

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

KARLA MARIA DUARTE CASTRO

E AGORA, O QUE FAZER?
UMA VISÃO DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE MENTAL NO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA

VITÓRIA
2015

KARLA MARIA DUARTE CASTRO

E AGORA O QUE FAZER?
UMA VISÃO DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE MENTAL NO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof.^a Me. Andréa Campos Romanholi.

VITÓRIA
2015

KARLA MARIA DUARTE CASTRO

E AGORA O QUE FAZER?

UMA VISÃO DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em _____ de Dezembro de 2015, por:

Prof.^a Me. Andréa Campos Romanholi - Orientadora

Prof. Dr. Alexandre Cardoso Aranzedo - Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

Prof.^a Me. Darlene Vianna Gaudio Angelo Tronquoy - Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

Aos usuários do CAPS II de Vitória que a partir dos afetos, permitiram-me apreender algo sobre a plenitude da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente, de todo coração, aos meus filhos Breno e Brenda pelo amor incondicional e pela paciência infinita nos momentos pelos quais me fiz ausente na jornada de suas vidas, tempos que não voltam mais e são irreparáveis, para que eu pudesse vivenciar - o desejo - de um sonho.

Ao Breno, meu querido marido, por ter me possibilitado entrar na jornada de uma nova formação profissional.

À minha - admirada - orientadora professora Andréa, que facilitou o caminho deste sonho e que me ensinou a olhar o outro com a lente da ética pela vida.

À querida professora Darlene, pela confiança e pela oportunidade de realizar outro desejo, iniciando-me no caminho da pesquisa.

A todos os professores e colegas, que dividiram comigo o percurso na construção de um novo saber.

O sábio, com o nariz sempre colado nos livros dos antigos, aprende apenas palavras sutilmente combinadas; o louco, ao contrário, exposto constantemente a todos os caprichos [...], aprende em meio aos revezes [...]. O louco aprende a ser sábio a sua própria custa (ERASMO, 2014, p. 40).

RESUMO

A possibilidade da clínica ampliada se construiu a partir da superação do olhar médico que objetifica o sujeito na ontologia da doença, da superação da fragmentação do processo de trabalho em saúde, da alienação ao tecnicismo biologistista. Só a partir da construção dos cuidados à saúde mental dentro da concepção de apoio/integralidade em rede psicossocial é que se pôde apreender a amplitude da inserção da Psicologia, como campo de saber, dentro do circuito do SUS. O objetivo principal desta pesquisa foi descrever o quanto a atuação do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no município de Vitória-ES articula-se com os fundamentos da Saúde Coletiva e os preceitos fundamentais do SUS e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, com objetivo exploratório descritivo, que teve como instrumento a entrevista semiestruturada e cujos participantes foram os psicólogos que atuavam nos CAPS II e III do município de Vitória. A análise das informações foi estruturada nos princípios éticos do SUS, das construções teóricas da Clínica Ampliada e da Saúde Coletiva, e seus atravessamentos com os conceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para tanto, pretendeu-se identificar qual foi o processo de formação acadêmica do psicólogo que atua na saúde mental; como ele vivencia a sua formação nesta realidade do CAPS; verificar o modo de inserção do psicólogo no contexto da saúde mental, e tentativa de capturar as implicações de sua escolha por uma abordagem psicológica em sua atuação dentro do CAPS. A partir desta pesquisa, concluiu-se que as psicólogas atuantes nos CAPS II e III que atendem adultos que sofrem em decorrência dos chamados transtornos mentais graves no município de Vitória no estado do Espírito Santo têm desenvolvido suas práticas em consonância com as diretrizes do SUS, da práxis da Saúde Coletiva e dos princípios ético-políticos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Contudo, verificou-se que existe certa dificuldade das participantes em descrever quais seriam as atribuições específicas do psicólogo dentro dos CAPS. A pesquisa mostrou que ainda há a prevalência do entendimento da clínica psicológica nos moldes tradicionais, porém foi possível observar que ocorreram avanços no que diz respeito às contribuições ao núcleo de conhecimento da Psicologia a partir da atuação no CAPS, uma vez que estes profissionais têm suas práticas voltadas, majoritariamente, para a potencialização do sujeito, e sua

reabilitação social consolidando, cada vez mais, o modelo psicossocial e a lógica da clínica ampliada.

Palavras-chave: Saúde mental. Atuação do psicólogo. Reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

The possibility of expanded clinic was built from the overcoming of the medical gaze that objectifies the subject in the ontology of the disease, overcoming the fragmentation of the work process in health and alienation to technicality biologist. Just from the construction of a mental health care in the design of support integrity in psychosocial network and that underlie various spheres, especially the social legal, was that we could grasp the breadth of psychology insertion, as a field of knowledge within the Health Unic System (SUS) circuit. The primary objective of this study was to describe the psychologist's performance in Psychosocial Care Centers (CAPS) in Vitória- ES is linked to the fundamentals of public health and the fundamental principles of the SUS and the Brazilian Psychiatric Reform. This was a qualitative research with descriptive exploratory objective, which was to implement a semi-structured interview and whose participants were the psychologists who worked on the CAPS II and III of the city of Vitória. The analysis of the information was structured in SUS ethical principles, the theoretical constructs Extended Clinical and Public Health, and its crossings with the concepts of the Brazilian Psychiatric Reform. It aimed to identify the process of academic training of psychologists engaged in mental health; how their training affects the reality of CAPS; check the psychologist's input mode in the context of mental health; and try to capture the implications of their choice for a psychological approach in its activities within the CAPS. It was concluded that the psychologists that work in CAPS II and III with adults who suffer as serious mental disorders in Vitória, in the state of Espírito Santo, have developed their practices in line with the guidelines of SUS, the practice of public health and ethical and political principles of the Brazilian Psychiatric Reform. However, it was detected that there is a certain difficulty of the participants to describe what the specific responsibilities within the CAPS psychologist are. Research had shown that there is still the prevalence of clinical psychology in the traditional mold. However it was noted that advances have occurred, because these professionals have their practices aimed, mainly, to the enhancement of the subject, and their social rehabilitation validating increasingly the psychosocial model of mental health care and the logic of extended clinic.

Keywords: Mental Health. The work of psychologists. Psychiatric reform.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	27
2.1 AS ORIGENS DO CAMPO CIENTÍFICO DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A CLÍNICA PSICOLÓGICA	27
2.2 UMA DIGRESSÃO SOBRE A CONCEPÇÃO DE NORMALIDADE NA HISTÓRIA E AS PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE	35
2.3 A SAÚDE E A PSICOLOGIA NA CONTEMPORANEIDADE	43
2.4 UM OLHAR CRÍTICO SOBRE A ATUAÇÃO <i>PSI</i> NA CONTEMPORANEIDADE E NA SAÚDE MENTAL	52
2.5 O PSICÓLOGO E O FAZER <i>PSI</i> NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	55
3 METODOLOGIA	61
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	61
3.2 CAMPO DE ESTUDO	62
3.3 PARTICIPANTES.....	63
3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS	64
3.5 QUESTÕES ÉTICAS E ANÁLISES DE RISCOS DA PESQUISA.....	65
3.6 PREVISÃO DE INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	66
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA	69
4.1 RESULTADOS	69
4.1.1 Motivações e sentimentos quanto ao trabalho com a saúde mental.....	70
4.1.2 A formação em Psicologia para atuar na saúde mental	72
4.1.3 As implicações de uma abordagem teórica para lidar com a loucura.....	73

4.4 Atividades desenvolvidas pelas psicólogas no CAPS	75
4.2 DISCUSSÃO.....	79
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICE A.....	109
APÊNDICE B.....	110
ANEXO A.....	113
ANEXO B.....	114

1 INTRODUÇÃO

A atuação do profissional da saúde no contexto da Saúde Coletiva, inclusive da Psicologia, é foco de diversas discussões o que se confirma pelo volume de produções científicas acerca do tema nos ambientes acadêmicos ou profissionais. Objetivam com isto trazer contribuições no sentido de tentar lançar luz nos pontos mais obscuros no que se refere às formas de atuação dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste contexto, Benevides (2005) e Dimenstein (2001) trazem a discussão das práticas dos psicólogos no campo da saúde pública e apontam que estas devem ultrapassar o enquadre da clínica individual e privada. São autoras que, dentre vários outros, apontam para a construção histórica e social da formação da identidade do profissional da área da saúde e para a produção de sentidos e significados que surgem neste percurso, eventos que perpassam a forma de atuar de cada profissão desta área (BENEVIDES, 2005; CAMPOS, 2007b; DIMENSTEIN, 2001; LANCETTI, 2009; SPINK; MATTA, 2010).

Estas autoras pensam “[...] o lugar da psicologia e as práticas realizadas no campo da assistência pública à saúde e seus desdobramentos em termos do compromisso social hoje almejado para a categoria” (DIMENSTEIN, 2001, p. 57-58). E com isso entendem que a “[...] transformação de tais profissionais em agentes de mudança [acontece] a partir de um compromisso social perante o sistema de saúde e seus usuários [...]” (BENEVIDES, 2005, p. 21).

Trata-se do primeiro passo para entender as várias formas de atuar do profissional da saúde, e inclusive do psicólogo, nos diversos momentos históricos no contexto nacional. No caso da Psicologia, “[...] a formação e a prática tanto na perspectiva das “tradições” teóricas, como naquela das pressões conjunturais [...]” (SPINK; MATTA, 2010, p. 26-27) funcionam como propulsores que impulsionam novas e contextualizadas formas de atuação, rompendo com o que está instituído historicamente.

Seguindo a mesma corrente destes autores, a presente pesquisa teve seu foco na investigação sobre a atuação do psicólogo nos CAPS no município de Vitória, buscando analisar o quanto esta prática se encontra alinhada com os princípios fundamentais do SUS, da Saúde Coletiva e da Reforma Psiquiátrica. Assim, a

pergunta que norteou a pesquisa foi: em que medida a atuação do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) está alinhada com os princípios fundamentais dos SUS, da Saúde Coletiva e da Reforma Psiquiátrica?

Para se analisar a construção história de sentidos, significados e formas de atuação do psicólogo no campo da saúde, há de se reconhecer a imensa importância da contribuição de Foucault (2014) e sua obra: 'O nascimento da clínica'. Esta aponta para o aporte da medicina moderna na construção de saberes e formas de atuar no âmbito da saúde, inclusive a Psicologia, que bebeu em sua origem nas mesmas fontes desta construção. Esta origem das práticas da medicina moderna aconteceu devido ao avanço da ciência que transpôs para o saber médico daquela época, entre os séculos XVIII e XIX, as características e o mecanicismo das ciências naturais (FLORA, 2006).

Foi a partir dos estudos do corpo morto, da anatomia patológica, que o homem pôde ser analisado em seu espaço interno, e isso mudou profundamente a relação das formas de cuidado com o sujeito. Este passou, a partir do conhecimento racional científico, a ser o portador da doença, que era considerada uma entidade que habitava o corpo e se tornava o único foco de interferência do profissional da saúde. Em outras palavras, a doença era o verdadeiro e legítimo objeto de estudo e intervenção do médico (FLORA, 2006), uma concepção de homem a-histórico, e destituído da interação com o seu meio.

Nessa concepção que originou a medicina, não havia a possibilidade, e era mesmo recusada, a consideração de variáveis ligadas à relação entre o homem e o mundo, o que resultava na impossibilidade de se pensar a saúde no contexto de um processo saúde-doença-cuidado, como uma construção social (MATTA; CAMARGO JÚNIOR, 2010).

A Psicologia, por seu lado, surgiu também neste mesmo contexto de cientificidade e por um longo período histórico contribuiu com a compreensão fragmentada do homem, desconsiderando-o como um sujeito histórico, isolando-o de uma contextualização social, econômica e cultural. Atuou inúmeras vezes em benefício do sistema hegemônico vigente, mantendo o *status quo* e nutrindo sua reprodução e sua moralidade contestável (FLORA, 2006).

Houve um tempo no qual o homem era considerado apenas um produto de suas características individuais, ora como fruto de herança familiar, ora como constituído apenas pelo ambiente, mas em todas estas formas de entendimento deste, do seu mundo e de suas interações, ele era destituído do seu poder transformador, era considerado um sujeito atomizado, consequência de uma adaptação ao meio, não sendo visto como produtor de sua própria realidade (FLORA, 2006).

Estas concepções se tornaram pivô de diversas discussões no mundo, permeando o âmbito acadêmico, inclusive no Brasil. Foi quando, em 1984, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) promoveu um espaço de diálogo, convocando os psicólogos para repensarem sua práxis, influenciado pelas intensas transformações sociais e políticas num processo de redemocratização que ocorria no país no final da década de 1970 e na década 1980. Teve destaque nesse momento o movimento sanitarista e o movimento da reforma psiquiátrica, ambos de suma importância para o delineamento das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e na definição de uma saúde coletiva. Desde a instituição do seu código de ética, em 1987, a Psicologia como profissão passou a assumir suas responsabilidades e seu compromisso social, tendo em vista sua posição privilegiada no entendimento sobre a constituição do homem e a construção de seu mundo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1987).

