Diana traz essa questão ao afirmar que:

(...) o psicólogo, que vai criticar quando no CAPS... aí (no CAPS) ele precisa saber que ele é um psicólogo mas é um profissional da saúde mental, que muitas das coisas que a gente faz, acreditando que é do psicólogo, como fazer uma escuta, um atendimento individual, não são exclusividade do psicólogo. (...) no CAPS é uma atuação em equipe.

Como diz Minerva, “as pessoas costumam dizer que somos técnicos em saúde mental, que acaba sendo um termo que não define a profissão em si”

A constituição das equipes multiprofissionais, e sua inserção nos centros de saúde foi, no olhar de Spink (2007), um processo complexo, fruto da falta de embasamento teórico-prático para esta forma de atuação aliada à resistência encontrada por parte dos profissionais de saúde, por não compreenderem o papel atribuído a cada membro das equipes. Como coloca Poseidon,

(...) fica uma coisa meio misturada, (...) as identidades estão muito misturadas... A gente precisa ter um trabalho de localizar qual é o papel mesmo do psicólogo dentro da equipe multidisciplinar, a gente está vivendo um momento em que a equipe acaba fazendo muitas coisas em conjunto...

E Minerva completa:

(...) com o tempo a gente começa a botar outras funções e outros papéis porque assim, em alguns momentos, eu tenho a minha função bem didática de assistente social, de fazer visita, de fazer ligação, de fazer intervenção com famílias; um papel meio de médico e enfermeira no momento que eu sento e vejo se ele está tomando a medicação correta, faço a orientação; o terapeuta ocupacional, porque às vezes a gente utiliza um pouco do papel do terapeuta ocupacional na função terapêutica; o educador físico, hoje em dia quem faz oficina de futebol sou eu, então a educadora física nossa está fazendo oficina de artesanato, enquanto eu, que sou psicóloga, faço a oficina de futebol. Então as coisas são meio que trocadas não é?

Ainda se referindo a esse tema, Brundtland (2001) fala da importância de se explicitar a redefinição de funções, de forma que uma adoção mais pronta de responsabilidades possa ser assegurada. Para que esse nível de funcionamento aconteça, Minerva pondera a necessidade de uma equipe integrada. Nas palavras de Poseidon: “o desafio que a gente tem é fazer um discurso único da equipe.” Para que isso seja alcançado, Diana reflete:

Isso exige do profissional, do psicólogo uma disponibilidade para trabalhar em equipe, para contribuir, para compartilhar, para construir junto, para discutir caso, não é, para somar. (...) porque de repente o paciente não é seu, o paciente é da instituição, é da equipe; então de repente, muitas coisas ele não traz no atendimento individual para mim; então, de repente ele fala no corredor para uma outra pessoa, e aquilo vai ser extremamente importante para me ajudar no entendimento de algumas questões, ou na costura do caso... e eu preciso estar

atenta e eu preciso valorizar isso, (...) preciso acreditar que a contribuição dos outros profissionais também é importante.

Relembrando Peduzzi (2000), para que aconteça essa articulação da equipe, é necessário que o profissional de Psicologia reconheça as conexões e nexos existentes entre as intervenções realizadas, tanto entre aquelas que se referem ao seu processo de trabalho, quanto entre as ações executadas pelos demais técnicos da equipe, o que requererá uma mediação da linguagem entre os profissionais. Essa questão da linguagem é comentada por Venus:

Um dos desafios é lidar com diferentes saberes, não é? Diferentes conhecimentos. De tentar falar uma língua que fosse acessível, porque tem muita gente que fala, fala, fala e ninguém entende nada. Então eu sempre me preocupei muito com isso, para discutir as coisas de uma forma que as pessoas compreendam porque senão...Psicólogos (...) de tornar essas discussões possíveis de ouvir também, de permitir que outros profissionais pudessem contribuir também, com a minha prática, com a minha atuação.Então você tem que ter muito jogo de cintura para lidar com diversos profissionais de diversas especialidades, de formações muito diferentes.

Essa diferença de linguagens não acontece apenas entre os técnicos das diferentes áreas de conhecimento. De acordo com Apolo e Diana, acontece também entre os próprios técnicos de Psicologia:

Lá no CAPS, nós somos quatro psicólogos, antes éramos cinco. Todos muito diferentes! Se você visse as pessoas, você iria dizer que fulano é da mesma profissão que cicrano; muito mais próximo do que quem é da mesma profissão,.não é? Então tem pessoas que são muito mais próximas em termos de formas de ser e são de profissões diferentes e da mesma profissão que são muito diferentes na forma de ser. (Apolo)

É desafiador o trabalho em equipe, ... não é? Mesmo entre psicólogos, quem disse, não é que a gente fala a mesma língua, ou que a gente tem a mesma compreensão, que a gente tem mais ou menos o mesmo cuidado, ou que a gente tem a mesma idéia de técnico de referência, ou que a gente tem as mesmas preocupações? (...) aqui é pra ter, mas não tem, viu a diferença aí, às vezes isso pega um pouco... Principalmente quando alguns membros da equipe acabam que têm um olhar para o sintoma, ponto. (Diana)

Por outro lado, Poseidon, ao falar da importância da capacitação teórica para lidar com a clínica ampliada, traz outro olhar para a questão:

Eu acho que é tentar trazer a contribuição do olhar da Psicologia, ai tem também a identidade de cada profissional, porque a Psicologia tem várias vertentes não, então o

psicólogo tem que procurar uma abordagem que ele se identifique, seja psicanalítica, comportamental, gestalt, alguma coisa que traga um embasamento teórico para ele poder dentro dessa questão da clínica ampliada; ele poder trazer alguma contribuição mais voltada para o sujeito, não é? Para a questão do sofrimento, para as questões mais ligadas a organização psíquica do paciente, algo que traga mais da contribuição do discurso da Psicologia, acho que essa é uma forma de fortalecer essa identidade do psicólogo, fazer uma demarcação dentro do território do campo do saber dele mesmo não é?

Na verdade, está-se falando de uma atitude que advém de uma posição de Eu-
psicólogo cujo olhar do outro complementa, explicitada por Vênus, Poseidon, Diana e
Mercúrio:

(...) essa coisa da troca, de você trabalhar com outros profissionais, eu acho isso importante porque acrescenta ao trabalho, enriquece mais... aí você discute, você ouve outras opiniões, outro olhar, (...) e aí entra a questão da especialidade de cada um contribuir com o seu saber, da gente discutir a intervenção e... Será que é isso mesmo?, O que será que a gente pode fazer com esse paciente? Existe aí uma questão social grave? (Vênus)

A gente traz o nosso olhar de psicólogo e outro profissional, trabalhando com você, traria o outro olhar. (Poseidon)

(...) Então, eu acho que tem a contribuição de cada profissional, né tem a contribuição de cada categoria, é um olhar diferente, é isso... precisa ter uma contribuição, olhares que se complementam, que somam, não é, que ajuda e não disputam ... (Diana)

(...) claro que cada um na sua especificidade vai ter, né, uma escuta diferenciada, um olhar diferenciado... mas... o atendimento individual não é exclusividade do psicólogo... e eu preciso, valorizar este atendimento individual como escuta qualificada, que também pode ser feito por outros profissionais... Claro que o olhar é diferente, a escuta é diferente, mas ... não dá para achar que é mais ou menos importante, não é, do que a do psicólogo... há indicação para todos os momentos. (Mercúrio)

Se “*todos fazem tudo*”, como disse Minerva, voltamos para a questão que deu origem a este estudo, o que seria significado pelo psicólogo como uma especificidade da sua profissão? Existe ou não algo que diferenciase a sua atuação da prática dos demais técnicos da equipe? A fala anterior de Mercúrio contrapõe-se à opinião unânime entre os entrevistados, inclusive a dele, discutida no item 6.2 do presente trabalho, de que o trabalho específico do psicólogo é o atendimento individual. Na verdade ele está falando do como este atendimento individual é realizado, em um manejo que aprofunda e busca as soluções do próprio cliente. É aí é que está a especificidade do psicólogo, no que é corroborado por Diana e Juno:

Por exemplo o atendimento individual que o outro profissional faz... às vezes eu acho que alguns profissionais acabam ficando um pouco no senso comum... sabe, do

aconselhamento... coisas que a gente evita ao máximo... né, e às vezes acho que isto acaba acontecendo um pouco... de “Faça assim , faça assado”. (...) não é que seja uma bomba, mas acho que me inspira cautela, me inspira muita cautela isto... esse aconselhamento. (Diana)

(...)a gente faz grupos e cada um de acordo com a sua profissão faz seus grupos. O que é diferente é que o psicólogo faz uma psicoterapia individual também e nesses grupos ele pode ajudar com o mais profundo de uma psicoterapia grupal, mas todo mundo faz seus grupos. Então, é isso. A terapeuta ocupacional que faz o grupo do estilo dela com as técnicas dela que ela chama de grupo de crescimento psicossocial, e a assistente social que sempre faz a maioria das vezes grupos de família tem esse papo de mulher que é de mulheres, enfermeiras fazem mais grupo de educação e saúde com palestras educativas com questões específicas de saúde, o médico psiquiatra é o único que não faz grupo porque é a adesão ainda é alta, aí ele vem sempre mais pra o atendimento individualizado. (...) o importante é que cada um, com sua habilidade, crie o seu grupo; (...) e assim, no caso do psicólogo, ele sempre cria um grupo mais terapêutico, mais profundo no autoconhecimento. (Juno)

Vale ressaltar que, essa especificidade do “como” vai estar presente em todas as atividades das quais o psicólogo estiver participando. Essa atitude diferenciada que vem do treino da profissão, muitas vezes torna difícil, para o psicólogo, lidar com o manejo de outros técnicos da equipe, na relação com o usuário, conforme fica claro para Venus e Diana:

Não posso dizer que é tudo lindo, não é? Então, o médico faz uma intervenção assim de pegar no braço do paciente colocar ele sentado na cadeira na frente da mesa, e falar com o assistente social... e na frente da família, “Esse paciente está assim assado” ; na frente do paciente e do paciente falar pra ela “eu nunca mais volto aqui”. E não voltou mesmo. Um paciente lúcido, um paciente que tinha isso e não voltou. E fazia o acompanhamento comigo e abandonou. Entrei em contato e “não, não vou mais aí porque ele é isso, ele fez isso”. Então o que é que se faz? Então tem certas dificuldades, então você tem que ter muito jogo de cintura para lidar com diversos profissionais de diversas especialidades. (...)Não trazer algumas dificuldades pro lado pessoal. Acho que é uma coisa que eu tive alguma dificuldade assim que fazer uma crítica e a pessoa achar que você está criticando pessoalmente e não profissionalmente e não , nem uma crítica. Falar assim olha, eu acho que não é por aí, acho que a gente pode pensar de tal forma e a pessoa, né, ou se ofender (Vênus).

(...) uma questão que me pega muito aqui no CAPS, que é a questão do trabalho. Já atendi pacientes no CAPS que, a visão do técnico de referência era: “Esse rapaz não trabalha, esse rapaz é um folgado, o problema dele é que ele não trabalha, é isso, a mãe dele ta cansada de sustentar porque ele não para em nenhum emprego, porque isso, porque aquilo, porque não sei o que lá.” De repente ele chega para o atendimento individual, vamos lá... e quando a gente começa a escutar esta pessoa, que para a equipe ou para aquela pessoa que não era psicólogo, o problema, sabe, é muito simples, o problema é que ele não trabalha, o problema dele é esse. Quando você vai escutar, era uma pessoa que ia se matar, jogar uma bomba no Parque da Cidade, ia mesmo, então uma pessoa que tem um potencial suicida

imenso, e que é engolido pela mãe e pela irmã, não tem espaço naquela família, naquela relação, e que teve um pai que se matou quando ele tinha 14 anos, sabe... (Diana).

No dialogismo, a existência pressupõe o diálogo. Um dos aspectos centrais do diálogo são as estruturas que antecedem o sujeito, sendo incorporadas por outras pessoas e grupos sociais, ao mesmo tempo em que são ressignificadas pelo sujeito (Chaves, 2011). O conhecimento é criação de significados, portanto, ocorre através da experiência subjetiva da relação de diálogo com outros, presentes ou ausentes, em determinado contexto. Nesse sentido, a significação do que seja o trabalho do psicólogo na atenção primária, mais especificamente nos CAPS, perpassa pelo olhar que os outros técnicos da equipe têm em relação ao mesmo:

*(...) quando é que as pessoas encaminham para ele, para o psicólogo, para a gente fazer o atendimento individual, não é? Que horas que tem que entrar o psicólogo? Estou falando e isto está me fazendo pensar... acaba que as pessoas encaminham e que, assim, é do psicólogo, é quando o usuário tem o sofrimento muito grande, e aquilo não melhora, ou não faz aquilo, ou a queixa é uma queixa recorrente, ou é algo que a pessoa não dá conta, não é? Está rodando em círculo mesmo, consegue estar melhor um pouco, ou fazer algo com aquilo, aí chama o psicólogo, é aí que manda para o atendimento individual; (...) Mas assim exclusivamente se chama o psicólogo “Fulano está precisando de atendimento individual”; é assim que vem, “Fulano precisa de atendimento individual. (...)” (Diana).
“(...) quando eu cheguei para trabalhar ‘ Ah, psicólogo aqui tem fazer atendimento individual, têm ‘ porque é algo que é próprio desse profissional... (Minerva).*

(...) é aquela coisa: quem vai escutar o paciente é o psicólogo. Aí ainda tem essa visão de que é o psicólogo que vai, que só o psicólogo pode fazer. Hoje tem outros profissionais lá que têm uma outra visão. E acho que essa dificuldade é maior com o médico, né? Eu recebo muito encaminhamento do médico que às vezes é uma coisa que às vezes é até referente à atuação dele. Por exemplo: os pacientes chegam muito para a gente pra falar da medicação. Então são coisas que a gente precisa; a gente não tem condição de resolver isso. E a gente fala: “Você já conversou com o médico?” “Ah, mas a gente não tem como conversar com o médico é muito rápido o atendimento e aí... ou então quando eles começam a falar que não tão bem, ou às vezes querem uma mudança na medicação e falam isso aí. Aí o médico fala “isso aí você conversa com Vênus. (Vênus)

Em vista das falas de Diana, Minerva e Vênus fica difícil para o psicólogo ressignificar essa identidade que ficou reduzida ao Eu-psicoterapeuta.

Algumas outras dificuldades, advindas da relação com uma equipe multiprofissional, são apontadas nas narrativas dos psicólogos entrevistados. Com respeito à dificuldade de relação com o médico, Poseidon também pontua uma dificuldade com essa categoria, como o fez Vênus, envolvendo uma questão de poder:

Eu já fiz atividade com um educador físico, com um terapeuta ocupacional... e eu acho que a maior dificuldade de diálogo é com o médico. Porque normalmente o médico não participa do geral. Mas eu acho que isso é mais aqui em Salvador... Nordeste, eu acho. Até no sudeste a gente vê que tem uma integração um pouco maior dos médicos. Aqui a gente tem um ranço muito forte dos médicos. (Poseidon)

Como afirma Brundtland (2001), a mudança de papéis trouxe à tona questões de poder e controle, que podem interferir na adesão à própria mudança por parte da equipe. Cita que “os psiquiatras percebem e resistem à sua perda de poder, quando é dada a outros trabalhadores em saúde menos experimentados a autoridade para manejar distúrbios mentais” (p.98).

Peduzzi (2000) pondera que não se pode pensar nessa delicada integração de articular as ações da equipe técnica e a manutenção das especificidades de cada profissão, sem levar em consideração a desigual valoração social das profissões, gerando uma desigualdade em tratar os trabalhos especializados, “que concretamente se traduz em relações hierárquicas entre os trabalhadores das diversas áreas de atuação” (p. 2).

Com efeito, as questões de poder se manifestam em uma hierarquização implícita ou explícita entre os profissionais, refletindo-se na questão do salário, como Apolo denuncia:

(...) no CAPS isso acontece. Existe uma hierarquização. Ela se torna cada vez mais sutil. . Cada vez ela tem menos, menos força em termos .do dia-a-dia da instituição, não é? Mas tornar isso sutil às vezes é perigoso, às vezes tornam as relações de poder sombreadas. Não é? Mas sim, tem uma diferença. Tem uma diferença no salário, que faz diferença em termos de relações pessoais e profissionais mesmo, não é? Tem uma diferença com a categoria médica, por exemplo, que é uma diferença de mercado. Então se você tem muito menos médicos e precisa de médicos, os médicos têm uma forma de se relacionar com a secretaria e com o emprego que é diferente das tradicionais. Isso faz diferença, né? E tem uma diferença em termos de poder aquisitivo na maneira das pessoas se portarem.

Outro aspecto é, na visão de Juno, a questão de outros profissionais não valorizarem a psicoterapia e, com isso, não entenderem as especificidades desse modelo de intervenção:

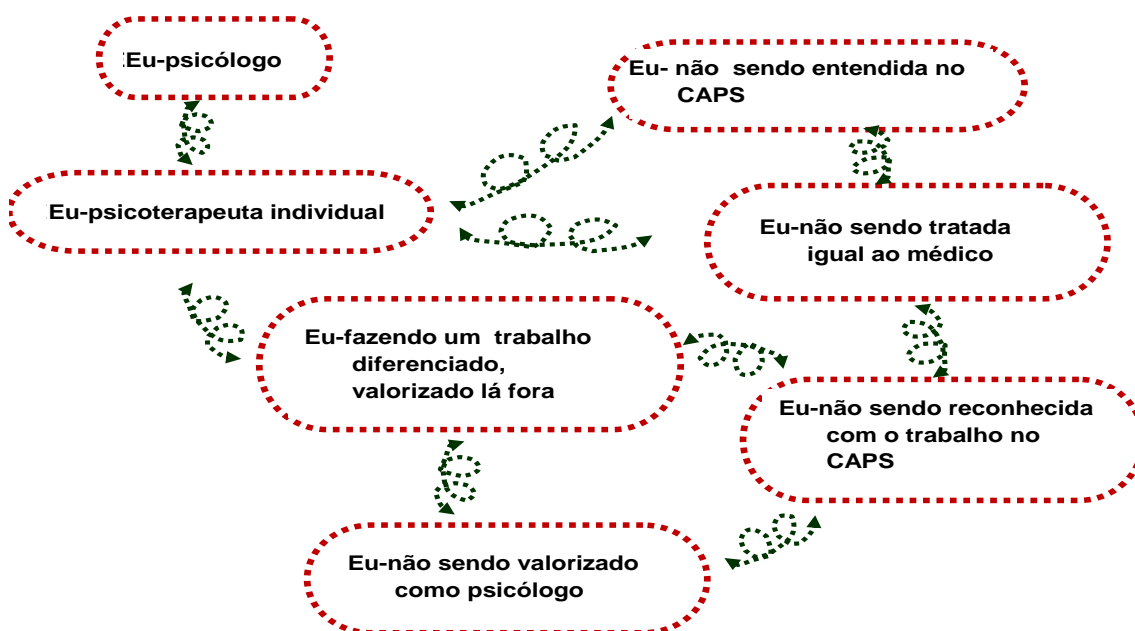
“(...) que a maior dificuldade é se os outros profissionais não valorizarem a psicoterapia justamente por todos terem atividades em comum, mas cada um faz seus trabalhos, de suas profissões. Então, nós às vezes levamos um tempo diferente dos outros para ter um atendimento individualizado, temos uma agenda com a marcação individual. (...) O médico já é um pouco diferente, ele vem para as reuniões, mas continua no atendimento individual. Mas, diante de todas as outras profissões que trabalham aqui, nós ainda somos o que temos uma agenda com foco individualizado. O que a gente tem no dia a gente atende e aí assim às vezes as pessoas não dão valor, não entendem que a gente possa ter trabalho diferenciado, e que a gente por exemplo não faça tantas entrevistas como a assistente social faz. Com isso,

acaba estando mais disponível ali na área pelo foco da profissão (da assistente social) ser mais social e ela não precisar fazer terapia. E eu, por ter uma demanda tão individualizada, nem sempre estou tão na área e, às vezes, não compreendem que a gente possa ser também de fato importante. (Juno).