A construção de um saber diferenciado requer um posicionamento ético para a sua utilização em benefício da coletividade, obrigando a uma prática psicológica voltada para o coletivo, para o social, uma prática voltada para a transformação da realidade concreta e que possibilita o desenvolvimento de potencialidades e protagonismo desta coletividade. Assim, é de extrema relevância a formação de “[...] um profissional engajado social e politicamente e não, um profissional a serviço do indivíduo” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1987), no sentido de uma concepção individualista, que desconsidera os novos modos de subjetivação que são constituídas na contemporaneidade.

A partir deste marco, fez-se necessário à assunção de uma postura ética sobre a produção de conhecimentos e a atuação profissional, principalmente no que diz respeito aos produtos destas ações e suas implicações (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1987). A Psicologia como uma ciência que produz conhecimentos e, conseqüentemente, novos modos de atuar sobre o mundo e novas formas de

significá-lo, deve se posicionar com responsabilidade e assumir posturas que sejam sempre permeadas por reflexões críticas e novos olhares, que questione e coloque dúvidas sobre as certezas da realidade (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005; SPINK et al., 2010).

Neste contexto, pensar a práxis *Psi* torna-se ainda mais necessário no âmbito da saúde, inclusive da saúde coletiva, esta que encontra amparo nos princípios do SUS, fruto de infindáveis inquietações, movimentos, conflitos e conquistas sociais, assim como mostra a história da saúde no Brasil (BERTOLLI FILHO, 2002), uma vez que tem a obrigação ética de responder as demandas sociais que delas surgem. Uma práxis que pode ser entendida, segundo a concepção de Lane (2001), como uma atividade que se encontra imbricada em ações e, em conjunto com os outros, voltada para a satisfação de uma necessidade em comum e que necessariamente implica numa dimensão comunicativa, de linguagem, e uma dimensão de ideais, de pensamento, em planejamento cuja origem advém de atividades anteriores (LANE, 2001).

O interesse pelo tema da atuação do psicólogo na Saúde Coletiva, no contexto da saúde mental, surgiu a partir da imersão da pesquisadora no campo de estágio num Centro de Atenção Psicossocial no município de Vitória, e de sua imensa dificuldade em conseguir desenvolver uma prática baseada numa atuação da clínica ampliada, alinhada com os princípios sociais da saúde coletiva, do SUS e da reforma psiquiátrica. A curiosidade em aprofundar seus conhecimentos no intuito de desenvolver uma práxis *Psi* mais alinhada com a realidade concreta do profissional de Psicologia no âmbito da saúde foi o maior propulsor que lançou a pesquisadora rumo à tentativa de desvelar novas formas de atuação do psicólogo na saúde mental.

A Psicologia é uma profissão, dentre as demais, que não apresenta técnicas pré-estabelecidas fechadas e definitivas, cujos conhecimentos aprendidos possam ser tidos como os únicos balizadores de uma atuação inequívoca, tal como os cálculos aplicados por um engenheiro na construção de uma estrada. Muito pelo contrário, ao sair do ambiente acadêmico, a vida profissional do psicólogo, ainda que deva seguir fundamentada pelos conceitos e conhecimentos da área, segue também permeada por dúvidas e inquietações que se tornam, ao longo deste percurso, o ponto de partida para a construção cotidiana de uma prática afinada com a realidade que se

apresenta, sem dogmatização e cristalização de técnicas e ferramentas de trabalho (DIMENSTEIN, 2001).

Isto pode ser vivenciado por muitos psicólogos como um ponto de tensão, uma vez que a preparação acadêmica – teórica – parece ficar aquém do que seria necessário para contemplar toda a complexidade da realidade concreta e dos sujeitos que nela se encontram inseridos,

Os cursos de graduação tenderam claramente para formar um profissional que atualmente encontra dificuldades em superar as práticas cristalizadas (naturalização das práticas historicamente produzidas) e de adaptar-se às novas exigências de responsabilidade social, aos princípios da qualidade, da ética e da cidadania, postos especialmente pelo setor da saúde. [...] a formação profissional veio direcionando o psicólogo para modelos de atuação bastante limitados [...], modelos responsáveis, em parte, pelas dificuldades do profissional em lidar com a demanda da clientela e das instituições de saúde, e até de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigidas pelo SUS. [...] não houve uma contextualização, revisão ou até mudança nas formas tradicionais de atuar. Daí, sua dificuldade em construir novas práticas voltadas para a produção social da saúde e da cidadania, práticas comprometidas com o bem-estar social (DIMENSTEIN, 2001, p. 59-60).

Neste mesmo sentido, Andrade (2007) afirma que a formação do profissional da Psicologia não oferece adequada preparação para atuar no sistema público de saúde brasileiro. Apesar de a academia fornecer um excesso de conteúdo disciplinar, técnico, especialista, falta a transmissão do que a autora denominou de “[...] conteúdos, considerados menores, porque múltiplos e complexos [...]” (ANDRADE, 2007, p. 16). Aqueles que só podem ser percebidos no cotidiano, nas interações psicólogo/usuário que se encontram imersas na complexidade das interações das práticas de cuidado da saúde. Aqueles cujas ações só vão tomando forma e sendo visualizadas quando surgem em meio à surpresa do aqui/agora, na concretude da realidade que se apresenta no momento do cuidado.

Tendo em vista superar este hiato e com o intuito de aproximar o psicólogo ainda mais dos princípios fundamentais do SUS, construiu-se a proposta da Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007), na qual o profissional da saúde está em constante formação e, ao mesmo tempo, a partir de sua inserção no contexto da prática, contribui na construção de um arcabouço conceitual e teórico para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, numa constante interação dialética, para uma verdadeira prática de construção social e transformação da realidade.

A presente pesquisa teve entre seus elementos motivadores, os seguintes pressupostos: que uma formação acadêmica norteada pelos princípios do SUS contribui diretamente na prática do psicólogo no contexto da saúde mental; que a identificação com uma abordagem teórica influencia profundamente no seu modo de atuar e que, apesar desta afinidade com uma abordagem, esta pode ser integrada em um fazer *Psi* alinhado com as diretrizes do SUS, da saúde coletiva e da reforma psiquiátrica sem fragmentar o homem do seu contexto; que o desejo do sujeito que atua na saúde mental atravessa e impulsiona sua escolha para esta área de atuação; e ainda que é a partir deste desejo que surge a possibilidade de criação de novos sentidos e significados no desenvolvimento de novas práticas *Psi*, apesar dos entraves que possam surgir no seu percurso profissional.

A finalidade desta pesquisa foi descrever a atuação do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Vitória-ES, e articular com os fundamentos da Saúde Coletiva e com os preceitos fundamentais do SUS e da reforma psiquiátrica no Brasil. Tentou-se, assim, delinear um levantamento mais atualizado da atuação do psicólogo que trabalha nos Centros de Atenção Psicossocial na saúde mental no município de Vitória, com vistas a levantar discussões sobre os modos do fazer *Psi* no âmbito da saúde mental.

Tendo em vista que, na contemporaneidade, a atuação do psicólogo está atravessada pelas novas questões cotidianas da vida como, exemplo, os relacionamentos, referentes aos novos processos de uma sociedade com características de fluidez, segundo Bauman, leva à “[...] furiosa “individualização”, [tornando] os relacionamentos [...] bênçãos ambíguas” (2004, p. 8). Potencializam uma fragilização dos laços, gerando, por conseguinte, novas formas de subjetividade que tendem ao isolamento, individualização e podendo levar aos transtornos mentais da contemporaneidade, tais como, a depressão e a ansiedade generalizada.

A atuação dos psicólogos no CAPS é perpassada por múltiplos fatores. Alguns podem ser entendidos pelos próprios profissionais como impasses que acabam influenciando, direta ou indiretamente, nas suas práticas no cuidado com o usuário, assim como, na relação estabelecida entre este e o seu trabalho.

A Psicologia no âmbito da Saúde Mental e os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira atuam, justamente, no sentido de tentar entender estes processos contemporâneos, propõe novas formas de reinventar a vida e fornece o suporte na

construção de espaços que problematize a discussão do trabalho em saúde mental, considerando que o sofrimento é inerente a este processo. Sofrimento este que atinge também os próprios profissionais da saúde, acarretando afastamento, inclusive por motivos psiquiátricos, principalmente daqueles que tratam diretamente com pessoas em seu âmbito laboral (GLINA et al., 2001). Foi considerando as tantas questões que envolvem as práticas de saúde e os desafios de se construir novos modos de cuidar e viver, no sentido da produção da saúde, bem como de se desenvolver estratégias para acolher os sujeitos em sua singularidade, tal como é a proposta da saúde coletiva e da reforma psiquiátrica que se desenvolveu a presente pesquisa.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 AS ORIGENS DO CAMPO CIENTÍFICO DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A CLÍNICA PSICOLÓGICA

A análise histórica sobre o nascimento da clínica é de imensa importância, pois promove uma reflexão acerca da atuação dos profissionais da área biomédica e permite entender como surgiu a clínica psicológica e conseqüentemente a constituição da práxis *Psi*. A Psicologia como ciência foi herdeira do modelo médico, mais exatamente da Psiquiatria, que consistia no olhar clínico que observava, permitindo compreender e posteriormente intervir para alcançar o objetivo primordial: a cura (FOUCAULT, 2014).

Entender como o discurso médico, modelo hegemônico, gerou e têm gerado, ainda, modos de intervenção e modelos explicativos da realidade, sendo, inevitavelmente, um discurso que não é isento de intenções ou ideologias é algo importante quando se pretende pensar as práticas em saúde. Trata-se de constatar que a ciência, não é neutra como se pretende, pelo contrário, é um saber que transpassa a vida cotidiana e gera novas formas de subjetivação, governando e monitorando o que escapa à norma (FOUCAULT, 2014).

Para Foucault a medicina exerce o controle disciplinar sobre o corpo, porque nela encontram-se imbricados fatores sociais, políticos, econômicos, tecnológicos e pedagógicos que modelam a doença e seu **tratamento** (FOUCAULT, 2014, grifo nosso).

As práticas de cuidado com caráter de tratamento, segundo o autor, iniciam-se com o nascimento da medicina moderna no final do século XVIII, com a entrada do médico nas instituições asilares, quando ocorre uma reorganização no discurso vigente e um novo olhar sobre o homem, este que se torna objetificado. Inauguram-se os primórdios da era científica e a medicina utiliza-se, inicialmente, da nosologia para descrever e classificar o fenômeno **doença**. Esta se torna o ponto de partida para a atuação do médico e seu único objeto de intervenção (FOUCAULT, 2014, grifo nosso).

Num primeiro momento, a doença era considerada como uma estrutura que se encerrava em si mesma e o corpo era o *locus* transitório no qual ela se alocava.

Cabia ao médico atrelar as contingências antecedentes à doença, numa relação de causalidade direta atribuindo de diagnóstico e o prognóstico possível para a obtenção da cura médica. A verdade única e incontestável da racionalidade cartesiana construiu um saber absoluto sobre a enfermidade alojada no corpo (FOUCAULT, 2014). Explica o autor que:

A doença é percebida fundamentalmente em um espaço de projeção sem profundidade e de coincidência sem desenvolvimento. Existe apenas um plano e um instante. A forma sob a qual se mostra originalmente a verdade é superfície em que o relevo, ao mesmo tempo, se manifesta e se anula – o retrato [...]. A estrutura principal que a medicina classificatória se atribui é o espaço plano do perpétuo simultâneo (FOUCAULT, 2014, p. 4-5).

Ele mostra que neste período entendia-se que a enfermidade trazida pelo doente, sua essência pura, era perturbada por suas disposições, idade, modo de vida e os acontecimentos que são acidentais em relação ao núcleo da doença, ou seja, para se ter clareza objetiva do fato patológico, o médico deveria abstrair o doente (FOUCAULT, 2014), tornando-o secundário dentro do processo de **cura**, excluindo todo o saber que o paciente pudesse trazer sobre si e sua condição de doente. Retira-se dele a capacidade de falar sobre a sua vida (FOUCAULT, 1975, grifo nosso). Poder-se-ia apenas chegar à cura se o médico tivesse o exato conhecimento da doença (FOUCAULT, 2014).

O exame clínico era realizado na ordem do observável, o olhar que desvelava, ou melhor, descortinava todas as faces da doença como numa dança dos sete véus, que a bailarina, ao deixar cair um a um dos lenços que a encobre vai revelando a essência que sob eles se esconde, o corpo. Antagonicamente, é no corpo onde se evidencia e se descobre o que nele está subjacente, a doença. Por meio dos sinais e sintomas, em específico este, pois se trata da primeira transcrição da verdadeira essência da enfermidade porque revela algo que está por se mostrar e mostra algo que já se pode evidenciar (FOUCAULT, 2014).

Sob o olhar médico a doença se mostrava no corpo concreto e cabia apenas ao médico dar seu parecer final. Esta prática médica, a medicina dos sintomas, fez a amarração necessária para o engendramento do tempo posterior que caracterizou a clínica da anatomia patológica. Quando foi possível a realização de uma análise concreta dos sintomas nos órgãos, ou seja, uma nosografia baseada nas lesões orgânicas. Fortaleceu-se ainda mais a noção do corpo como **local** da entidade doença e a possibilidade da associação dos sintomas aos achados

anatomopatológicos, que poderiam explicar as causas naturais da doença nas lesões (FOUCAULT, 2014, grifo nosso).

A invasão do espaço interno do corpo - no cadáver - a ciência fundamentada nas investigações das alterações dos órgãos, a transmutação do espaço natural da doença, a vida, para o encapsulamento nas instituições de cuidado, a saber, os hospitais, foram fatores que influenciaram drasticamente a relação médico/paciente e nas formas de cuidados. Houve, então, o distanciamento entre o objeto de estudo e seu observador, a doença e o médico. Este se encontrava, agora, cristalizado numa posição de saber/poder na qual prevalecia a racionalidade e não haveria mais espaço para a emersão dos afetos - das paixões - nem do lado do paciente, muito menos do lado do médico (FOUCAULT, 2014).

Incontestavelmente o hospital, como instituição, contribuiu para o avanço da epistemologia médica e trouxe grandes subsídios para a construção do conhecimento da medicina sobre a doença. Sob os ideais iluministas e do Renascimento, indo do empirismo à cientificidade do mundo moderno e capitalista, que agora é regido pela lógica do controle das epidemias e do espaço social, não se trata mais exclusivamente o espaço do corpo concreto, e sim do controle da vida cotidiana (FOUCAULT, 2014).

A medicina desenvolve, a partir do questionamento sobre a estrutura do corpo e da vida humana que possibilitam as condições sobre o adoecer, tecnologia para intervir nos fatores que causavam as patologias geralmente no meio ambiente, inaugurando-se uma medicina preventivista, modelo de intervenção assistencialista cuja origem está na medicina social que tem como objetivo eliminar nas contingências ambientais, pautada numa concepção higienista, voltada ao combate das causas diretas das doenças infectocontagiosas, na qual a estratégia encontra-se calcada na polícia médica, pretendida como medicina social (FOUCAULT, 2014).

Foucault (2004a) explica:

[...] que a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente. [...] com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. [...] Foi no biológico, no somático, no corporal

que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (p. 79-80).

Para o autor, o que caracteriza a evolução da medicina no Ocidente para a medicina social é justamente quando em meados do século XIX, houve o enlace entre o corpo, a saúde e o nível da força produtiva dos indivíduos. Indivíduos estes que são entendidos como a **personificação** do investimento da ciência em um corpo de conhecimento indivisível e natural, produto de uma tecnologia e resultado das relações de poder, imputado pela docilização do corpo (FONSECA, 2011, grifo nosso). Esta evolução se deu, segundo Foucault (2004a), em três etapas, a saber: a medicina de Estado, na Alemanha; medicina urbana, na França e medicina da força de trabalho, na Inglaterra.

A primeira referente à medicina de Estado Alemã, necessária para a consolidação do país como nação e o seu fortalecimento na medida em que conservava, reproduzia e garantia a força militar necessária para a sua manutenção (FOUCAULT, 2004a). Era preciso formar e fortalecer os homens para lutarem pelo seu país, ou seja, fortalecendo os recursos humanos para as guerras.

A Polícia Médica era a sistematização burocrática estatal que controlava a atividade médica, normalizando o ensino e o saber médico, normatizando a observação das taxas de natalidade e mortalidade. Esta ação se personificava na prevenção e no controle de doenças transmissíveis, habitação, nutrição, higiene pessoal e ocupacional e na educação sanitária (FOUCAULT, 2004a).

A Medicina Urbana francesa surgiu no intuito de organizar as cidades em decorrência do processo de desenvolvimento industrial ocorrido no final do século XVIII. A transformação das cidades em lugares de troca de mercadorias, e também de produção, favoreceu a concentração populacional em determinados lugares aumentando a incidência das epidemias decorrentes do acúmulo de esgotos, dos acidentes nas oficinas e nas fábricas. Havia a necessidade de melhorias estruturais urbanisticamente nesses locais, o que originou a política sanitária e a higiene pública (FOUCAULT, 2004a).

Neste período a medicina lançou mão do auxílio de outras ciências para alcançar seus objetivos. Tratava-se não de uma medicina do corpo e sim do ambiente, estabelecia-se uma relação importante entre o ser humano e o seu meio (FOUCAULT, 2004a). O propósito da Medicina era a vigilância das condições de

vida como: a qualidade do ar, da água e o destino das decomposições. Era preciso que o ar circulasse nas cidades e nas casas para manter o bom estado de saúde da população (FOUCAULT, 2004a).

Já a Medicina da Força de Trabalho inglesa, representada como a medicina dos pobres, na qual o corpo é tomado como força de produção e os trabalhadores ganham a força política, permitiu o desenvolvimento de três sistemas médicos coexistentes: uma medicina assistencial de baixa qualidade destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa, epidemiológica, encarregada de problemas como vacinação e epidemias e por fim uma medicina privada que se volta para aqueles que possuam recursos para pagar (FOUCAULT, 2004a), modelo que ainda existe, principalmente no Brasil.

Por toda a Europa e América, o movimento sanitário interferiu na saúde por meio da legislação e de grandes obras de engenharia que fortaleceram ações de Saúde Pública, e impulsionaram as primeiras instituições universitárias e científicas com o propósito da urbanização da saúde (ADORNO, 1999).

Isto posto, faz-se necessário abordar, sucintamente os conceitos de biopolítica e poder disciplinar cunhados por Foucault, pois não é o objetivo deste trabalho fazer uma análise epistemológica, nem filosófica sobre eles, e sim evidenciar a sua importância e contribuição para o entendimento sobre as formas da prática de cuidados da saúde na contemporaneidade, justamente por estarem intrinsecamente relacionados ao surgimento das ideologias dos conceitos de higienismo e eugenia, conceitos estes que determinaram durante muito tempo e influenciam, ainda hoje, as práticas profissionais da área da saúde.

A partir dos sistemas de vigilância da subjetividade, a biopolítica é mecanismo que institui a forma de controle social da população como, por exemplo, “[...] a regulação da natalidade, da mortalidade, das capacidades biológicas [...]” (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007, p. 612), ditando formas de se viver, na medida em que legitima o biopoder, exercido pela medicina. E o poder disciplinar recai sobre os indivíduos e os corpos, docilizando-os por mecanismos que os ajustam aos tipos de demandas das sociedades emergentes, evidenciados nos séculos XVII e XVIII, tornando as pessoas úteis e obedientes pela manipulação das instituições, como: escolas, hospitais, fábricas, entre outras (FOUCAULT, 2004b).

Tais processos foram essenciais para forjar o homem normal, aquele que atendia às necessidades emergentes da nova ordem social. A emergência da classe burguesa, proprietária do capital e dos modos de produção, pode-se dizer que ela financiou os avanços das invenções e sustentou a ciência em suas raízes. O Positivismo e sua objetividade científica trouxeram consigo uma nova concepção de homem, com a qual a clínica psicológica se funda, nesta mesma perspectiva.

O conceito de **normal** foi e continua sendo foco de muitas discussões nos âmbitos acadêmicos e nas esferas administrativas do Estado atreladas à saúde.

Este conceito foi bastante questionado por vários autores, a exemplo de Canguilhem (2014) em seu ensaio sobre: 'O normal e o patológico'. Nesta obra, seu principal argumento era que ambos os fenômenos seriam qualitativamente diferentes e opostos implicando numa luta de forças. Ele afirmava, pois, que o patológico tratava-se de uma dimensão da vida, assim como a saúde (CANGUILHEM, 2014).

Assim como Foucault (1975; 2004a; 2004b; 2010; 2014) e seu método da arqueologia do saber, o autor fez uma digressão sobre o termo **normal** na história da humanidade para sustentar sua posição de que cada constructo é construído a partir de uma historicidade e que vai, ao longo do tempo, sendo retificado ou reificado, a depender do discurso hegemônico de cada época, sendo que o conceito **saúde** também se encontra incluído neste processo (CANGUILHEM, 2014, grifo nosso).

A normalidade é um tema tratado desde a antiguidade, contudo a palavra **normal** - do grego: *nomos*, do latino: *norma*, que significa lei - surge no século XVII significando o que se conserva num meio-termo. Foi na revolução francesa que a burguesia funda uma nova ordem para funcionar como norma para toda sociedade, a saber, a ordem econômica capitalista. Isto, junto com a industrialização e a complexidade do trabalho, modifica profundamente toda a forma de entendimento do homem sobre o mundo, sobre si mesmo e sobre os relacionamentos humanos e suas interações com o meio. Lança um novo paradigma tanto para a coletividade como para a ciência e a ideologia médica sobre a saúde e a doença (CANGUILHEM, 2014, grifo nosso).

No século XIX, a medicina apoiava-se no funcionamento normal e regular para discriminar, na população, os sujeitos que teriam se desviado da norma. O termo

normal passou a ser apropriado pelo coletivo cuja significação era um estado de saúde orgânica. A partir da segunda metade deste mesmo século, surgem novos padrões de normalidade na medicina, tanto geral como mental, devido ao nascimento das ciências humana, principalmente a Sociologia e a Psicologia (CANGUILHEM, 2014).

Estas passaram a tomar como seu objeto de estudo o homem, intervindo não apenas no meio físico para normatizá-lo à produção, como também no próprio corpo e mente do sujeito, a fim de adaptá-lo, formatá-lo, a uma nova forma de agir que atendesse não somente a produção, mas que servisse também para a manutenção do *status quo* de toda uma ideologia burguesa. O homem passa, então, a ser considerado como uma máquina passível de programação e conserto, e o seu funcionamento social normal passou a credibilidade da Psiquiatria, Psicologia e Sociologia (CANGUILHEM, 2014).

Segundo Canguilhem (2014), com o advento da descoberta dos erros inatos do metabolismo, ainda neste século o organismo passou a ser considerado uma espécie de linguagem na medida em que se admite o erro, o equívoco, na própria vida, na própria natureza, e a doença deixa de ser um excesso ou uma falta do sujeito ou grupo e passa ao acaso genético, retirando deles a responsabilidade total pela sua doença, dissolvendo assim toda a sua culpabilidade (CANGUILHEM, 2014). Se até este século a medicina visava restabelecer o estado vital inicial do paciente, no século seguinte, XX, o “[...] homem de hoje [pode, se quiser] intervir sobre si mesmo a fim de elevar, de modo geral, ao nível intelectual mais alto, isto é, em suma, a obrigação de vulgarizar o gênio por meio da eugenia” (CANGUILHEM, 2014, p. 207).

A partir disto, surge o debate ético se o sujeito deveria, ele próprio, determinar sua norma ou esta ficaria a cargo do geneticista. A decisão seria individual ou grupal sobre este tipo de intervenção? Caso acarretasse do grupo, tornar-se-ia um tipo de polícia genética, na qual haveria uma caça genética aos polimorfismos heterodoxos e uma privação do direito de gerar portadores de anomalias cromossômicas e de suas cadeias de DNA defeituosa (CANGUILHEM, 2014).

Um homem normal saudável deveria, então, ser capaz de adoecer e de afastar a doença de si, tendo a possibilidade de testar a saúde por meio da doença que lhe foi eliminada. Fato este que causaria a eliminação destas possibilidades das

experiências humanas e o homem não sentiria mais a segurança de ser normal e de poder enfrentar a doença, e caso ela lhe surgisse. Logo entraria em cena o fato de uma devastadora patologia da saúde perfeita (CANGUILHEM, 2014).

Como se pode verificar, o termo normal é bastante ambíguo, pois ora se refere a uma média, ora a um ideal. O exemplo disto é que se pode explicar a identidade entre saúde e valor através do viés etimológico, que determina o significado desta palavra latina *valore* como portar-se bem, passar bem de saúde (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999).

A questão primordial sobre os conceitos de anormalidade e de patológico que Canguilhem (2014) sustenta diz respeito a não contradição lógica entre a normalidade e a patologia. Afirma ele que o patológico não é a ausência de normas, e sim a presença de outras normas vitalmente inferiores que impossibilitam o sujeito viver o modo de vida anterior, permitido aos supostos sãos. Então a saúde, para este autor, constitui-se num certo jogo de normas de vida e de comportamento, caracterizado pela capacidade de tolerar variações das normas, constituindo a capacidade de ultrapassar as crises orgânicas para instalar uma nova ordem fisiológica. Seria então a condição saudável, ou melhor, a saúde, a possibilidade de poder adoecer e a capacidade de se reestabelecer (CANGUILHEM, 2014).

Para Canguilhem (2014), o conceito de normal é um conceito normativo e filosófico, na medida em que as possibilidades do estado de saúde são superiores às capacidades convencionalmente consideradas normais. As consequências disto para o psiquismo humano estão relacionadas à reivindicação e o uso da liberdade para a reinvenção e a instituição de normas que sejam mais satisfatórias para a vida, de modo que o sujeito sadio seria aquele capaz de funcionar com muitas normas e não mais restrito a normas gerais e universais. A diversidade e a possibilidade da diferença se apresentar poderia fazer crer que aí se instalaria a loucura, quando, de fato, o que se passa a ter isto é um campo de possibilidades que é muito mais do que o que oferece o conceito de **normal** (CANGUILHEM, 2014, grifo nosso).

Dentre os seus questionamentos mais importantes, a construção sobre uma epistemologia da saúde, ou seja, o de tratar a saúde como objeto passível de ser estudado cientificamente é o mais instigador, uma vez que, segundo Foucault (2014), as concepções de saúde perpassam por valores sociais dominantes da

cultura de sua época, e no que se refere a uma cultura biomédica baseada no sofrimento, na morte e na doença (FOUCAULT, 2014).