Algumas vozes identificadas na fala de Juno sugerem a idéia de um diferencial na valorização do psicólogo por fazer atendimento individual, retomando talvez um significado originário do ser psicólogo associado a ser psicoterapeuta, advindo da sua origem médica, conforme foi discutido no capítulo 2.3. Essas vozes do *self* estão representadas na Figura 13:

(...) você vai se colocar diante daquele grupo e ver que outras pessoas sofrem de problemas semelhantes, e isso só acontece em grupo. Nas outras coisas se precisa do individual, e nem sempre as pessoas entendem ou valorizam a questão. E, às vezes, a gente se sente desvalorizado porque a gente pensa, “poxa a psicoterapia é assim uma coisa diferenciada lá fora no consultório, e às vezes até com um preço mais....” e aqui a gente recebe igual a todo mundo, e trabalha igual a todo mundo, e ainda faz a psicoterapia, e nem sempre valorizam; e as vezes a gente também pensa que tem que ter algo diferenciado, que o médico que trabalha menos, é intenso e ganha o triplo.

Figura 13: Significados do se psicólogo a partir do diálogo das Posições de Eu para Juno



Merece, aqui, ser apontado um paradoxo, já que, na fala de vários entrevistados, inclusive na dela, os outros técnicos, encaminham os usuários para o atendimento individual. Na nossa interpretação, este fato demonstra que dão valor a essa prática.

Como visto, o trabalho com uma equipe multiprofissional pode trazer uma crise de identidade para o profissional de Psicologia, por serem vários técnicos de diferentes áreas fazendo a mesma coisa, inclusive atendimento individual; como Minerva coloca:

Se a gente não for seguro, a gente tem (crise de identidade) nesse lugar, (...) e tem dias que a gente faz mais coisas de outras profissões do que de psicóloga. Enfim, então a gente tem que se puxar mesmo para isso, para não perder esse olhar...

Fica claro, contudo, que trabalhar junto a outros profissionais também vem esclarecendo, para o psicólogo, que muito mais do que o modelo de uma prática, no caso o atendimento individual, a psicoterapia de grupo, o que vai realmente diferenciar o psicólogo é o “como” ele faz qualquer intervenção; a qualidade do seu olhar, da sua escuta; sua busca por compreender o sentido do fenômeno com o qual lida, não apenas a partir dos seus significados, mas como essa realidade está sendo significada por aquele que a está vivenciando.

Não se pode esquecer o desafio da convivência com as várias linguagens, os vários jeitos de lidar com o mesmo fenômeno para alcançar um mesmo objetivo, a melhora da qualidade de vida do usuário, sua inserção na comunidade, o resgate da sua dignidade como cidadão.

Ante o exposto, trabalhar com uma equipe multiprofissional implica o reconhecimento de que os saberes, abordagens e atuações das diversas áreas envolvidas não são excludentes, tendo pontos em comum; de familiarizar-se com as especificações de cada trabalho e da validação do papel do outro profissional. Nas palavras de Peduzzi (2000), “tomar efetivamente o trabalho do outro em consideração, o que abarca a dimensão da comunicação e da ética subtendida à interação humana” (p. 2).

Gostaríamos de finalizar esta análise com a reflexão de Apolo, lembrando que nós não “somos” as nossas profissões. Fenomenologicamente falando, “estamos” profissionais.

Como a gente está tão preso na coisa da profissão, que a gente ainda acha o máximo que as pessoas dialoguem com as profissões diferentes. Como se as pessoas fossem as profissões! Então, eu levei seis anos na faculdade de Psicologia, minha colega levou seis anos na faculdade de Serviço Social. E na profissão eu levei o que? Só que eu levei vinte anos morando em Brotas! Então o Apolo que está aqui é fruto de seis anos de Psicologia e vinte anos de Brotas! O psicólogo que está do meu lado levou seis anos de Psicologia, mas levou vinte anos morando em Vilas! A pessoa é muito diferente! Mesmo tendo feito o mesmo tempo de faculdade... E a gente não fala de multibairrismo. A gente fala de multiprofissões!

Na verdade, trabalhar em equipe significa aprender a riqueza da dança das alteridades.

8.5. OUTROS ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS: AMPLIANDO A DISCUSSÃO

Concluindo, gostaríamos de ampliar esta discussão, incluindo outros aspectos do papel do psicólogo no CAPS que transcendem a dimensão da saúde propriamente dita, em uma interlocução com a área administrativa, e, principalmente, de seu papel político. Como um serviço promotor da saúde mental e responsável normativamente em organizar, coordenar, supervisionar o fluxo da demanda local (Portaria 336/02), sendo, em muitos municípios, o único prestador de ações de saúde mental, consta, do seu escopo de responsabilidades, o desenvolvimento de ações políticas com as instâncias e setores relacionados à saúde e com instancias outras da sociedade. Esta experiência é descrita por Mercúrio:

“Saúde mental tem muito do inesperado e do imprevisto... da minha experiência, surgiram muitas coisas que eu nem dimensionava que seriam do fazer do psicólogo, de intervenções junto à comunidade, principalmente no que diz respeito a você estar montando estruturas de saúde, assim... você estar criando as estruturas, você estar trabalhando com a sustentação de um discurso junto do setor saúde, na verdade dentro do setor saúde, levando as propostas para os outros setores, fazendo as negociações políticas... então muitas vezes eu tinha que articular coisas diretamente com o prefeito, diretamente com o secretário de saúde... então, assim, passava muito pela parte de mediações políticas, para que eu pudesse ter instrumentos para estar no campo da clínica.. (...) contatos com as instituições nas diversas esferas, no âmbito do município, estado, contato com o Ministério da Saúde, consultoria...”

Ainda nos referindo à questão política, segundo análise feita por Matos (1985), uma das características das instituições públicas que causa mais impacto negativo no seu funcionamento eficaz, é a descontinuidade administrativa. No contexto do CAPS isso é ilustrado por Vênus:

Eu não sei como vai ser a partir de agora, né porque vem um concurso aí e muitos profissionais não passaram tem a questão política. (...) Eu fico falando, eu fico orgulhosa até de ser funcionária, porque eu nunca vi uma coisa funcionar dessa forma. Então esse ano, por conta do concurso, dessas mudanças, existe aí uma preocupação, um receio de como é que vai ser, porque com a questão política, não é? Muda a coordenação, muda a equipe e a gente não sabe. É uma coisa que os próprios usuários trazem: “Como é que vai ser? Vocês vão sair?” “Vamos fazer um abaixo assinado”...(..) é uma pena porque estruturar uma equipe como eu vejo lá, como as coisas funcionam... Porque as coisas lá têm funcionado bem. É uma coisa que também interfere nos usuários. Eles ficam angustiados

com essa possibilidade de mudança. Mas, é o que a gente tenta controlar, né, não, calma, não é assim, vamos aguardar. E tem que trabalhar essa questão mesmo.

Poseidon traz outra dificuldade, que é o acesso aos recursos públicos:

(...) e para a gente é um desafio porque, ao mesmo tempo em que tem essa política, ainda não tem uma política forte de incentivo, pra esse projeto de geração de renda. Saíram dois editais de recurso para esse tipo de projeto, só que índices pequenos... Aqui em Salvador a gente tem uma dificuldade de gestão mesmo porque quando é uma coisa muito grande, esse recurso vai para o Fundo da saúde e a gente não tem acesso. Dois serviços aqui em Salvador receberam um incentivo de quinze mil reais para projeto de geração de renda só que esses recursos, já têm uns dois anos quase que esse recurso não chega ao serviço; e isso dificulta porque, para trabalhar com geração de renda com inserção social, tem que ter incentivo, uma política direcionada, uma gestão, uma organização e a gente não têm. É difícil não é? Em Salvador tem sido mais difícil.

O Relatório sobre a Saúde no Mundo afirma que:

Os governos, como gestores finais da saúde mental, necessitam assumir a responsabilidade por garantir que essas complexas atividades sejam levadas a cabo. Um papel crítico da gestão é o desenvolvimento e implementação de políticas. Uma política identifica as principais questões e objetivos, define os papéis que correspondem respectivamente aos setores público e privado no financiamento e na sua provisão, identifica instrumentos de política. (Brundtland, 2001, p. 85)

Levando em consideração tais análises e recomendações, as questões levantadas não deveriam estar acontecendo!