2.2 UMA DIGRESSÃO SOBRE A CONCEPÇÃO DE NORMALIDADE NA HISTÓRIA E AS PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE

Na Grécia antiga, a aplicação da saúde aos objetos e ao comportamento era incerta. No século XVIII, Kant afirmava que ela era um objeto fora do campo do saber, logo não seria um conceito científico e sim uma noção popular ao alcance de todos. Daremberg, no século XIX propunha que a saúde era um estado, no qual todas as funções se cumprissem num silêncio. No século XX, Leriche (apud CANGUILHEM, 2014, p. 185, grifo nosso) afirmou que a saúde seria **a vida no silêncio dos órgãos**. Nesta mesma linha Michaux dizia que a saúde era silenciosa, porém o autor partilha com Nietzsche a idéia de que a saúde e a doença são duas dimensões da mesma condição humana, e que implica seu confronto e sua superação (CANGUILHEM, 2014).

O filósofo Hans-Georg Gadamer, citado por Canguilhem (2014), também defendia que a saúde era algo individual, privado, singular e subjetivo. Ela não se apresentaria às pessoas, não poderia ser medida, pois implicava num acordo interior não podendo ser controlada por forças externas, sendo uma dimensão a que apenas quem tem acesso é a pessoa que se sente enferma e que, por não conseguir mais lidar com as demandas da vida, decide ir ao médico. Já Canguilhem (2014), em oposição a tal definição questiona a exclusão da saúde como objeto científico (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999).

Para este autor, a saúde corresponderia tanto a fatores biológicos da vida, quanto aos modos de vida. Ela se realiza no genótipo e na relação do sujeito com o meio. Canguilhem (2014) considera o corpo como sendo um dado ou um produto, ou seja, o corpo é como um produto das atividades do meio, estas podem influenciar para determinar o fenótipo. Canguilhem (2014) considera a saúde além de uma questão normativa, uma questão filosófica, explicando que a esta mesma se faz questionamentos (CANGUILHEM, 2014).

Ele considera, acima de tudo, a saúde como uma unidade da vida, sendo que a normalidade, enquanto norma de vida, trata-se de uma categoria mais ampla,

englobando a saúde e o patológico como subcategorias distintas. Assim, tanto a saúde quanto a doença são normais. Como apontam Coelho e Almeida Filho (1999, p. 29) “[...] a saúde implica em poder desobedecer, produzir ou acompanhar uma transformação, adoecer e sair do estado patológico”. Apesar de se tratar de um critério universal a todos os sujeitos, a sua estrutura e forma são singulares quando essas novas normas podem ser de naturezas diversas. Esta universalidade é radicalmente diferente à universalidade do padrão médico, uma vez que este traz como principal característica a homogeneidade das estruturas patológicas, variando-se apenas a forma (CANGUILHEM, 2014).

A saúde então seria muito mais que um discurso normativo impositivo e passa a englobar a normatividade do sujeito, tornando-se muito mais que apenas ordenar ações que promovam bem-estar ou evitem riscos, seria também a criação do sujeito (CANGUILHEM, 2014).

Já o patológico, para Canguilhem (2014), significa uma perda da capacidade normativa e a impossibilidade de promover mudanças. Trata-se de uma fixação a obediência irrestrita à norma. Conseqüentemente ele rompe com o modelo pré-definido de norma, e os conceitos de normalidade e de saúde alçam nova dimensão, pois não se reduzem a um único padrão (CANGUILHEM, 2014). Nesta concepção, a saúde deixa de ter puramente uma perspectiva de adaptação e passa a estar relacionada à forma pela qual o sujeito interage com os eventos da vida, passa do atomismo para uma dinâmica processual na qual a saúde se constrói ao longo da existência, desde a infância até a velhice (CANGUILHEM, 2014).

Quando, já na sua maturidade conceitual, o autor considera a saúde relacionada à forma pela qual o sujeito interage com os eventos da vida, ou seja, existe no homem uma plasticidade funcional ligada a sua normatividade vital e a vida torna-se uma luta permanente ante os perigos que a ameaçam, chegando a afirmar que a medicina é um prolongamento da vida uma vez que a necessidade terapêutica é uma necessidade vital (CANGUILHEM, 2014).

Neste entendimento o limiar da saúde e da doença é singular para cada sujeito, ainda que sofram influências do meio, pois cada um responde diferentemente mediante uma mesma estimulação, ainda que num mesmo contexto e inserido no mesmo grupo. O sujeito sente-se predominantemente bem, atribuindo-se como saudável, mesmo estando fisiologicamente desviado do funcionamento regular e

ainda que revele algum grau de sofrimento ou que porte sinais de uma doença, desde que possa dar sentido ao que lhe acontece e se mantenha normativo, ou seja, capaz do exercício individual de produção de normatividade, de normas próprias para regular sua relação com a vida (CANGUILHEM, 2014).

A postulação do conceito canguilhemiano de normatividade forneceu uma nova possibilidade, um novo olhar frente à vida atribuindo-lhe uma “[...] experiência de inovação positiva do ser vivo [...]” (CANGUILHEM, 2014, p. 129), mesmo quando nem sempre uma solução encontrada pelo sujeito frente a uma demanda seja normativa o suficiente para dar vencimento aos desafios que tem de enfrentar. A patologia torna-se, além de uma simples alteração no funcionamento do organismo, uma reestruturação, em maior ou menor grau, do mundo vivido e o surgimento de outro modo de vida (BEZERRA JÚNIOR, 2006).

Esta mudança de paradigma forneceu embasamento para uma nova forma de cuidar, entendendo a implicação direta do sujeito no seu processo de adoecimento e conseqüentemente de saúde, uma vez que este transita entre um e outro que são dimensões contínuas da vida e encontram-se imbricados tanto qualitativamente, quanto quantitativamente (BEZERRA JÚNIOR, 2006).

Com isto traz para o âmbito da normalidade, o patológico, considerando-o uma forma e um modo de levar a vida, mesmo que idiossincraticamente, ou seja, o sujeito pode encontrar, para além da norma, uma forma de se colocar frente ao mundo tornando-se a exceção.

Pode-se verificar que a modernidade traz consigo uma ruptura na concepção do homem e o mundo, introduzindo, a partir da ciência, inéditas maneiras de cuidar da saúde, mas que ao mesmo tempo coexistiam com as práticas anteriores, não as suprimindo por completo (FOUCAULT, 2010). O acúmulo de conhecimento e os avanços das tecnologias vão se tornando mais complexos e novas especialidades vão surgindo, assim como a fundação da clínica psicológica, esta que se encontra intimamente entrelaçada com o surgimento da Psiquiatria.

Trata-se de um período no qual a figura da loucura era encarada como o grande Medo, o grande Mal, representantes legítimos da finitude humana e que equivalia, na era áurea da racionalidade cartesiana, à desrazão (FOUCAULT, 1975). Para

Foucault (2010) a **nova** racionalidade passou a ser o que sustentava a existência humana e a loucura correspondia à própria morte.

No que diz respeito à Psicologia, suas práticas de cuidados surgiram com as práticas destinadas aos loucos, de toda ordem. Foi o fenômeno da loucura, que promoveu o nascimento da Psiquiatria, Psicopatologia - “[...] a que começa com Esquirol [...]” (FOUCAULT, 1975, p. 58), da Psicologia. Foucault (1975) descreve a sua origem:

O que se descobre na qualidade de “psicologia” da loucura é apenas o resultado das operações com as quais se a investiu. Toda esta psicologia não existiria sem o sadismo moralizador no qual a “filantropia” do século XIX enclausurou-a, sob os modos hipócritas de uma “libertação” (FOUCAULT, 1975, p. 58-59).

Segundo ele, é na relação das práticas cruéis e a justificativa da possibilidade de uma cura, no tratamento moral, que emerge o conhecimento sobre a loucura e que,

[...] secretamente fundou a possibilidade de toda psicologia. [...] a psicologia “objetiva”, “positiva” ou “científica” encontrou sua origem histórica e seu fundamento numa experiência patológica. [...] o homem só tornou-se uma “espécie psicologizável” a partir do momento em que sua relação com a loucura permitiu uma psicologia [...] (FOUCAULT, 1975, p. 59).

E todo conhecimento e epistemologia construída na loucura marcam profundamente a experiência humana e sua relação consigo mesmo, a Psicologia torna-se campo em que o homem busca sua verdade e, ao mesmo tempo, a perde (FOUCAULT, 1975). O saber sobre a verdade do paciente se desloca para a tutela médica. O louco - o homem - nada mais sabe sobre si (FOUCAULT, 1975), “[...] o homem substituiu a sua relação com a verdade, alienando-a neste postulado fundamental que é ele próprio a verdade da verdade” (FOUCAULT, 1975, p. 68), a partir do saber do outro, condição constituída dentro de um contexto espaço-temporal que é: social, histórico, cultural, econômico, ideológico, pedagógico.

As Psicologias vão ganhando lugar no campo científico. A Psicologia experimental surge em meio aos avanços da cientificidade moderna e, assim como a medicina, constrói toda sua metodologia e arcabouço teórico como suporte para sua prática e tentativa de explicar o fenômeno da mente humana (SANTOS, 2001). Pautada na sistematização das experiências científicas replica a fragmentação do homem em várias dimensões específicas que interagem entre si, ou melhor, o todo era apenas a junção das partes de algo que seria maior, a lógica das ciências naturais, biológica, da época, o mecanicismo.

Contudo, a Psicanálise, traz importantíssimas contribuições, inovações que promoveram, novamente, um deslocamento do saber. O que antes era o saber do médico se transmuta para o saber - inconsciente - do sujeito (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007). Sigmund Freud o inventor da Psicanálise em suas experiências no hospital da Salpêtrière com as histéricas, a partir de Charcot e seu método da hipnose, evidencia que na loucura há um saber e uma linguagem próprios, e apenas ao sujeito cabe falar sobre si e sua condição, retirando-a da ordem do fingimento e da farsa. E mais ainda, quando a ele é permitida a fala, esta promove um deslocamento e conseqüentemente uma mudança, não na estrutura da constituição do sujeito - o Inconsciente - mas, uma ressignificação de sua condição, permitindo que ele se coloque ativamente perante sua vida e não permaneça assujeitado às imposições do cotidiano.

Como se pôde observar em toda sua trajetória teórica, especificamente, no texto no qual critica a clínica médica e o método psicoterápico, Freud (1996) afirma que a sugestão de melhora, ou melhor, da cura está calcada na confiança do paciente no médico, ou psicólogo, e isto acontece a partir do saber médico/psicológico. Aponta que esta forma sugestiva não sustenta a cura, uma vez que encobre o engendramento do jogo das forças psíquicas, este que implica verdadeiramente o processo de adoecimento. Entende que o único meio é pela via da transferência, no qual o analista – fazendo parte da realidade psíquica do paciente - torna-se um facilitador do processo analítico impulsionando o paciente em busca de sua verdade (FREUD, 1996).

Neste percurso, a cena é ocupada pelo discurso do paciente, e ele próprio constrói um saber sobre si, opera uma nova posição subjetiva frente ao sofrimento, e isto sustenta sua cura psicanalítica. Evidencia-se, com isto, uma autêntica mudança de paradigma. A passagem das práticas de cuidado da saúde do olhar para a escuta (FREUD, 1996).

Apesar de exercer uma clínica individualizada/individualista, retrato do seu tempo vitoriano, as contribuições freudianas permitem um primeiro passo rumo à inovação da clínica contemporânea. Uma clínica da escuta, na qual há a consideração do saber do paciente, um sujeito concebido como produtor do seu processo de adoecimento e cura, possuidor de um saber sobre sua doença, sujeito de sua

história de adoecimento e não mero objeto de estudo, adaptável às sugestões de mudanças (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007).

Concomitante ao desenvolvimento da Ciência, da Medicina, da Psiquiatria e da Psicologia, a respeito da lógica do biopoder, o pensamento higienista que fundamentou a eugenia e vice-versa, toma força e logo se solidifica com a euforia da cientificidade e seu “[...] extraordinário progresso tecnológico, com repercussão imediata no campo econômico” (MANSANERA; SILVA, 2000, p. 116).

E a clínica psicológica não fica alheia a este discurso. Como já apontado anteriormente, herdeira da clínica médica, lida com as questões subjetivas, individuais, oriundas da demanda contemporânea, mas ao mesmo tempo se fecha nas questões particulares, familiares, que legitimadas pelo humanismo, conferem ao homem toda a responsabilização pela vida, como mostra Boarini e Yamamoto (2004):

[...] as descobertas científicas no que tange à Bacteriologia e a Microbiologia ofereceram caminhos para combater as várias epidemias que dizimavam a população, dentre estes caminhos a necessidade da higiene para prevenir os perigos do contágio de determinadas doenças, estas mesmas descobertas foram absorvidas para legitimar a ideia que atribui ao indivíduo a total responsabilidade pela sua saúde (p. 66).