Juno completa essa discussão sobre a questão política e a atuação do psicólogo, trazendo também essa dimensão política para o exercício cotidiano do psicólogo nos CAPS:

(...) Clínica ampliada eu vejo assim, é quando você pode está dando foco ao individuo também, mas dentro de um contexto da família, da comunidade dele, de tentar que ele foque também em fazer mudanças, não ficar só nas mudanças psicológicas individuais e dentro de questões dele até pequenas como na família mas que também é útil para mudanças maiores, ampliadas no sentido social porque por exemplo ele pode ter um problema na família dele que tem a ver com questões sociais, a família pode esta desempregada por questões do contexto sóciopolítico do país. Não dá pra você separar o problema de um individuo diante do que a sociedade está passando. Então eu penso muito nesse sentido, de que você está levando para o macro, o micro e o macro juntos. A gente vê aqui indivíduo, família, comunidade e também as mudanças macros ligadas às queixas em geral e mudanças na secretaria de saúde que vão repercutir no estado e até no federal, coisas assim, nesse sentido... A gente requisita mudanças sociopolíticas justamente porque está na área do

publico e precisa que os usuários estejam considerando suas requisições, estar requisitando seus direitos e mudanças e aí eu me sinto mais participativa, sócio política, do que isolada.

Em outros termos, estamos falando, no dizer de Poseidon, “*que o papel do psicólogo é também político*”.

As falas acima, não apenas nos fazem refletir sobre como a dimensão política tem que estar todo o tempo sendo considerada, quando o psicólogo atua na clínica ampliada, mas também, sobre o fato de que lidar com questões políticas é confrontar-se com instâncias sobre as quais não temos nenhuma ingerência, embora tenham um impacto direto no funcionamento da instituição onde se está inserido, e do trabalho a ser desenvolvido pelo psicólogo.

Ante o exposto, resta-nos problematizar como fica o diálogo intra-psicológico, entre as partes do *self* representadas pelo Eu-psicólogo *versus* o Eu-político com minhas questões ideológicas; como na situação em que o psicólogo se vê enredado, por exemplo, na “berlinda política” dos roubos e desvios de verbas, conforme coloca abaixo Mercúrio, e também Apolo na sua fala citada no capítulo 6.3.

(...) Isso, negociações mesmo, do tipo a gente via a necessidade de aumentar mais a equipe, só que geralmente dentro dos municípios; a gente tinha que levar a proposta para hoje; (...). olha, chega dinheiro no Ministério da Saúde, então você tem que caminhar por aqui, então tem que entrar no ritmo da captação de recursos... (...) então se a gente conseguir implantação de marketing, com o incentivo do governo federal, dos recursos dos governos federais, no marketing podem ter técnicos trabalhando no campo da saúde, pode ter psicólogos, pode ter terapeuta ocupacional, e aí vamos tentar com a atenção básica, vamos embora ver se é possível, o município tem perfil para o que? Então vamos atrás, vamos aprovar projetos, a gente foi atrás disso, e as coisas vão beirando uma amplitude cada vez maior... (Mercúrio)

Finalmente, não se pode esquecer, como pontua Juno, que “*a Reforma ainda está no início, a área psiquiátrica patologiza e rotula muito mais do que trata e faz mudanças ampliadas. (...) A gente quer fazer algo mais, mas a Reforma ainda está devagar.*”

Embora o Relatório sobre a Saúde no Mundo deixe clara a importância de os serviços e estratégias de saúde mental estarem coordenados entre si e com a educação, previdência social, políticas de emprego e habitação, a narrativa de Vênus e Poseidon aponta para uma precariedade que ainda deixa o cidadão desassistido:

Salvador não tem uma rede. Tem CAPS2, mas não tem Centro de Convivência, não tem internação hospitalar, só tem internação nos hospitais psiquiátricos. Tem poucas Residências Terapêuticas. São seis, só. Há as Unidades de Acolhimento, que é um bom dispositivo, e não tem em Salvador. (Poseidon)

Mas tem uma demanda muito grande. De ansiedade. Muito transtorno de ansiedade e assim a gente às vezes fica sem saber e aí fica um dilema; Acolhe, não acolhe? E também se não acolhe... A gente sabe que aquela pessoa precisa de ajuda, pelo menos por um período e aí: “Ah mas não é perfil pra CAPS”; tá mas e aí se não é a gente vai mandar para onde? Vai fazer o quê com essa pessoa se é daqui do distrito. O que é que a gente vai fazer? Vai fechar as portas? (Vênus)

Em nossa opinião, esse caracterizar o usuário do CAPS como aquele que tem transtornos mais graves, poderia contribuir para alimentar o estigma social em relação ao usuário, indo de encontro ao propósito de inclusão social da atenção primária em saúde. Além disso pode gerar, como traz Diana, uma significação inadequada sobre o que é grave ou não, interferindo não só na atitude dos técnicos para com o usuário, como também no planejamento das intervenções terapêuticas para o mesmo:

(...) olha essa é uma pessoa que se trata há bastante tempo, não é? E as pessoas já olharem e verem, “Esse é CAPS”... e aí de repente, a pessoas que nem têm essa cara de CAPS tão visível, acaba que para alguns membros da equipe, a maioria não psicólogos, como se fosse leve (o quadro apresentado)... Isso é uma dificuldade, porque aí, para você discutir e explicar que a gravidade da situação, do sofrimento daquela pessoa... principalmente estes casos que não são tão, falando bem a grosso modo, essa cara de CAPS, e as pessoas às vezes acabam minimizando para os outros; às vezes você nem se dá conta do que tem por trás daquilo, que às vezes é mil vezes mais grave! Não é? Que tem tal risco, que o que aquela pessoa está apresentando para ela e para os outros às vezes é muito mais grave do que aquele alguém que está ali no CAPS e que já passou por uma internação. E às vezes você quer discutir isto com a equipe, porque aquilo vem no atendimento individual, e aí você precisa tratar daquilo com a equipe, e às vezes tem pessoas que só vêm para o atendimento com o psicólogo ou com a psiquiatra. Acontece também.. e aí você discute isto com a equipe, e tenta ampliar a compreensão da equipe para além daquilo que é visível, é difícil.

Outra questão identificada foi o entusiasmo observado na expressão, voz e gestual dos psicólogos entrevistados, ao relatarem o sucesso de suas ações no resgate da humanidade dos usuários.

(...) é muito interessante, (oficina de geração de renda.) A primeira vez que eles venderam as camisetas em uma feirinha. Parece pouca coisa, mas, por exemplo... um usuário que hoje foi suspenso o benefício dele, está sem trabalhar há muitos anos, de repente com a venda das camisetas, deu R\$15,00 para cada um... Um usuário que nunca sai, só sai de casa para o CAPS, na semana seguinte ele pega o dinheiro e aparece no CAPS todo de bermuda, e aí entra uma usuária e encontra ele na sala, eles tinham combinado de ir no cinema e tomar um sorvete. (Diana)

(...) e agente chegar e as pessoas dizerem” você vai visitar fulano de tal, você é maluco?” E eu seguir dentro de uma abordagem de Saúde na Família. Aí depois de dois anos você ver que a pessoa que não saía de casa, que ninguém se aproximava, está dentro da cidade, vai

sozinho para o CAPS e pede seu medicamento, uma pessoa que estava desacreditada, relegada á cronicidade do transtorno, eu via resultado e ficava empolgadíssimo. (Mercúrio)

Este entusiasmo nos leva a desejar pesquisar posteriormente se, e em que dimensão, os resultados positivos obtidos na relação do psicólogo com os usuários, levam-no a um empoderamento como profissional, e qual seria o impacto disso na sua construção como psicólogo.

Ainda refletindo sobre o resgate da humanidade dos usuários, cabe aqui considerar a importância de se estudar os fatores que impedem o usuário de acessar os serviços de atendimento, e quais situações fazem com que os usuários abandonem o atendimento que lhes está sendo prestado; aspectos levantados a partir das falas de Vênus e Poseidon:

(...) eu fiz um trabalho de busca ativa que era assim pegar o prontuário de pacientes que não frequentavam o serviço faz muito tempo para ver o que tinha acontecido e até para que eles pudessem retornar ao serviço para, a partir daí, tentar desenvolver um trabalho com esses pacientes que não estavam mais frequentando. Foi muito legal também. Muitos voltaram, outros não, já não queriam mais As mais diversas. (situações que fizeram com que tivesse havido essa desistência ou baixa demanda). Teve alguns que se mudaram, já não moram mais aqui, que estão em outros municípios ou então em outros bairros e que estão procurando outros serviços... E até aqueles que não querem mesmo, que estão bem, que começaram a trabalhar e que retomaram a vida. E também aqueles que estavam em crise isolados e não saíam de casa e que a gente entrou em contato com a família, daí a gente fez visita e aí conseguimos fazer com que esses pacientes retornassem ao serviço, passassem por uma avaliação médica e retornassem. Então nós tivemos diversas situações. Desde pessoas que já tinham retomado suas vidas e, eles contam muito com o CAPS. Eles sabem que o CAPS é um local que eles podem retornar quando eles quiserem, quando eles precisarem. E isso é importante. (...) Mas muitos também tinham essa situação de que foram embora e aí, enfim... Esses não frequentavam mesmo. (Vênus).

(...) Tem casos de pacientes mais graves que às vezes estão em cárceres privados. Psicóticos graves, por exemplo, não acessam o serviço. (...) Tem casos em que a gente tenta acessar e a Saúde não consegue e às vezes a Unidade de Saúde fica muito angustiada em não dar conta. Dos que eu consegui acompanhar foram três, uma o paciente faleceu, todas a gente notificou o Ministério Público, mas a resposta ainda é muito lenta. O Ministério público demorou um ano e meio, quase, para dar uma resposta, o CAPS já tinha feito todo o acompanhamento de encerramento. No território que os agentes de saúde cobrem, que é pequeno, a gente tem essa ação. Eles trazem os casos. Mas nos territórios que não tem os agentes, fica mais difícil. (Poseidon)

Concluindo, o tema do trabalho do psicólogo no contexto da clínica ampliada é muito rico, convidando o pesquisador a ir além do seu objeto de estudo.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As coisas não são o que parecem. Nem diferentes” (Sutra Lankavatara)³⁵

Como supervisora e professora, dentro e fora da academia, o diálogo com alunos e psicólogos que estavam inseridos de alguma forma na atenção primária em saúde, trouxe à tona alguns questionamentos sobre o seu fazer como trabalho de psicólogo, em cujo discurso ficava implícito que, quando se referiam ao trabalho do psicólogo estavam falando da atuação clínica. E o que caracterizaria o trabalho do psicólogo, se o que faziam também era realizado por técnicos de outras áreas? Estas dúvidas acabavam repercutindo no seu desempenho como técnico ou estagiário. Este estudo, portanto, partiu da nossa necessidade de compreender em que medida os psicólogos estariam lidando com as mudanças que a atuação na atenção primária em saúde trouxe para a sua prática, e qual o impacto que este novo contexto de trabalho vem exercendo na significação do ser psicólogo e na delimitação do seu campo de atuação. Esperávamos que essa compreensão nos trouxesse subsídios, assim como para outros profissionais, para melhor acompanharmos os nossos alunos e supervisandos nessa área de atuação, como também para desenvolvermos projetos de capacitação que atendam as reais necessidades dos profissionais de Psicologia na atenção primária em Saúde. Para tanto procuramos responder às seguintes perguntas: Como os psicólogos estão significando a sua prática profissional no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial e como esta experiência repercute neste significado em construção?

Na realização desta pesquisa, deparamo-nos com duas dificuldades, uma de ordem factual e outra de ordem subjetiva. Originalmente o projeto contemplava a realização de quatorze entrevistas, uma entrevista em cada um dos CAPS II do município de Salvador. Em função da dificuldade de obter autorização para entrar em alguns CAPS, as entrevistas foram reduzidas a sete. À medida que as entrevistas iam sendo realizadas, a semelhança do conteúdo das respostas dos entrevistados foi diluindo a dúvida inicial se esta redução implicaria em um prejuízo na análise dos resultados. Refletindo teoricamente sobre a questão metodológica, também fomos tranqüilizadas por Sato, Yasuda, Kido, Arakawa, Mizoguchi e Valsiner (2007) e Spink (1993), ao discutirem a questão da amostragem, conforme exposto no capítulo do delineamento metodológico.

³⁵ Citação retirada do livro “Sabedoria Radical” de Wes “Scoop” Niskier, São Paulo; Cultrix, 2005, p. 11.

A outra dificuldade encontrada foi, na prática, separar o conteúdo das entrevistas por categorias. À medida que trabalhávamos as narrativas, íamo-nos dando conta de que falas relativas a uma categoria continham aspectos contemplados em outras categorias. Foi necessário certo cuidado para que a análise não ficasse repetitiva.

Com o distanciamento reflexivo próprio da etapa de análise das entrevistas, nos demo-nos conta de uma limitação nesse estudo. Embora tivesse sido uma entrevista em profundidade, o ideal seria ter havido um segundo contato com os entrevistados, para se poder completar ou esclarecer algumas falas. Isso, talvez, pudesse ter enriquecido esta análise dos dados em alguns pontos. Por outro lado, o fato de que alguns dos entrevistados terem atuado em mais de um CAPS trouxe dados em suas narrativas que foram além da vivência no trabalho atual, o que concorreu para enriquecer a análise de dados.

Segundo Gadamer (2007), “para que algo se mostre é necessário um desencobrimento do encoberto, a fim de que ele possa chegar a mostrar-se” (p.16). Em relação a como os psicólogos estão significando a sua prática profissional nos CAPS, os resultados desse estudo demonstraram que, embora os psicólogos entrevistados tenham sido unânimes ao considerar o atendimento individual como o trabalho que caracterizaria a sua atuação como psicólogos, ao mesmo tempo concordam que, o diferencial da clínica ampliada, é o sair das “quatro paredes” do consultório e incluir o contexto social onde o cliente/usuário está inserido, uma atuação em todos os espaços da instituição e no espaço social. Isso sugere uma ambivalência entre o Eu-psicólogo como Eu-psicoterapeuta individual e o Eu-psicólogo como eu-técnico de saúde mental, que se reflete na própria identidade do psicólogo.

Podemos considerar alguns aspectos apontados neste estudo que, na opinião da autora, contribuem para essa ambivalência:

a. O histórico da inserção da psicologia no campo da saúde, mostrando que o know how derivado da experiência clínica clássica do atendimento individual - com um maior ou menor distanciamento do cotidiano familiar e social do cliente, a depender da abordagem adotada-, foi transposto, sem adaptações, para uma prática onde o setting terapêutico é onde o profissional está, ajudando a manter essa significação do trabalho do psicólogo como atendimento individual.

b. A influência da formação acadêmica onde, para vários dos entrevistados, a construção do significado do Eu-psicólogo se deu no sentido de um Eu-psicólogo clínico, fruto da estrutura curricular da instituição de ensino onde se formaram.

c. O olhar do Outro-técnico de outras áreas de conhecimento, apontado em algumas narrativas, que também vai colocar o psicólogo no lugar do psicoterapeuta individual.

d. O olhar do próprio psicólogo, explicitado na fala de Juno, sugerindo um diferencial na valoração do psicólogo por fazer atendimento individual.

Ante o exposto, parece difícil para o psicólogo ressignificar essa identidade de Eu-psicólogo como Eu-psicoterapeuta individual. Porém, considerando que no contexto da clínica ampliada há um espaço para os atendimentos individuais, como mais uma proposta de intervenção, começa a se delinear um movimento das posições de Eu-psicólogo como Eu-fazendo atendimento individual no modelo clínico clássico, para Eu-psicólogo na clínica ampliada fazendo atendimentos individuais no modelo de psicoterapia breve e Eu-psicólogo na clínica ampliada fazendo atendimentos individuais e grupais a depender da necessidade do usuário.

Apesar desta ambivalência, e do impacto inicial citado por vários dos entrevistados com o trabalho no CAPS, foi unânime o entusiasmo demonstrado com a ampliação da proposta de trabalho que a clínica ampliada traz.

Esta ampliação trouxe outras ressignificações para o Eu-psicólogo. Com o redimensionamento do objetivo do tratamento de cura para a busca de uma melhor qualidade de vida, e, por consequência, do conceito de alta, pudemos observar outro movimento, da posição de Eu-significando alta como ficar bom, para a posição de Eu-significando alta como uma melhora que possibilita o retomar a vida. Foi também observado um movimento unânime nas vozes de Eu-presos ao diagnóstico para um Eu-voltado para a dimensão do sujeito, um Eu-preocupado com a vida do usuário. O Eu-psicólogo torna-se, assim, um Eu-acreditando na possibilidade de algum nível de recuperação do sofrimento psíquico.

Como o trabalho da clínica ampliada é um saber em construção, as narrativas demonstraram que o profissional de Psicologia tem espaço para ir descobrindo o que é o Eu-psicólogo, à medida em que vai se experimentando no seu fazer. Ao mesmo tempo, observou-se que isto gera um sentimento de insegurança, e uma ambivalência traduzida por um fluir entre um Eu-empoderado e um Eu-incapaz, um Eu-obrigado a fazer o que não fui preparado para.

Em relação a esse sentimento de estar ou não preparado, os relatos demonstraram que algumas disciplinas cursadas e, principalmente, os estágios acadêmicos e extracurriculares tiveram um papel fundamental na construção do que seria uma prática no contexto da clínica ampliada. Em alguns casos, a deficiência curricular da Instituição onde se formaram, levou os

psicólogos a buscarem complementar essa formação com outros cursos. Outro aspecto a ser considerado foi a importância da parte prática de determinadas disciplinas para a escolha do profissional de psicologia, de trabalhar na área da clínica ampliada.

Como docente do curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, em um momento em que estamos avaliando o impacto da mudança implementada no nosso currículo, que trouxe uma ênfase para a inserção de atividades práticas desde o início do curso, estes são dados significativos para levarmos em consideração, no desenvolvimento de ACCs e estágios que sejam cada vez mais efetivos no ilustrar e capacitar o fazer psicológico. A esse respeito vale ressaltar que, embora se observe, através do contato com estudantes de várias Instituições de ensino superior, uma mudança na dinâmica curricular, incluindo um olhar para a Psicologia Hospitalar e para a Psicologia Social e Comunitária, parece que essa mudança ainda não é suficiente para redimensionar a construção do Eu-psicólogo como Eu-psicólogo clínico. Ainda em relação à capacitação, parece-nos que, à medida em que as instituições de ensino ofereçam aos psicólogos treinamento em Intervenções de Curta Duração, a identidade do psicólogo como psicoterapeuta não estará mais tão limitada a um Eu-psicoterapeuta individual de longa duração. Como coloca Sanduette (2007), “ a Atenção e Reabilitação Psicossocial trata-se de uma ‘prática à espera de teoria’, a qual questiona o modelo clínico tradicional porque este não tem ‘beneficiado de maneira substantiva os pacientes’ (p.88).