Os movimentos higienista e eugênico foram amparados por diversas áreas de conhecimento, na sua origem e ainda hoje, desde as mais biológicas até as mais sociais, a exemplo: a Biologia, a Medicina, a Psiquiatria, a Educação, a Antropologia. Tais discursos ganham vigor temporal, na medida em que a sua atualização acontece na vida cotidiana, quando, por exemplo,

Justifica-se as dificuldades e problemas de uma pessoa exclusivamente por suas características individuais ou familiares. [...] a medicalização, a psicologização, a sociologização são recursos cotidianamente adotados, em nossa sociedade, para explicar problemas gerados em diferentes circunstâncias sociais (BOARINI; YAMAMOTO, 2004, p. 60-61).

Nos dois últimos séculos, as explicações higienistas e eugenistas forneceram sustentação discursiva para as instituições brasileiras se posicionarem com relação a questões de ordem socioeconômica. Pode-se referenciá-las a um período que remonta aos primórdios da industrialização brasileira, quando se atribuiu uma nova complexidade à estrutura social do país. Estes discursos, higienistas e eugênicos, surgiram a partir de um pequeno grupo formado, em sua maioria, por médicos. Fato este que se caracteriza com o ideário político e científico da época e que permeou o senso comum a ponto de pretender governar todas as dimensões da vida do sujeito ao

constituir mecanismos de controle escolar/pedagógico (BOARINI; YAMAMOTO, 2004; MANSANERA; SILVA, 2000).

Boarini e Yamamoto (2004) identificam o higienismo no Brasil como desdobramento da medicina social, pois visava o planejamento da urbanização devido às consequências do processo de desenvolvimento e de industrialização nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, ao exemplo do que se passou na França, com sua Medicina Urbana (BOARINI; YAMAMOTO, 2004). O conhecimento biológico-científico que daí surge confere poder e legitimidade aos médicos, que desde cedo se organizaram como categoria e adentraram no emaranhado burocrático do Estado, no intuito de assessorar nas ações sanitárias estatais (BERTOLLI FILHO, 2002).

A articulação dos ideais eugênicos e higienistas tornaram-se inevitável, pois ambos tinham suas origens na cientificidade. A eugenia teve sua raiz na Teoria da Evolução darwiniana, nas descobertas biológicas/hereditárias de Mendel, na Biometria de Galton, e sob o pretexto de tornar o Brasil uma grande nação industrializada, afirmava que seria preciso “[...] regenerar os indivíduos para melhorar a sociedade” (KEHL, 1935 apud BOARINI; YAMAMOTO, 2004, p. 67) por meio do controle da reprodução, “[...] controlando os casamentos, evitando o matrimônio entre tarados e degenerados, vulgarizando e aplicando os conhecimentos necessários à proteção individual e racial” (KEHL, 1935 apud BOARINI; YAMAMOTO, 2004, p. 67).

Segundo Mansanera e Silva (2000), “A Eugenia tornou-se, então, uma avalista científica que nortearia toda uma série de esforços de verdadeiros patriotas que queriam o desenvolvimento do país e o fortalecimento da democracia” (MANSANERA; SILVA, 2000, p. 121). Na década de 1940 este movimento foi decisivo para as práticas de higiene e educação sanitária, utilizarem todo conhecimento para o aprimoramento das características humanas físicas e mentais para desenvolver **qualidades** das gerações futuras (MANSANERA; SILVA, 2000).

A miséria da sociedade era decorrência, segundo os eugenistas da época, da incapacidade do homem de controlar cientificamente aquilo que era sua natureza. Era, então, preciso educá-lo para que tivesse uma saúde mental equilibrada. As escolas tornaram-se espaços não apenas da transmissão de conhecimento e cultura, mas um ambiente de profilaxia da higiene mental, cujo propósito era que as pessoas vivessem **bem** socialmente (MANSANERA; SILVA, 2000).

Tentava-se, e conseguia-se, docilizar os corpos para fins econômicos em nome do desenvolvimento do Brasil. As consequências da industrialização, que agravavam exponencialmente as tensões sociais, agora seriam explicadas como naturais individualizando e culpabilizando as pessoas pelo seu fracasso, de sua família e até da sociedade. Assim escamoteava-se a realidade concreta (MANSANERA; SILVA, 2000).

Houve um período acríptico das ciências sociais/humanas, entre elas a Psicologia, que corroborou com os meios científicos das ciências naturais aplicando seus métodos, conceitos e práticas ao contexto social, provocando distorções que assimilaram e adotaram profundamente os postulados e as propostas do higienismo e da eugenia, inserindo-os na vida cotidiana e legitimando-os como usos e costumes a partir de suas práticas (BOARINI; YAMAMOTO, 2004). Para Boarini e Yamamoto (2004):

[...] muitas explicações sobre dificuldades e diversidades humanas partiram de pressupostos orgânico-biológicos, agora legitimados pela chancela da ciência. [...] muitas orientações e encaminhamentos para os problemas de caráter social, [...] foram justificados pelas dificuldades de adaptação do indivíduo, na luta pela vida, [...] o instrumental da Psicologia foi de grande valia no esquadramento e classificação dos indivíduos. Ignorava-se, assim o legado sócio-histórico (p. 69-70).

A partir do que foi exposto, pode-se verificar que os conhecimentos produzidos no decorrer da história da humanidade não são conquistas que acontecem como fatos, únicos, transformadores, ou seja, não se dão de um momento para outro apenas a partir de sua evolução no tempo. As formas de entender o homem e o seu mundo, e consequentemente as práticas destinadas ao seu cuidado, decorem de processos, que segundo Foucault (2014), resulta da mudança na estrutura do discurso que se mostra pelo olhar e pela linguagem de seu tempo, o que está subjacente e oculto, mas que já opera transformações, no sentido de rupturas ou reforço com o hegemônico (FOUCAULT, 2014).

E a possibilidade de entender tais processos, fornece os subsídios necessários para fundamentação das críticas sobre a prática *Psi* na contemporaneidade, uma vez que entendendo seu surgimento radical e sua historicidade, pode-se, de alguma forma, promover novas transformações, agora não alienadas ou destituídas de criticidade. Algo que se sustende nos alicerces de um saber ético e que promova sua sustentabilidade e sua reavaliação constante, não se imputando como saber único nem definitivo.

2.3 A SAÚDE E A PSICOLOGIA NA CONTEMPORANEIDADE

Nas primeiras décadas do século XX, a Psicologia, como campo de conhecimento científico, adentra nas escolas no furor da aplicabilidade de sua especialidade, e capacita a instituição a identificar possíveis crianças com “dificuldades de aprendizagem” para que elas pudessem ser mais bem atendidas no intuito, também, de melhorar seu rendimento escolar. As técnicas de mensuração e verificação das capacidades mentais do aluno - os testes psicológicos - foram amplamente utilizadas e difundidas. “[...] os laboratórios de Psicologia eram muito úteis à educação, assim como os laboratórios médicos o eram para o clínico” (MANSANERA; SILVA, 2000, p. 124).

A Psicologia tradicional tinha três grandes frentes de atuação, a Psicologia Industrial, a Psicologia Escolar e a Psicologia Clínica. As duas primeiras tinham como pilar das suas práticas a mensuração das capacidades mentais das pessoas e a identificação das características individuais da personalidade e, no caso da segunda, a superação das limitações biológicas, com processos de ensino voltados para as dificuldades características das deficiências que eram exercidas em ambientes segregados, como em escolas especiais. E a Psicologia Clínica era exercida apenas como clínica individual e Psicologia Hospitalar – que seguia a mesma lógica da clínica lidando com o sofrimento psíquico do sujeito da forma própria do modelo médico da cura, ou seja, voltando-se para o diagnóstico e a cura dos problemas individuais, sem considerar este sofrimento como produto das relações intersubjetivas próprias do contexto característico da época, como uma dimensão determinante da subjetividade (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

A concepção de homem era pautada pela via do individualismo, da particularidade de suas características biológicas e psicológicas, sem se considerar as determinações sócio-históricas que o atravessam na vida e influenciam profundamente a sua forma de se posicionar perante ela. O homem não era concebido como produto da realidade concreta e, muito menos como agente transformador ativo que produzisse e reinventasse a sua realidade, capaz de operar genuinamente transformações em si e no seu meio. A sua impotência social, naquele momento histórico, e a sua cristalização numa posição de assujeitamento, diante da concretude objetiva da ciência era mantida e legitimada pelos discursos

das profissões biomédicas, inclusive a Psicologia, em favor da manutenção da ordem social vigente (MANSANERA; SILVA, 2000).

Por volta das décadas de 1950 e 1960, a concepção da saúde era extremamente restrita, individualizante e com a concepção biomédica que privilegiava a clínica individual, o modelo hospitalocêntrico, curativista, assistencialista, especialista, e as medidas preventivistas para redução dos custos com a saúde da população predominavam, situação oriunda de toda historicidade anteriormente apontadas (MANSANERA; SILVA, 2000).

Contudo, aqui no Brasil, nas décadas que se seguiram, um período de crescente mobilização rumo ao processo de redemocratização brasileira, aliado aos movimentos sociais, à reforma psiquiátrica, ao movimento sanitarista, movimentos sindicais, entre outros, cresce também o desejo da constituição de um modelo de sistema de saúde que representasse “[...] uma política favorável à construção da justiça social e do bem-estar entre os brasileiros” (CAMPOS, 2007a, p. 1866).

Neste período observa-se a convergência pelo desejo da democracia em diversas categorias profissionais, classes sindicais, partidos políticos, intelectuais membros das academias, em suma, há a participação de uma multiplicidade de atores, de campos diversos, unidos por um fim em comum.

Na área da saúde pública, especificamente, havia uma mobilização, que também acontecia no contexto mundial, para construção de uma concepção de saúde ampliada, concretizada no documento Declaração de Alma Ata, de 1978, que se torna uma das fontes das diretrizes norteadoras dos cuidados à saúde no mundo (CAMPOS, 2007b; FERREIRA NETO, 2008; GIOVANELLA, 2008; NOGUEIRA, 2001).

Este documento passa a considerar a saúde como, não apenas a ausência da doença, mas como uma consequência de múltiplos fatores dentre eles, os determinantes sociais da saúde como as questões sanitárias, educacionais, ambientais, alimentares, entre várias outras. Aponta para as questões econômicas relacionadas à saúde dando ênfase à atenção primária como a mais eficiente por estar mais próxima da população, conhecendo diretamente seu público e seus problemas para atuar de acordo com o princípio da integralidade do cuidado.

Aponta, ainda para a hierarquização do sistema de saúde em níveis de complexidade, para a importância da participação e do controle social dentro deste processo da prevenção e promoção de saúde da coletividade e para a intersetorialidade das ações de promoção de saúde e das políticas públicas conferindo maior capacidade resolutiva destas ações (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, 1978).

A importância da Declaração de Alma Ata é discutida por muitos em função de sua proposta trazer, ao mesmo tempo, valores e princípios ligados à concepção ampliada de saúde e ao compromisso de **saúde para todos**, e também preocupação e princípios que podem ser vistos como mais voltados para o objetivo da racionalidade dos recursos destinados à saúde, o que também se encontra na lógica das questões econômicas do campo da saúde e relacionado às concepções divergentes sobre o papel do Estado nessa área (GIOVANELLA, 2008).

No Brasil acontecia, a partir das reivindicações sociais para melhores condições de vida, de trabalho e de saúde, entre outras, uma movimentação que acabou culminando na constituinte. O país começou a se reconstituir como Estado de Direito norteado pela lógica do Estado de Bem-estar Social, que tem a função interventiva e reguladora a partir dos mecanismos políticos e econômicos institucionais em prol da coletividade, minimizando as consequências das diferenças culturais, históricas políticas e econômicas, decorrente do processo de industrialização (NOGUEIRA, 2001). Todos estes movimentos contribuíram para o surgimento do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Apesar de ter havido convergência dos grupos citados, também havia no momento histórico vivido pelo país à época de abertura política e redemocratização, divergências e disputas de várias ordens. Desse modo, a história da constituição do SUS - e o próprio processo de desinstitucionalização da saúde mental brasileira – se deu em um contexto de **guerra** de forças antagônicas, vencida, naquele momento e não definitivamente, por movimentos que tinham dentro de si suas próprias diferenças “[...] de orientações e posturas distintas, mas **unidas** por uma vontade de reforma e desinstitucionalização [...]” (DESVIAT, 2008, p. 143, grifo nosso), que contribuíram no delineamento de suas diretrizes. Porém este levantamento histórico no momento não é o foco desta pesquisa, uma vez que seria necessária uma

análise mais aprofundada sobre estas questões e não haveria nem tempo nem espaço, aqui, para abranger tamanha complexidade.

É importante explicitar que foi exatamente neste período histórico que a Psicologia brasileira, e algumas outras profissões, começaram a discutir e questionar eticamente sobre sua atuação, sobre os produtos que dela emergiam no contexto social, em resumo, sobre a efetivação da função social da prática *Psi*, bem como avaliar e agir frente ao impacto que os princípios fundamentais do SUS e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira tiveram sobre a atuação do psicólogo dentro da Saúde Pública e especificamente na saúde mental.

Cabe ainda entender, dentro deste questionamento, epistemologicamente, as distinções do que seria saúde pública e saúde coletiva, pois se tratam de significantes que concretizam fazeres distintos e fundamentam diferentes tomadas de posicionamentos éticos.