Com respeito às atividades realizadas nos CAPS, esta pesquisa levantou alguns desafios a serem enfrentados pelos psicólogos:

a. Como integrar o desejo da instituição ao desejo do técnico, e o desejo do técnico à necessidade do usuário? Isto pode gerar no psicólogo um conflito sobre a serviço de quem ele está trabalhando?

b. Igualmente mobilizador foi o contato com uma realidade de muita dor, miséria e desorganização psíquica, situações extremas de exclusão social, onde o contato com o outro traz á tona os conflitos internos do profissional. No dizer de Apolo, “estão olhando para a sua loucura o tempo todo!”. Além disso, há o enfrentamento de situações factuais de risco, trazendo, para o psicólogo a significação de si enquanto um Eu-psicólogo que me exponho *versus* um Eu-psicólogo na segurança das quatro paredes. Ou seja, o contato com o usuário é muito próximo, em um contexto onde o psicólogo não tem muros ou horários atrás dos quais ele possa se esconder. Isto vai demandar do psicólogo não apenas uma grande disponibilidade pessoal, como também um alto nível de suporte interno. Como visto, além da necessidade de atualização e supervisão já discutidas, o psicólogo que trabalha na clínica ampliada, representada nesse estudo pelo

CAPS, pode-se defrontar com a necessidade de submeter-se a um acompanhamento psicoterápico. Refletindo sobre essa questão, pensamos que poderia ser uma tema para um estudo posterior, quais aspectos do si –mesmo seriam mobilizados neste tipo de trabalho.

c. O estudo demonstrou que a multiplicidade de demandas da instituição, dos usuários e da comunidade em relação ao número de psicólogos contratados nas unidades de saúde, gera uma sobrecarga de que a jornada de trabalho não dá conta. A diversidade de atividades a serem desenvolvidas nos CAPS, aliada ao fato de serem integrantes de uma equipe multiprofissional, não só dificulta a delimitação do que seria o papel do psicólogo, por serem vários técnicos de diferentes áreas desenvolvendo o mesmo tipo de atividade, como também pode gerar uma crise de identidade para o profissional de Psicologia, expressa nas palavras de Minerva, “tem dias que a gente faz mais coisas de outras profissões do que de psicóloga”.

d. Fazer parte de uma equipe multiprofissional trouxe também o desafio de uma mediação entre as diferentes linguagens, um “fazer um discurso único da equipe”, nas palavras de Poseidon, como um fator importante para a articulação da equipe. Outros fatores de interferência na articulação das ações da equipe técnica e manutenção das especificidades de cada profissão foram a falta de embasamento teórico para uma atuação multiprofissional, dificultando a compreensão do papel atribuído a cada membro da equipe; assim como a hierarquização implícita ou explícita entre os profissionais, fruto de uma valoração social desigual das profissões. Ficou claro que trabalhar com uma equipe multiprofissional demanda, do psicólogo, o reconhecimento de que os saberes, abordagens e atuações das diversas áreas envolvidas não são excludentes; da necessidade de familiarizar-se com as especificações de cada trabalho e a validação do papel de cada profissional; de uma atitude advinda da posição de Eu-psicólogo que considero que o olhar do outro complementa. Em outras palavras, uma maior integração com a equipe, uma disponibilidade e a consciência dos próprios limites, não como um impedimento e sim como um desafio para novas soluções.

Isso nos remete à questão que deu origem a esse estudo: o que seria significado pelo psicólogo como uma especificidade da sua profissão; se existe ou não algo que diferenciase a sua atuação da prática dos demais técnicos da equipe? O que ficou claro a partir da análise das narrativas é a construção de um novo significado para o ser psicólogo: o que vai realmente diferenciar o trabalho do psicólogo é o “como” ele faz a intervenção, a qualidade do seu olhar,

da sua escuta, muito mais do que o modelo de uma prática, como o atendimento individual ou a psicoterapia de grupo; sua busca de compreender o sentido do fenômeno sobre como essa realidade está sendo significada por aquele que a está vivenciando. Sem deixar de considerar que uma das suas atuações é a psicoterapia individual, estamos falando na ampliação da significação do ser psicólogo, o Eu-psicólogo como trabalhador social.

Como trabalhador social o psicólogo que trabalha nos CAPS enfrenta mais um desafio: o impasse frente às questões políticas que, embora fujam da sua ingerência enquanto profissional, interferem na efetivação da sua prática. Como visto isso vai demandar do psicólogo um jogo de cintura e uma criatividade para, por um lado, fazer o máximo dentro de um mínimo de condições, driblando as questões inerentes às instituições públicas, como a descontinuidade administrativa, o acesso aos recursos públicos, o desvio de recursos públicos. E, por outro lado, exercer uma ação política de mobilização social.

Não se pode esquecer que essas questões políticas podem confrontá-lo nos seus valores e ideologia, trazendo mais uma vez à tona as questões “A serviço de quem se está trabalhando, como fica o diálogo intra-psicológico entre as partes do *self* representadas pelo Eu-psicólogo *versus* o Eu-político com minhas questões ideológicas?”

A atuação do psicólogo nos CAPS deve estar sempre voltada para reabilitar o usuário como cidadão, empoderando-o e incluindo-o em seu território, o que implica um redimensionamento do Eu-psicólogo que trabalha com o sujeito, para um Eu-psicólogo que trabalha com / em comunidade. Esse é um trabalho político; ao se levar o usuário de volta para o espaço social, está se criando a possibilidade de, através dessa interação, haver uma ressignificação, por parte da comunidade, da visão estigmatizante do sujeito portador de sofrimento psíquico como um indivíduo incapaz, como demonstraram os relatos dos entrevistados.

Foi também observada essa ressignificação entre os membros da equipe técnica. Isso no leva a questionar a importância de um trabalho de capacitação com a equipe técnica que vá além do mero passara informações técnicas, possibilitando ao profissional refletir sobre como ele se posta frente a esse usuário, o que ele traz de *a priori* fruto de toda uma construção social. Como ele pode encontrar esse Outro e ajudá-lo a se resgatar como cidadão, se o seu olhar é para um Outro-incapaz de um convívio social, um Outro-incapaz de exercer as suas funções como cidadão?

Ante o exposto, pode-se afirmar que, no contexto da clínica ampliada, o fazer clínico traz um movimento de um Eu-psicólogo clínico como um Eu-psicoterapeuta, para um Eu-

terapeuta, um Eu-que estou a serviço do outro para a promoção de uma melhora na sua qualidade de vida, resgatando-se a etimologia do termo terapeuta.

O presente estudo sugere que o papel do psicólogo no CAPS também pode envolver a dimensão administrativa e, até mesmo, um papel político, como descrito no item 8.5. Isso no leva a questionar qual o impacto que pode ter essa duplicidade de funções, Eu-técnico de saúde mental e Eu-gestor, para o desempenho de suas funções. Esse é um tema a ser pesquisado posteriormente.

Não poderíamos concluir essas considerações sem citar que nos percebemos tão contagiados pelo entusiasmo observado em todos os psicólogos entrevistados, ao descreverem situações de sucesso no resgate da humanidade dos usuários, que, em muitos momentos durante as entrevistas, vimo-nos emocionados com os relatos. Esse entusiasmo também nos levou a desejar posteriormente pesquisar se, e em que medida, os resultados positivos obtidos na relação do psicólogo técnico em saúde mental com os usuários, levam a um empoderamento como profissional, e qual seria o impacto disso na sua construção como psicólogo.

O conhecimento nunca é conclusivo, portanto, uma boa pesquisa é aquela que não apenas responde às questões propostas, afirmando-as ou não, mas traz à tona outros aspectos a serem estudados. Este estudo despertou para a importância de se estudar que fatores impedem o usuário de acessar os serviços de atendimento e quais situações faz com que os usuários abandonem o atendimento. Também reforçou, na autora, a necessidade de pesquisar, através de um estudo longitudinal, o impacto das ações terapêuticas no usuário, na família e na comunidade onde ele está inserido, a médio e longo prazo.

Finalizando, como alguns entrevistados mencionaram uma experiência de trabalho em outras unidades da atenção primária em saúde, fossem órgãos do SUS ou ONGS, fazendo alguns comentários comparativos à dinâmica do trabalho nos CAPS, isso despertou na autora a vontade de pesquisar se há e quais são as nuances e diferenças do trabalho do psicólogo nesses órgãos. Provavelmente esse será o tema de nosso estudo para o doutorado.

Gostaríamos de concluir com um trecho do poema do Pablo Neruda, “Moscas entram em boca fechada”

O que sabemos é tão pouco,
O que presumimos é tanto,
O que aprendemos é tão laborioso
Que só podemos perguntar e morrer.

REFERÊNCIAS

- Abbagnano, N. (2000). *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Amarante, P. (1995). Novos Sujeitos, novos direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. *Caderno de Saúde Pública* vol. 11 (3), . 49 - 494.
- _____ (1996). *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M. (2001). *Sujeito, Intersubjetividade e Práticas de Saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, vol. 6 (1), 63 – 72.
- Bakhtin, M. (1963 - 1984). *Problems of Dostoevsky's poetics*. Mineápolis, MN:University of Minnesota Press.
- Bastos, A. V. B. & Gondim, S. M. G. (Org.), (2010) *O trabalho do psicólogo no Brasil*, Porto Alegre: Artmed.
- Bellak, L. & Small, L.(1980). *Psicoterapia de Emergência & Psicoterapia Breve*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bernardes, J. S. (2010). A Psicologia no SUS 2006: alguns desafios na formação. In: Spink, M. J. (Org.), *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*, 105-127. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Birman, J. & Costa, J. F., (1994). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In Amarante, P. (Org.), *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*, 41-72, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Borges, L. O. & Yamamoto, O. H. (2010). O significado do trabalho para psicólogos brasileiros. In Bastos, A. V. B. & Gondim, S. M. G. (Org.), *O trabalho do psicólogo no Brasil*, 248 – 345. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1999). *Manual para a Organização da Atenção Básica*. (ISBN 853340187-6) Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde, (2001). *III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo*. (ISBN B5 – 334- 0437-9) Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programadas Estratégicas. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) ISBN 85-334-0775-0
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Secretaria de Atenção à saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. *História* In: <http://www.sistemaunicodesaude.weebly.hitoracuteria.html>. Acessado em 15 de agosto de 2011.
- Breakwell, G. M. (2006). Using self-recording: diary and narrative methods. In S. Hammond, C. File-Schaw & J. A. Smith (Orgs.), *Research methods in psychology* (3rd ed.) (pp.254-272). London: Sage.
- Brito, M. A. (2003). Psicologia de Curta Duração sobre o Enfoque da Gestalt-terapia. In: Mata, C. S.; Villas-boas, C. A.; Ribeiro, J. L. S. & Nascimento, E. M. V.(orgs.). *Coletânea do Serviço de Psicologia Professor João Ignácio de Mendonça – UFBA*. 116 – 121. Salvador: EDUFBA.
- Brito, M. A. Q.(2006). Desafios de uma proposta de psicoterapia de curta duração na abordagem gestáltica. In: *Revista da Abordagem gestáltica*, Vol. XII, nº2, Jul./Dez. 2006, Goiania: ITGT, p. 159 a 164.
- Brito, M. A. Q.(2002). *Psicoterapia Breve na Abordagem Gestáltica*. Trabalho não publicado apresentado para ingressar no Colégio Internacional de Terapeutas, Universidade Internacional da Paz, Brasília.
- Brundtland, G. H. (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001*. Conferência proferida em outubro de 2001, Genebra, Suíça.
- Bruner, J. (2002). *Making Stories*. Massachussets: Harvard University Press.
- Campos, F. C. B.& Guarido, E. L. (2010). O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: Spink, M. J. P. (Org.). *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caplan, G. (1980). *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Chaves, S. (2011). *Significados de maternidade para mulheres que não querem filhos*. Tese de mestrado. Programa de Pós-graduação, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia.
- Cunha, C. A. C. (2007). *Processos dialógicos de auto-organização e mudança: um estudo microgenético*. Tese de Mestrado. Programa de Pós-graduação, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Minho, Portugal.
- Dálte, I., Petracchi, P., Ferreira, T., Cunha, C. & Salgado, J. (2007). *Self Dialógico: um convite a uma abordagem alternativa ao problema da identidade pessoal*, *Interações*, 6, 8-31.
- Dodds, A. E., Lawrence, J. A. & Valsiner, J. (1997). The Personal and the Social: Mead's Theory of the 'Generalized Other'. *Theory Psychology*, 7, 483 – 503. Sage Publications.
- Dorsch, F.; Hacker, H. & Stapf, K. H. (2004). *Dicionário de Psicologia*. Petrópolis: Vozes.
- Figueiredo, L. C. M. (2004). *Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Frayze – Pereira, J. (2002). *O que é Loucura*. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense.
- Freitas, M. F. Q. (2007). Psicologia na comunidade, psicologia da comunidade e psicologia (social) comunitária: Práticas da psicologia em comunidade nas décadas de 60 a 90, no Brasil. In: Campos, R. H. de F. (Org.) *Psicologia social comunitária: Da solidariedade à autonomia*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Foucault, M. (1999) *Em Defesa da Sociedade*. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes.
- Gadamer, H. (2007). *Hermenêutica em retrospectiva*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Garner, H. H. (1965). Brief psychotherapy. In: *Neuropsychiatry*. 1, New York: Appleton-Century-Crofts.
- Gastal, F. L., Leite, S. O., Fernandes, F. N., Borba, A. T., Kitamura, C. M., Binz, M. A. R., Amaral, M. T. (2007). Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992. *Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul*, 29(1), 119-129.
- Gaskell, G. (2004). Entrevistas individuais e grupais. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Editores). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, R.J.: Vozes.
- Guerra, A. M. C. (2002) O Social na Clínica e a Clínica do Social: Sutilezas de uma Prática. In: Gonçalves, B. D.; Guerra, A. M. C. & Moreira, J. de O. (Org.). *Clínica e Inclusão Social: Novos Arranjos Subjetivos e Novas Formas de Intervenção*. Belo Horizonte: Edições do Campo Social,. 29-48.

- Gilliéron, E. (1993). *As psicoterapias breves*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- _____ (1993). *Introdução às psicoterapias breves*. São Paulo: Martins Fontes.
- Góis, C. W. (2008). *Saúde comunitária: pensar e fazer*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Gondim, S. M., Bastos, A. V. B. & Peixoto, L. S. A. (2010). Áreas de atuação, atividades e abordagens teóricas do psicólogo brasileiro. In: Bastos, A. V. B. & Gondim, S. M. G. (Org.), *O trabalho do psicólogo no Brasil*, 174 – 199. Porto Alegre: Artmed.
- Gondim, S.M., Magalhães, M. & Bastos, A. V. B. (2010). Escolha da profissão: as explicações construídas pelos psicólogos brasileiros. In: Bastos, A. V. B. & Gondim, S. M. G. (Org.), *O trabalho do psicólogo no Brasil*, 66 – 84. Porto Alegre: Artmed.
- Haesbaert, R. (2002). Fim dos territórios ou territorialidades? In: Lopes, L. P. M.; Bastos, I. C. (Org.), *Identidades: recortes multi e interdisciplinares*. Campinas: Mercado de Letras.
- Hermans, H. (2002). Dialogical self as a society of mind. *Theory and psychology*, 12(2): 147-160.
- Jorge, M. R. & França, J. M. F. (2001). A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 23, no.1, São Paulo, Março, doi: 10.1590/S1516-44462001000100002.
- Jovchelovitch, S., & Bauer, M. W. (2002). Entrevista narrativa. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (5ª ed.) (pp.90-113). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Juliano, J. C. (1999). *A arte de restaurar histórias: o diálogo criativo no caminho pessoal*. São Paulo: Summus.
- Leedy, P.D. & Ormrod, J. E., (2005). *Practical research: planning and design*. Columbus, Ohio: Pearson Prentice hall.
- Lemgruber, V. (1984). *Psicoterapia breve: a técnica focal*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- _____ (1997). *Psicoterapia breve integrada*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Linell, P. (2009). *Rethinking Language, Mind and World Dialogically: interactional and contextual theories of human sense-making*. New York: Ace Publishing Inc.
- Marková, I. (2006), *Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente*. Petrópolis, RJ.: Vozes.
- Matos, R. A. (1985), *Desenvolvimento de recursos humanos e mudança organizacional*. Rio de Janeiro: LTC / ANFUP.
- Merhy, E. E. (2006). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC.
- Millán, J. M. F. (2007). *Apoyo psicológico em situaciones de emergência*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Monken, M. & Barcellos, C. (2007). O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In Ferreira, A. & Corbo, A. M. (Org.), *O território e o processo saúde – doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Moreira, M. C. M. (2007). A Construção da clínica ampliada na atenção básica (Resenha). *Caderno de Saúde Pública*, vol. 23, nº 7, Rio de Janeiro, ISBN: 85-27106-75-2.
- Moreira, J. O., Romagnoli, R. C. & Neves, E. O. (2007). O Surgimento da Clínica Psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção de saúde. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27 (4), 608-621.
- Naffah Neto, A. (1987). O Psicólogo clínico. In: Lane, S. T. M. & Codo, W. (Org), *Psicologia social: o homem em movimento*, 181-194. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Nisker, W. S. (2005). *Sabedoria radical: rompendo as barreiras do senso comum e do lógico-racional*. São Paulo: Cultrix.
- Nunes, T. C. M. (2007). *Democracia no Ensino e nas Instituições: a face pedagógica do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Nunes, A. B., Fagundes, A. L. M., Pinheiro, I. A., Souza, L. S. & Lisboa, M. S. (2008). A Clínica psicossocial da psicose: aprendizagem, cuidado intensificado e reinserção social. In: *In-tensa. Ex-tensa*. Universidade Federal da Bahia. PIC- Programa de intensificação de cuidados a pacientes psicóticos. Ano I, n.I, (2007). Salvador, Bahia: UFBA, FFCH.
- Ojeda, C. O. M., Leiva, A. C. & Tagliari, L. V. (2001). A representação social do psicólogo e de sua prática no espaço público comunitário. In: *Paidéia*. 11 (21), Ribeirão Preto.
- Organização Mundial de Saúde (OMS)/Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (1979). *Relatório da Conferência Internacional Alma – Ata*. Brasília, (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde).
- Palombini, A. (2004). *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Peduzzi, M. (2000). Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. In: *Interface – comunicação, saúde, educação*, 4 (6), Botucatu, SP: Feb.
- _____ (2001). Equipe Multiprofissional de Saúde. *Revista Saúde Pública*, v. 35, n.1, p.103-109.
- _____ (2007). Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro, R., Barros, M. E., Mattos, R. A. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO; p. 161-78.