Compreende-se a Saúde Pública como campo de saber que se constituiu no final do século XVIII, como polícia médica, junto à medicina social, “[...] marcando o investimento político da medicina e a dimensão social das enfermidades” (BIRMAN, 2005, p. 11), o que corresponde ao que Foucault (2004a) denominou como medicina social. Já a Saúde Coletiva nasce a partir das discussões sobre a limitação da problemática da saúde ao registro biológico, e a introdução de novos saberes e campos de conhecimentos, principalmente o das ciências humanas, na reestruturação das “[...] coordenadas desse campo, destacando as dimensões simbólicas, éticas e políticas, [e quem sabe até afetivas] de forma a relativizar o discurso biológico” (BIRMAN, 2005, p. 13).

O campo de saber da saúde coletiva reconhece a complexidade da vida cotidiana, e o poder instituinte da vida social, reconhecendo as diferenças e acima de tudo, a relatividade das relações entre natureza e a cultura, tentando explicá-la a partir da multidisciplinaridade para se aproximar da realidade concreta que é multideterminada (BIRMAN, 2005). Entendendo que,

O instituinte é um processo produtivo-desejante, de característica dinâmica [...]. O objetivo é chegar a criar um grupo-sujeito [...], [...] capaz de gerar suas próprias leis para realizá-la e de construir a si mesmo durante o processo, tendo sempre presente sua finitude e perspectiva de sua própria morte [...]. [...] capaz de autoanalisar-se e de gerenciar suas próprias questões. [...] fazê-los descobrir e colocar em ação todo o seu saber a cerca de si mesmos, não só para que os participantes descubram aquilo que

constitui suas verdadeiras necessidades, o que está travando o alcance não só de seus objetivos como também de seu próprio crescimento enquanto indivíduos e componentes de uma verdadeira equipe (LIMA; RIANI, 2004).

Isto marca profundamente as formas de atuação do profissional da saúde, na medida em que este encontra um aporte maior para entender e lidar com o seu cotidiano profissional. E para o psicólogo possibilita maior autonomia na sua práxis, pois é capaz de se posicionar/atuar norteado pela ética e o compromisso social esperadas do profissional de Psicologia.

Na área da Saúde Mental, o movimento da Reforma Psiquiátrica apoiou e fortaleceu ainda mais as questões da mudança de paradigmas no cuidado à saúde. Foi a partir das denúncias “[...] das condições de vida nos manicômios e da falta de respostas adequadas à atenção à saúde mental [...]” (DESVIAT, 2008, p. 144) que as condições da saúde mental brasileira daquele momento histórico, transformaram-se numa questão de política (DESVIAT, 2008; AMARANTE, 2013a).

Houve uma mobilização geral, de diversos setores da saúde e da sociedade civil brasileira, que se organizavam em encontros, conferências, palestras para discutirem o futuro da saúde e das condições de vida brasileira. Estes eventos confluíram na II Conferência Nacional de Saúde Mental, de onde se originaram os parâmetros norteadores do que viria ser a atenção à saúde mental no Brasil, a partir daquele marco (DESVIAT, 2008; AMARANTE, 2013a).

Outro movimento de extrema relevância que ajudou na consolidação do SUS, inclusive instituindo as suas diretrizes, e conseqüentemente nas formas de fazer saúde, inclusive a saúde mental no Brasil, foi a VIII Conferência de Saúde, que se articulou com outras fontes de discussões para realizar o processo da transição política da redemocratização do país (DESVIAT, 2008; AMARANTE, 2013a).

A partir do documento que legitimou todo o processo de reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, a Declaração de Caracas, marco inaugural do movimento da reforma psiquiátrica, foi possível construir os norteadores de promoção de recursos terapêuticos e serviços que garantissem o respeito aos direitos humanos e civis das pessoas com transtorno mental (DESVIAT, 2008).

Aqui no Brasil o documento que legitimou estas garantias foi a Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001, fruto de um longo processo de discussão de ideais progressistas entre grupos de líderes no país inteiro. Nos seus primórdios, a Reforma Psiquiátrica

convergiu com o movimento sanitarista brasileiro que se caracterizou com o ingresso dos profissionais *Psi* nos espaços de políticas e estratégias da saúde pública no Estado na tentativa de integrar o cuidado a saúde (AMARANTE, 2013a; FERREIRA NETO, 2008).

Num momento posterior houve a disjunção dos dois movimentos, surgindo o denominado Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, justamente porque no compasso do alargamento de seus fundamentos este tomou como princípio a perspectiva mais ampliada da desinstitucionalização, adotando, no âmago de sua ideologia, a discussão sobre a loucura como fenômeno humano e a defesa de sua presença no cotidiano da sociedade, rejeitando práticas de cuidado, este reconhecidamente necessário, que tivessem o isolamento e a exclusão como ponto de partida ou como elementos naturalizados nas práticas de saúde (AMARANTE, 2013a). Além disso, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial buscava maior autonomia da luta pela reforma psiquiátrica em relação ao Estado (AMARANTE, 2013a; FERREIRA NETO, 2008).

A partir da Constituição de 1988, a Constituição cidadã, o direito à saúde foi formalizado para todos os cidadãos, e torna-se dever do Estado provê-la, por meio de políticas sociais e econômicas com o objetivo de reduzir os riscos de doença e outros agravos, “[...] mediante ações [...] de promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 196). A nova Constituição estabeleceu os princípios fundamentais do SUS que passaram a nortear as práticas destinadas aos cuidados à saúde, a partir daquele momento.

Os princípios doutrinários do SUS como a universalidade; integralidade e a equidade e participação popular, juntamente com os organizativos da hierarquização; regionalização e descentralização formam a base filosófica conceitual do direito à saúde, assim como orientam a forma como o sistema deve funcionar, que repercute diretamente, na atuação do profissional de saúde e nos modos de cuidados.

O princípio da universalidade preza pelo direito de todos à cidadania plena, o que inclui o acesso ao SUS, sem qualquer restrição. A integralidade se refere, resumidamente, às práticas de saúde e sua relação com o modelo assistencial, considerando a integralidade da pessoa e dos cuidados à saúde, bem como dos serviços para garantir maior resolubilidade. O princípio da equidade - acesso

irrestrito para todos - assegura que a disponibilidade dos serviços considere as diferenças entre os grupos e os indivíduos (BRASIL, 1988).

A regionalização refere-se à vinculação da população a rede de serviços que é organizada por regiões com área definida cuja oferta dos serviços seja organizada e planejada de acordo com critérios não apenas geográficos, mas também epidemiológicos culturais e sociais entre outros. A hierarquização fala do processo de organização dos serviços e suas ofertas em níveis de complexidade crescente, dando-se a articulação destes níveis de atenção por meio de fluxos de referência e contra referência, sempre considerando o comando único de cada esfera executiva que tem autonomia de decisão referente à sistematização, aspecto que leva à necessidade de pactuações e compromissos mútuos que permitam o funcionamento em rede (BRASIL, 1990).

Apesar destes princípios e da existência de mecanismos sistematizados e legislação que regulamento os processos, o que se verifica no cotidiano são ações, ainda individualizadas/fragmentadas, de comunicação direta entre os profissionais dos serviços e entre os próprios serviços numa comunicação informal, como se pode verificar no exemplo a seguir:

Observa-se a dificuldade das Unidades no encaminhamento de casos mais complexos e de exames de alto custo, sendo a dificuldade ampliada proporcionalmente à maior complexidade. Um ponto importante desvelado no estudo é que o sucesso e agilidade dos encaminhamentos dependem, em grande parte, dos relacionamentos interpessoais e da informalidade, mais do que de um fluxo sistematizado entre os níveis de complexidade, indicando que as "vias formais" de acesso não funcionam adequadamente. As internações, por exemplo, dependem essencialmente do vínculo do médico que a requer com as instituições hospitalares do Município, sendo difícil o encaminhamento quando o médico não possui esse vínculo (JULIANI; CIAMPONE, 1999, p. 329).

Campos (2007a) compartilha desta mesma constatação, de que a integração do sistema em rede ainda é precária e precisa avançar neste ponto. Segundo o autor:

Pode-se considerar que a integração em rede, sistêmica, entre os sistemas municipais ainda é baixa; em decorrência, a gestão regional do sistema é bastante precária quando não virtual. [...]. Pode-se considerar que hospitais e serviços especializados, em geral, em cidades pólos, ainda funcionam isolados, como no modelo liberal-privatista, com mecanismos de regulação precários (CAMPOS, 2007a, p. 1872).

Outro princípio do SUS de extrema relevância para a realização da atenção integral à saúde é o da resolubilidade, este está atrelado à implicação com o compromisso social e o desenvolvimento de uma consciência de corresponsabilização do cuidado

à saúde por parte do profissional desta área, e ainda uma responsabilidade sanitária que implica, diretamente, no modo de cuidar e das práticas de cuidado, um fazer diferenciado ético e crítico (CAMPOS, 2007a).

O princípio da descentralização fala de uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações/serviços de saúde entre os vários níveis de governo, acreditando que quanto mais perto for a decisão tomada da população, mais chances haverá de alcançar a resolução dos problemas relacionados à saúde e maior será a participação popular junto às esferas de governo para melhor delineamento das ações de promoção de saúde, para potencializar a comunidade com objetivo de transformação da sua própria realidade, e fiscalização dos recursos/serviços destinados à saúde (CAMPOS, 2007a).

A participação popular garante a realização plena da democracia. Mas este controle social acontece de forma organizada por meio das entidades representativas da sociedade civil, e que participa do processo de formação das políticas de saúde, do controle e de sua execução em todos os níveis, em forma de Conselhos de saúde, cuja representação é paritária, e as Conferências de saúde, que definem as prioridades e linhas de ações (BRASIL, 1990).

O destaque da atenção primária como o nível mais resolutivo dos problemas de saúde da população é prioridade da Saúde Coletiva e o foco da construção epistemológica deste campo de saber. Ela traz grande contribuição para a concepção ampliada da saúde e utiliza tal conceito como a base da constituição das práticas de cuidado à saúde (CAMPOS, 2007a).

O conceito do coletivo no qual se baseia a Saúde Coletiva relaciona-se na concepção forjada por Jean Oury (OURY; SIVADON, 2012). O coletivo não se constitui como um grupo homogêneo, baseado no processo de identificação e de identidade coletiva. Ele traz uma concepção de coletivo mais complexa que é atravessada pelas questões de devir, na qual pode/deve emergir a subjetividade de cada um, devir-minoria, em que o grupo absorve e se modifica/transforma a partir das afetações nas diferenças, uma autêntica relação intersubjetiva com forças criadoras de potencialidades (OURY; SIVADON, 2012).

Em Deleuze,

A afecção, pois, não só é o efeito instantâneo de um corpo sobre o meu, mas tem também um efeito sobre minha própria duração, prazer ou dor, alegria ou tristeza. São passagens, **devires**, ascensões e quedas, variações contínuas de potência que vão de um estado a outro: serão chamados afectos (1997b, p. 157, grifo nosso).

[...] Devir não é atingir uma forma [...] mas encontrar a zona de vizinhança, de indiscernibilidade ou de indiferenciação tal qual já não seja possível distinguir-se de uma mulher, de um animal ou de uma molécula (1997a, p. 11).

Para Oury e Sivadon (2012):

[...] são as antenas que fazem com que as constelações funcionem. Podemos reagrupar cinco, seis, dez pessoas em torno de cada um. Vê-se bem que, tocando os participantes, tocamos a pessoa. Mesmo se não chegamos a fazer uma constelação, basta fazer uma “reunião dossiê” sobre alguém, sem nada mais, para mudá-lo... [...] com a homogeneização as antenas são queimadas, tanto as dos esquizofrênicos como as dos outros. [...] A homogeneização queima tudo o que pode permitir as antenas, embora elas sejam necessárias para nos fazer sair um pouco... (OURY; SIVADON, 2012, p. 12).

A concepção ampliada de saúde, que a Saúde Coletiva usa como seu pilar, considera os determinantes/condicionantes sociais da saúde, encara a saúde como direito fundamental e a possibilidade de exercer a cidadania plena, que implica a capacidade de transformação da realidade e autonomia para o sujeito sobre a vida, inclusive no que diz respeito à corresponsabilidade sobre sua saúde. A possibilidade de atuar dentro de um sistema democrático, pela via da participação no planejamento e execução dos cuidados à saúde e nas políticas públicas destinadas a ela, e exercer sobre elas, o controle social (CAMPOS, 2007a; GIOVANELLA, 2008).

Outro fundamento, a descentralização do Estado sobre a problemática da saúde, fomenta a corresponsabilização de todos os atores envolvidos na área da saúde para a sua viabilização. Entendendo que este tipo de concepção e tomada de postura calcada nestas diretrizes, promove uma atuação ética, com fim de atender às questões coletivas, logo, sociais (CAMPOS, 2007a). Considera a atenção básica à saúde,

[...] como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária – que inclui prevenção, promoção, cura, reabilitação – e, como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes da saúde (GIOVANELLA, 2008, p. s22).

Inserir a atenção primária dentro de um sistema nacional de saúde, hierarquizado e integrado com os vários níveis para um atendimento resolutivo e integral; cujo

modelo assistencial torna-se mais abrangente, promovendo uma dinâmica à saúde com a “[...] reorientação e organização de um sistema de saúde integrado [...]” (GIOVANELLA, 2008, p. s22), que se adequa às necessidades cotidianas da comunidade e às micropolíticas, na instrumentalização e sistematização dos serviços de saúde da Atenção Primária, para, assim, garantir uma atenção integral à saúde, tanto da coletividade, como do sujeito, considerando suas particularidades (CAMPOS, 2007a; GIOVANELLA, 2008).

O SUS é um processo em construção contínua, que abrange ações desde a macro política e a macro economia mundial, até a esfera das micropolíticas do fazer cotidiano. E isto implica, justamente, no processo de reorientação e reorganização do sistema para atender às necessidades da sociedade resolutamente (CAMPOS, 2007a). A consolidação diária do SUS sob a lógica da Saúde Coletiva age em prol da potencialização social.

É neste contexto que a Psicologia se insere na atualidade do campo da saúde no Brasil e desenvolve suas ações no âmbito de sua profissão. Mas estão os psicólogos realizando sua práxis sob esta perspectiva, de autonomia e potencialização da coletividade? E ainda, estão, aqueles que se encontram imersos nesta realidade, realmente preparados para promover este tipo de cuidado à saúde de sua **clientela**? E mais... E quando este cuidado é para aqueles que têm transtorno mental? Estão os psicólogos conseguindo lidar com tamanha complexidade? E agora o que fazer?

2.4 UM OLHAR CRÍTICO SOBRE A ATUAÇÃO *PSI* NA CONTEMPORANEIDADE E NA SAÚDE MENTAL

Como já apontado anteriormente, a clínica psicológica atravessou um imenso percurso, apesar de recente como categoria profissional, até os dias atuais, com polissemia teórica e formas de atuar distintas, de acordo com a concepção de homem e de mundo característica de cada período histórico (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

No Brasil a inserção da Psicologia na saúde mental ocorreu quando o modelo hospitalocêntrico psiquiátrico estava em crise. Esta entrada dos psicólogos na saúde pública aconteceu no momento no qual o modelo médico-assistencial-privatista era

hegemônico e exclusivo, porém já apresentava suas fragilidades estruturais. Em meados da década de 1980, oficializa-se a imersão da Psicologia nas Unidades de Saúde pela via de programas que objetivavam o atendimento integral aos cidadãos e a criação das equipes multiprofissionais de saúde (DIMENSTEIN, 1998). Podem-se evidenciar os sinais das implicações dos princípios do SUS, norteando novo fazeres.

As novas demandas pela responsabilidade social, pelo compromisso ético da atuação da Psicologia, fazem com que os psicólogos comecem a se questionar sobre seus referenciais teóricos, seus modelos assistenciais, sua adequação ao SUS. Contudo, no primeiro momento de sua inserção, o que ocorreu foi a transposição do modelo clínico tradicional como prática cotidiana na saúde pública, sem que se fosse feita uma reflexão mais ética sobre a questão do compromisso com a promoção de saúde da população a partir de suas necessidades e prioridades (DIMENSTEIN, 2001).

Dimenstein (2001) afirma que em sua atuação, para que possa se tornar efetiva e realmente estar mais comprometida com o social, o profissional de Psicologia deve se introduzir no planejamento e na execução de ações coletivas, levando em conta os problemas de saúde trazidos pela população, ou seja, atender às necessidades e prioridades da população adstrita (ANDRADE, 2007; DEIMENSTEIN, 2001; SILVA, 1992). E, a partir de seu saber, promover a constituição de grupos-sujeitos, para que se instituem processos de promoção da própria saúde, em que as pessoas participem se discutindo como sujeitos imersos num contexto social-econômico-político-histórico, com potencialidade, autonomia e exercendo a cidadania plena.

Uma das principais dificuldades apontadas por diversos autores, que se debruçam em descortinar a problemática sobre esta temática, encontra-se na questão da formação acadêmica do profissional cujo enfoque que prevalece ainda é o modelo hegemônico que prioriza práticas tradicionais da clínica (ANDRADE, 2007; DIMENSTEIN, 2001; SPINK et al., 2010). Uma saída possível seria uma formação voltada para as práticas coletivas e intervenções psicossociais, pelo viés da construção epistemológica da Psicologia Institucional, pois poderia capacitar o psicólogo diferencialmente para a prática de apoio matricial, ou seja, trabalho em equipe e entre equipes que compartilham seu saber e constroem conjuntamente saídas frente aos problemas a enfrentar no território (FERREIRA NETO, 2008).

Todavia, ainda que grande parte dos textos apontem as dificuldades que os psicólogos têm encontrado, ainda, ao atuar no SUS, outros autores apontam para movimentos de avanços, e já verificam novos modos de fazer *Psi*, a exemplo de Campos (2007b) e Lancetti (2009). Andrade (2007) enfatiza que,

A primeira impressão é de que nada mudou na configuração de forças hegemônicas na atenção à saúde. Entretanto, as análises precisam situar essa re-produção no embate mais amplo de forças, em que o próprio contexto (público) já traz um deslocamento (desalojamento) das práticas de consultório (ANDRADE, 2007, p. 6).

A partir da imersão do psicólogo na Saúde Coletiva e nos serviços substitutivos da atenção a saúde mental no SUS, introduz-se uma nova concepção de clínica e novas possibilidades de atuar numa clínica ampliada (FERREIRA NETO, 2008).

A possibilidade da clínica ampliada ocorre a partir da superação do olhar médico que objetifica o sujeito na ontologia da doença, da superação da fragmentação do processo de trabalho em saúde, da alienação ao tecnicismo biologista (CAMPOS, 2007b) e centra-se no eixo da “[...] reconstituição de Vínculos entre Clínico de Referência e sua clientela” (CAMPOS, 2007b, p. 63).

A discussão sobre a dificuldade dos profissionais da Psicologia atuarem num contexto coletivo e, no caso deste presente trabalho, na Saúde Mental, passa também pela questão das ações em equipes, que parecem ser o grande desafio para o psicólogo que se encontra imerso na saúde coletiva (ANDRADE, 2007).

Trabalhar para uma construção do que pode surgir do inesperado, de ações criativas e éticas, sem predomínio das formas pré-estabelecidas ou sem estar numa posição de poder/saber que legitima práticas prescritivas e o fixam num lugar de identificação com o modelo biomédico, parece causar uma angústia, quiçá sofrimento, frente à sensação de impotência por não poder comandar a vida do outro que o busca na demanda da ajuda para resolução de seus problemas. Ao contrário, os psicólogos.

[...] poderiam utilizar os seus saberes na afirmação da alteridade ou da potência singular a todo ser vivo, produzindo composição de ação, de liberdade e de alegria: produzindo Saúde (ANDRADE, 2007, p. 4).

A maioria das pesquisas sobre a atuação do psicólogo na saúde coletiva e na saúde mental aponta para a necessidade de uma atuação mais autêntica, conduzida pelos afetos, fortalecida no que concerne à autonomia profissional, no sentido deste se sentirem e estarem potencializados frente às demandas que se apresentam, de se

apropriarem do arcabouço teórico do conhecimento para, a partir do já conhecido e acumulado em interlocução com os saberes do território, dos sujeitos e dos encontros que produzem novas formulações, construir novos saberes e modos criativos, inventivos de atuar na realidade concreta, que é multideterminada e complexa, fundamentados numa posição ética e política, profissional e pessoal (DIMENSTEIN, 2001; LANCETTI, 2009).

Tal autonomia, segundo Andrade (2007), não é algo que possa ser concedida ou promovida, é algo que advém da conquista, pela participação de trocas no cotidiano, que implica em produção de outros modos de subjetivação e de conceber/viver a vida articulada ética/política/socialmente (ANDRADE, 2007). Assim, sob a lógica da nova realidade contemporânea emerge a necessidade de se construir uma práxis psicológica que vá de encontro com a prática biomédica hegemônica, uma necessidade de mudança que promova uma nova cultura sobre a loucura. Trata-se de um posicionamento ético no cotidiano de atuação que implica em infligir pequenas, contínuas e persistentes rachaduras onde a cronicidade e cristalização já imperam há muito.

2.5 O PSICÓLOGO E O FAZER *PSI* NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos/estratégias de cuidados conquistados a partir do processo de redemocratização brasileira, dos movimentos sociais, da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2013a). Assim, com a constituição de uma Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS), Portaria nº 3.088/MS de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), foi possível redirecionar toda a lógica de cuidado da saúde brasileira, especialmente a saúde mental, numa constante superação do modelo biomédico asilar rumo à atenção psicossocial.

Seu objetivo é o de garantir a articulação e a integração dos vários pontos da rede de saúde, do SUS, no território e qualificar o cuidado à saúde por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (BRASIL, 2011).

A reforma psiquiátrica no Brasil teve como grande referência a proposta de Franco Basaglia, da reforma psiquiátrica democrática italiana, colocando a doença entre

parênteses e ocupando-se do sujeito concreto e sua condição existencial (AMARANTE, 2013b) estando ele em sofrimento ou não.

Amarante (2015) esclarece que nesta perspectiva basagliana, a reforma psiquiátrica resulta em um processo social complexo que envolve diversas ações de mudança que aconteceram, e que ainda continuam em movimento atualmente, devendo abranger quatro dimensões, a saber: a dimensão epistemológica, a dimensão técnico-assistencial, a dimensão jurídico-político e a dimensão sociocultural.

Na dimensão epistemológica, Amarante (2015) aponta como sendo a construção do conhecimento que embasa e legitima o saber/fazer dos diversos campos de conhecimento que lidam com a loucura. Nesta cabe diferenciar as propostas/objetivos de desinstitucionalização entendido com “[...] um processo de desmontagem: de fazer o caminho ao inverso para entender e capturar a lógica com a qual os saberes foram construídos e, assim (se possível) não reproduzi-lo mais” (AMARANTE, 2015, p. 113), e desospitalização, como a mera retirada do ambiente do manicômio (AMARANTE, 2013a; SALES; DIMENSTEIN, 2009).

Vale ressaltar ainda, que a desospitalização e a desinstitucionalização são conceitos distintos e que este último trata-se da proposta da reforma psiquiátrica brasileira que tem seus fundamentos na reforma psiquiátrica democrática basagliana, salientando que a “[...] desinstitucionalização abrange também ações de desospitalização, entretanto, não se reduz a estas” (SALES; DIMENSTEIN, 2009, p. 818).

De todo modo, é necessário explicar que:

[...] a “negação da instituição” não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 44).

A dimensão técnico-assistencial se refere ao campo da atenção e cuidado, estando diretamente ligada às ações e serviços voltados à assistência ao sujeito. A dimensão jurídico-político origina-se desde quando a Psiquiatria relacionou à loucura noções de “[...] periculosidade, irracionalidade, incapacidade e irresponsabilidade civil” (AMARANTE, 2015, p. 116). Isto implica, necessariamente, em ter que se discutir e reconstruir novas relações sociais/civis de cidadania e direitos humanos/sociais aos sujeitos considerados loucos (AMARANTE, 2015).

E por último a dimensão sociocultural, que segundo o autor, trata-se do objetivo maior da reforma psiquiátrica brasileira, pois requer, obrigatoriamente, a transformação do lugar social da loucura (AMARANTE, 2015). É nesta dimensão que se conseguirá ou não a construção de uma sociedade que acolha a diferença e que respeite e conviva com os diferentes modos de ser, inclusive não apenas no que se refere à loucura. Apenas com mudanças nesta dimensão se podem chegar ao objetivo do cuidado em liberdade, lema da reforma que mostra que não se trata de ignorar o sofrimento nem a necessidade de atenção, mas sim de recusar a relação instituída e tão naturalmente aceita de que o cuidado nas situações de loucura deve vir associado ao isolamento.

Nesta perspectiva, os CAPS foram criados como serviço substitutivo em resposta para as internações em hospitais psiquiátricos. São, assim, considerados dispositivos estratégicos e essenciais à desinstitucionalização visada pelo movimento de reforma psiquiátrica brasileira. Com a lógica de funcionamento da atenção diária, para promover, sem segregar, a inserção social do usuário dos serviços, suas ações estão direcionadas ao território, à intersectorialidade e a provocação de mudanças no campo mesmo da saúde. Os CAPS devem desenvolver estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas relacionados ao sofrimento decorrente dos atualmente chamados transtornos mentais, trabalhando na lógica da clínica ampliada que toma a si a responsabilização por lidar também com as implicações na vida dos sujeitos, familiares e comunidades (BRASIL, 2004).

Os CAPS foram instituídos pela Portaria/SNAS nº 224 de 24 de janeiro de 1992¹, Portaria nº 189 de 19 de novembro de 1991², e reestruturados pela Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002³, Portaria nº 189 de 20 de março de 2002⁴, que estabeleceram várias modalidades de CAPS. Cujas funções primordiais são ofertar,

[...] **cuidado personalizado aos pacientes**, com a complexidade que cada caso requer, por períodos tão longos quanto o tipo da evolução de sua doença exigisse e sem afastá-los da família e da comunidade (GOLDBERG, 1998, p. 12, grifo nosso).

¹ Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental (BRASIL, 1994b);

² Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos) (BRASIL, 1994a);

³ Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II (BRASIL, 1994c);

⁴ Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS os procedimentos de Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2002).