- Pinto, A. G. S. & Gonçalves, L. L. G. (2009). Retirando a máscara da alma: uma proposta de desmedicalização da vida. In: Rabelo, I. V. M., Tavares, R. C. & Faria, Y. R. A. (Org), *Olhares – Experiências de CAPS: Centro de Atenção Psicossocial*. 25 – 48. Goiânia: Kelps.
- Pinto, Ê. B. (2009). *Psicoterapia de curta duração na abordagem gestáltica: elementos para a prática clínica*. São Paulo: Summus,
- Poupart, J. (2010). A entrevista de tipo qualitativa: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas, In: Poupart, J., Deslauriers, J-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer R., Pires, A., et al., *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes.
- Prates, E. (2005). *Os conceitos de interpretante na semiótica de Peirce: uma hermenêutica das tricotomias interpretativas*. Monografia da Pós-graduação Lato- sensu Filosofia e Existência. Programa de Pós- graduação, Universidade Católica de Brasília, Brasília, Distrito Federal.
- Rabelo, A., Mattos, A. A., Coutinho, D. M. & Pereira, N. (2005). *Um manual para o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Salvador: Bigraf.
- Raggatt, P. T. F. (2007). Forms of positioning in the Dialogical Self: a system of classification and the strange case of dame Edna Everage. *Theory & Psychology – James Cook University*. vol.17(3), 355-382. Sage Publications.
- Ramminger, T. (2002). A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. *Boletim da Saúde*, v. 16, n. 1.
- Relatório sobre a saúde no mundo (2001). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Biblioteca da OMS, Classificação NLM: WA 540.1, Genebra: World Health Report.
- Ribeiro, J. P. (1986). *Teorias e Técnicas psicoterápicas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- _____ (1999). *Gestalt-terapia de curta duração*. São Paulo: Summus.
- Rogers, C. (1942). *Counseling and psychotherapy: newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rotelli, F., De Leonardis, O. & Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via. In: Rotelli, F. et al (Org.), *Desinstitucionalização*, 17-60, São Paulo: Editora Hucitec.
- SÁ, C. P. (1996). *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Salgado, J. (2003). *Psicologia narrativa: um estudo sobre auto-engano e organização pessoal*. Maia: Publismai.
- Sampaio, J. J. & Barroso, C. M. (1994; 2001) *Manual de organização de centro de atenção psicossocial generalista*. Sobral, Ce.

- Sánchez & Sánchez. *Las Psicoterapias: introducion a las orientaciones psicoterapêuticas para profesionales sanitários*. In: <http://www.Psicologia-online.com/ESMUBeda/Libros/ProfSanitarios/profesionales.htm>. Acessado em: 15 de outubro de 2009.
- Sanduvette, V. (2007). Sobre como e por que construir , (re)construir e avaliar projetos terapêuticos nos Centros de atenção psicossocial (CAPS). *Psicologia USP*, 18(1), 83-100, São Paulo: EDUSP.
- Santos, D.N. & Killinger, C.L. (2011). *Aprender fazendo:a interdisciplinaridade na formação em saúde*. Salvador: EDUFBA.
- Sato, T; Hidaka, T.; Fukuda, M. (2009). Depicting the dynamics of living the life: The trajectory equifinality model. In: Valsiner et al (eds.) *Dynamic process methodology in the social and developmental sciences*. p. 217-240.
- Silva, M. V. O. (2007). Entrevista. In: A Clínica social das psicoses. *In-tensa. Ex-tensa*. Universidade Federal da Bahia. PIC- Programa de intensificação de cuidados a pacientes psicóticos. Ano I, n.I, (2007), 15-36. Salvador, Bahia: UFBA, FFCH.
- Silva, R. C. (1992). A formação em psicologia. In: Campos, F. C. B. (Org.). *Psicologia e saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec.
- Silveira, D. P. (2003). *Sofrimento psíquico e serviços de saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde*. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saude Pública, Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro: s.n., S587.
- Sistema Único de Saúde, portal.saude.gov.br/portal/saude Acesso em 15 de novembro, 2011, em <http://portal.saude.gov.br>
- Small, L. (1974). *As Psicoterapias Breves*. Rio de Janeiro: Imago.
- Spink, M. J. P. (1993, julho/setembro). O conceito de representação social na abordagem psicossocial. In: *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 300-308.
- _____ (2003). Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: P. Guareshi & S. Jovchelovitch, (Orgs.) *Textos em representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- _____ (2007). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, RJ.: Vozes.
- Spink, M. J. P. & Lima, H. (2004). Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: Spink, M. J. P. (Org). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. S. Paulo: Cortez

- Starfield, B. (2002). Atenção Primária e Saúde. In: *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Tenório, F. (2002). A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e Conceitos. In: *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. 9(1), jan – abri, , pp. 25-29.
- Valsiner, J. (2002). Forms of Dialogical Relations and Semiotic Autoregulation within the Self. *Theory Psychology*, 12 (2), 251-265.
- Valsiner, J. (2004)
- Valsiner, J. (2005). Scaffolding within the structure of Dialogical Self: Hierarchical systems of semiotic mediation. *New Ideas in Psychology*, 23:197-206.
- Valsiner, J. (2007). *Culture in minds and societies: foundations of Cultural Psychology*. Thousand Oaks, Ca.: Sage Publications.
- Valsiner, J. (2008). *The self surrounding itself: double dialogicality*. Paper for the *Fifth International Conference for the Dialogical Self*, Cambridge, UK, August 28th 2008. Interactive Symposium *How Voices Make I-positions –An Exercise in Collective Investigation* (Livia Simão, Coordenadora).
- Valsiner, J. & Joseph, I. E. (1998). How does autodiologue work? Miracles of meaning maintenance and circumvention strategies. In: *Social Psychology Quarterly*, Vol. 61, No. I, 68 – 83.
- Vietta, E. P.; Kodato, S. & Furlan, R., (2001). Reflexões sob a transição paradigmática em saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 9 (2). Ribeirão Preto. Mar-abr.
- Wanderley, M. B., (2008). Refletindo sobre a noção de exclusão. In: Sawaia, B. (Org.) *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Wolberg, L. R., (1979). *Psicoterapia Breve*. São Paulo: Mestre Jou.
- Wolk, R. L., (1967). *The kernel interview*. J. Long Island Consul. Center, 5 (1).

ANEXOS

ANEXO 1: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

_____, coordenador do Centro de Atenção Psicossocial
_____, declaro que fui devidamente informado sobre o projeto de pesquisa intitulado “*A Inserção do Psicólogo no CAPS: Repercussão na Significação da Sua Atuação Profissional*”, que se realizará nesta Instituição, com os psicólogos que fazem parte do nosso corpo técnico, e que autorizei a realização do mesmo.

Salvador, de de 2011

Coordenador

RG:

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente documento, eu, ----- declaro ter conhecimento dos objetivos e dos métodos deste estudo, que me foram apresentados pelo pesquisador abaixo assinado, e conduzido pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado da Universidade Federal da Bahia – PPGPSI/UFBA.

Estou informado (a) de que, se houver qualquer dúvida a respeito dos procedimentos adotados durante a condução da pesquisa, tenho total liberdade para questionar ou mesmo me recusar a continuar participando da investigação.

Meu consentimento, fundamentado na garantia de que as informações apresentadas serão respeitadas, assenta-se nas seguintes restrições:

- a) não serei obrigado (a) a realizar nenhuma atividade para a qual não me sinta disposto (a)/apto(a)/capaz;
- b) não participarei de qualquer atividade que possa me trazer qualquer prejuízo;
- c) o meu nome e o dos demais participantes da pesquisa não serão divulgados;
- d) todas as informações individuais terão o caráter estritamente confidencial;
- e) os pesquisadores estão obrigados a me fornecer, quando solicitados, as informações coletadas;
- f) posso, a qualquer momento, solicitar aos pesquisadores que os meus dados sejam excluídos da pesquisa.

Ao assinar esse termo, passo a concordar com a utilização das informações para os fins a que se destina, salvaguardando as diretrizes universalmente aceitas da ética na pesquisa científica, desde que sejam respeitadas as restrições acima elencadas.

A pesquisadora responsável por este projeto de pesquisa é a mestranda Maria Alice Queiroz de Brito, que pode ser contatada pelo (s) telefone (s) (71) 87877564/33511711 e/ou pelo e-mail likaqb@uol.com.br.

Salvador, _____ de _____ de 2011

Pesquisador:

Participante:

ANEXO 3: ROTEIRO DA ENTREVISTA

ROTEIRO-GUIA PARA ENTREVISTA

1. Onde se formou; quanto tempo tem de formado.
2. Como foi a formação acadêmica, o quanto esta formação o (a) preparou para atuar no CAPS
3. Como avalia o impacto da sua formação acadêmica na sua atuação no CAPS.
4. O que o (a) levou a trabalhar no CAPS, até onde é um projeto pessoal seu ou uma oportunidade de trabalho.
5. Como foi o percurso profissional antes de trabalhar no CAPS.
6. O que faz, como lida com as situações que emergem e que tipo de métodos usa.
7. O que foi novo no trabalho no CAPS, como foi novo, o que isto significou.
8. Que tipo de ajustes teve que fazer no que pensava que era a sua forma de trabalho, de forma a poder lidar com estas mudanças.
9. Como hoje está lidando com estas situações / circunstâncias.
10. Como é trabalhar com uma equipe multiprofissional.

ANEXO 4: RELAÇÃO DOS CAPS II DO MUNICÍPIO DE SALVADOR, BAHIA.

Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho

- CAPS Centro de Saúde Mental Oswaldo Camargo
- CAPS II do Garcia – UFBA

Distrito Sanitário de Itapagipe

- Centro Terapêutico Municipal Dr. Álvaro Rubim de Pinho
- CAPS II Adilson Sampaio

Distrito Sanitário de Brotas

- Centro de Saúde Mental Aristides Novis – CAPS II e Ambulatório

Distrito Sanitário da Boca do Rio

- CAPS II Rosa Garcia

Distrito Sanitário Centro Histórico

- CAPS II Dr Antonio Roberto Pellegrino

Distrito Sanitário Itapuã

- CAPS II Francisco Basaglia

Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário

- CAPS II Maria Céllia da Rocha

Distrito Sanitário Cabula/Beiru

- CAPS II Eduardo Sabback Dias de Moraes

Distrito Sanitário de São Caetano/Valéria

- Equipe CAPS II São Caetano/Valéria

Distrito Sanitário Cajazeiras

- CAPS II Nise da Silveira
- CAPS Águas Claras

Distrito Sanitário da Liberdade

- CAPS II Liberdade

Distrito Sanitário Pau da Lima

- CAPS II pau da Lima

ANEXO 5: RELAÇÃO DAS CATEGORIAS