Vê-se na fala de Goldberg (1998) a ênfase na proposta do cuidado em liberdade, na recusa ao isolamento como princípio e prática de **cuidado**, aspectos essenciais da desinstitucionalização almejada pela reforma psiquiátrica brasileira. É nesse sentido que os CAPS são considerados serviços estratégicos, pois no seu papel de cuidar têm a tarefa de promover a interlocução entre os sujeitos que sofrem e buscam o cuidado, suas famílias, sua comunidade, também com os demais serviços de saúde e organizações de outros setores que precisam ser mobilizados na atenção ao sujeito.

Neste âmbito já é possível vislumbrar a amplitude de possibilidades que os CAPS têm de promover mudanças, de abrir brechas e de se fazer parceiro para a construção de novos modos de vida e de relação social com a loucura. Além disso, em suas diferentes modalidades, deve oferecer atenção integral, em todos os momentos em que o sujeito necessite, não se deixando compactuar nem com a desassistência, comum nas reformas que se limitam a mudanças assistenciais, nem com a naturalização do caminho de exclusão em nome do suposto cuidado que é o que se vê nas instituições manicomiais.

Como os campos de pesquisa do trabalho foram nos CAPS II e III do município de Vitória no estado do Espírito Santo, vale a pena fazer uma caracterização sucinta deles, uma vez que ambos se distinguem quanto ao tipo de atendimento que ofertam ao seu público. O CAPS II funciona durante o período diurno, das oito horas às dezoito horas, podendo se estender até as vinte e uma horas, semanalmente de segunda-feira à sexta-feira em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes (BRASIL, 1994c). Já o CAPS III funciona 24 horas, diariamente, incluindo feriados e finais de semanas, em municípios com população superior a 200.000 habitantes (BRASIL, 1994c). Estes oferecem leitos para acolhimento às crises, que, “Ao contrário dos hospitais psiquiátricos são leitos em salas abertas, com bastante possibilidade de acompanhamento das pessoas por todo período em que elas estiverem internadas” (AMARANTE, 2013b, p. 86).

Estes serviços têm base territorial e devem buscar desenvolver e ampliar as relações com os recursos existentes na comunidade a qual pertence, buscando ampliar a inserção dos seus usuários no território e ofertando a possibilidade de construção de um projeto de vida, ampliando as possibilidades de sua expressão e sentimentos (AMARANTE, 2013b).

Os fundamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira se amparam em algumas diretrizes que, no campo da legislação, estão garantidas na Lei nº 10. 216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), dentre elas a que todos os direitos de cidadãos são assegurados às pessoas em sofrimento psíquico, assim como dispõe a Constituição brasileira de 1988, o direito à saúde com acesso irrestrito às ações e serviços na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Entendendo que,

A defesa do direito à liberdade e a cidade para [as pessoas em] [...] sofrimento mental, reconhece a exclusão de que eles foram e ainda são vítimas e reclama o seu direito por cidadania por compreender que esta é uma condição preliminar para a clínica (SILVA, 2010, p. 147).

Tendo em vista todo este processo constitutivo dos cuidados à saúde mental dentro da concepção de apoio/integralidade em rede psicossocial que perpassam várias esferas, é que se pode apreender a amplitude da inserção da Psicologia, como campo de saber, dentro do circuito do SUS e dos serviços de atenção psicossocial. É apenas quando o psicólogo se depara com a realidade da,

[...] existência-sofrimento do sujeito na sua relação com o corpo social [que se constitui] [...] ações orientadas para a finalidade da emancipação e comprometidas com a criação de possibilidades de produção da vida e participação e convivência social (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 83).

Contudo, diante de toda a história da constituição das teorias/práticas psicológicas, há de se fazer uma reflexão sobre o papel/função das ações deste na atenção psicossocial. E o diagnóstico é um ponto relevante de análise, pois este carrega intrinsecamente, uma prevalência da lógica científica da normalidade, representando uma conclusão atomizada e imutável da condição do sujeito, apontando para a previsão de seu destino (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). O Conselho Federal de Psicologia, em 2013, lançou um caderno de referências técnicas sobre a atuação do psicólogo nos CAPS, fazendo justamente uma leitura ética das práticas deste profissional inserido no SUS, no intuito de contextualizar e esclarecer o que seria a práxis *Psi* imersa na assistência à saúde mental.

Neste material, o CFP adverte que a clínica *Psi* na saúde mental não se restringe ao diagnóstico como descrito acima, devendo se apresentar com uma orientação ao profissional num percurso a se construir na ontologia do sujeito, ou seja, na construção de possibilidades frente às limitações concretas, em parceria com o

sujeito, de uma nova trajetória existencial (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Portanto, do ponto de vista do diagnóstico, das teorias e das referências de projetos de intervenção para a prática dos psicólogos nos CAPS, devemos nos orientar sempre pela indagação acerca de que a servem os recursos utilizados e se eles estão a serviço da atenção psicossocial orientada pelos princípios da reforma psiquiátrica antimanicomial (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 88).

Trata-se de uma clínica orientada pelas diretrizes da atenção psicossocial que tem algumas atividades normativas como: acolhimento, atendimento compartilhado, constituição do Projeto Terapêutico Singular, discussão de casos em equipe, atendimento às crises, grupos e oficinas, atividades dirigidas diretamente à reinserção social, psicoterapias, entre outras. Mas, além disso, também significa uma construção criativa de estratégias que aproximem os serviços dos usuários com práticas inovadoras cujo critério norteador é a produção de respostas diante da concretude da realidade. Ou seja, “[...] as práticas serão tanto mais exitosas quanto mais responderem às exigências e desafios de cada contexto” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 87).

Sales e Dimenstein (2009) mostram que uma atuação inovadora passa pelos afetos/paixões e que isto mobiliza forças para a “[...] construção de estratégias geradoras de novidade” (SALES; DIMENSTEIN, 2009, p. 823). Apontam que os técnicos que atuam no CAPS, então também os psicólogos, favoreçam encontros alegres e geradores de potências transformadoras (SALES; DIMENSTEIN, 2009), pois isto implica em diminuição do sofrimento e ampliação das vivências existenciais que ultrapassam os muros físicos - e mentais - dos serviços de apoio às pessoas em sofrimento psíquico.

Estes autores deixam claro, ainda que “o trabalho na via da desinstitucionalização da loucura, no sentido posto pela psiquiatria democrática italiana, pretende modificar a forma como lidamos cotidianamente com a diferença, com aquilo que não cabe dentro da norma, do instituído” (SALES; DIMENSTEIN, 2009, p. 826), sendo esta descrição bastante rica nas possibilidades de se pensar como tem sido o trabalho dos psicólogos nos CAPS do Brasil, e aqui, especificamente dos CAPS de Vitória.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A presente pesquisa teve como foco a investigação relacionada à atuação dos psicólogos nos CAPS no município de Vitória, buscando analisar o quanto esta prática se encontra alinhada, ou não, com os princípios fundamentais do SUS, da Saúde Coletiva e da Reforma Psiquiátrica.

Segundo a sua finalidade, foi uma pesquisa aplicada abrangendo e articulando as áreas da Psicologia, da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, visando a aquisição de conhecimentos que posteriormente possam contribuir na situação específica a qual o estudo se destinou (GIL, 2010).

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, abordagem que, segundo Minayo (2014), melhor se conforma para os estudos de segmentos específicos cuja história pode ser apreendida pelos atores a partir das suas relações, pois,

[...] que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam (MINAYO, 2014, p. 57).

Ainda seguindo Minayo (2014, p. 196), na pesquisa qualitativa “[...] o pesquisador deve se preocupar menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão [...]”.

Já quanto aos objetivos gerais, foi uma pesquisa exploratória de cunho crítico que visou “[...] proporcionar maior familiaridade com o problema [...], para [...] torná-lo mais explícito [...]” (GIL, 2010, p. 27).

Quanto aos métodos empregados, caracterizou-se como um de estudo de campo. Segundo Gil (2010), os estudos de campo: “[...] procuram muito mais o aprofundamento das questões propostas [...]” (GIL, 2011, p. 57) e permitem um planejamento que possui maior flexibilidade e por isto pode se desenvolver mesmo com a possibilidade de que seus objetivos pudessem mudar ao longo da pesquisa (GIL, 2011).

Minayo (2014), a partir de sua experiência como pesquisadora social, aponta “[...] que em todas as investigações da área de saúde coletiva é possível juntar

consistência teórica e relevância social [...]” (MINAYO, 2014, p. 52), o que se espera ter sido atingido na presente pesquisa.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

Esta pesquisa teve como campo o setor de saúde mental do município de Vitória, especificamente os serviços Centros de Atenção Psicossocial - CAPS II e III da rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória - local onde foi realizada a coleta de dados.

Estes serviços estão localizados nos bairros de Bento Ferreira e São Pedro. O CAPS II, localizado no bairro de Bento Ferreira, tem como característica o atendimento diário a adultos que sofrem em decorrência dos chamados transtornos mentais graves, funcionando nos dias úteis no horário de 7 horas às 19 horas. O CAPS III, localizado no bairro São Pedro, atende ao mesmo público, porém funciona integralmente, nos sete dias da semana, e oferece a modalidade de acolhimento noturno.

Os CAPS foram uma importante fonte de informação e podem ser definidos como um lugar de referência para pessoas que sofrem com transtornos mentais, sendo um importante *locus* de atuação do psicólogo, alvo principal desta pesquisa. Eles têm como objetivo oferecer:

[...] atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004, p. 13).

O CAPS desenvolve o cuidado ao usuário de forma integrada com os outros serviços, a saber, a Unidade Básica de Saúde, os serviços de assistência social, a Estratégia de Saúde da Família, entre outros que tenham alguma relação como a condição do usuário e possam trazer benefícios que promovam seu bem-estar e potencializem sua autonomia frente sua condição de sofrimento (BRASIL, 2004).

Estes serviços funcionam sob a lógica da Clínica Ampliada, modo de atuação preconizada pela reforma psiquiátrica, pela atenção psicossocial e pela Saúde Coletiva. Essa prática dá a possibilidade de se ultrapassar a estrutura física do local, buscando sempre a inserção/integração com o território e a comunidade e, fundamentalmente, fornece sustentáculo para a formação de uma rede de suporte

social, “[...] preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana” (BRASIL, 2004, p. 14).

3.3 PARTICIPANTES

A amostragem do estudo aconteceu pela acessibilidade ou por conveniência, modo no qual, segundo Gil (2011, p. 94), o próprio “[...] pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo” pesquisado.

Participaram da pesquisa seis psicólogas que, à época da coleta de dados, trabalhavam em um dos dois CAPS do município de Vitória voltados para o atendimento de transtornos mentais de adultos. A idade média das participantes foi de 38 anos e 4 meses, tendo a mais velha 59 anos e a mais jovem 25 anos. Cinco das participantes são efetivas no cargo e possuem o vínculo de estatutárias, e apenas é vinculada ao município na forma de contrato temporário. Cinco das profissionais têm a carga horária de trabalho de 40 horas/semanais e uma de 30 horas/semanais. O tempo médio de vínculo com CAPS é de 1 ano e 10 meses.

No que se refere à quantidade de participantes, esta abrangeu a quase totalidade dos psicólogos dos dois serviços que foram campo desta pesquisa, sendo que apenas um dos profissionais da categoria não teve disponibilidade para participar da mesma. Assim, esta amostra pode ser considerada relevante e adequada aos propósitos do estudo visto que numa pesquisa qualitativa, o critério primordial não é o quantitativo, mas sim aquele que “[...] reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto [...]” que se pretendeu estudar (MINAYO, 2014, p. 197).

Para fins de identificação e visando manter o compromisso ético do sigilo da identidade dos sujeitos da pesquisa, utilizou-se a seguinte nomenclatura para apresentação da fala dos entrevistados: Entrevistada 1 (E1), entrevistada 2 (E2), e sim por diante até a sexta e última entrevistada (E6), totalizando 06 sujeitos de pesquisa.

3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista definida como “[...] a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação” (GIL, 2011, p. 107).

No que se refere ao seu tipo, a entrevista utilizada foi a entrevista por pauta (GIL, 2011) ou semiestruturada, pois se entendeu tratar da que melhor atenderia às necessidades da presente pesquisa visto que esta permite certa estruturação relativa aos procedimentos de coleta de dados, mas também permite uma condução mais flexível que garanta a espontaneidade do processo (GIL, 2011), podendo ser guiada de acordo com o interesse do pesquisador e com o estilo do entrevistado ao longo de seu curso.

Segundo Gil (2011), as pautas, ou assuntos abordados, devem guardar uma relação entre si e ao mesmo tempo atenda aos objetivos da pesquisa. Ela se caracteriza pelo entrevistador realizar “[...] poucas perguntas diretas e deixa o entrevistado falar livremente à medida que refere às pautas assinaladas” (GIL, 2011, p. 112).

Tal instrumento é o mais utilizado como técnica de coleta nas pesquisas no âmbito da Psicologia, e devido a sua característica de flexibilidade, possibilita aos profissionais que atuam frente aos problemas humanos, apreender uma amplitude maior de informações que, talvez, outros instrumentos de coletas não fornecessem como, por exemplos os gestos, a postura corporal, a entonação da voz e suas nuances enquanto o entrevistado está falando sobre determinados assuntos, possibilitando ao entrevistador aferir o comportamento do participante durante a entrevista (GIL, 2011).

A entrevista semiestruturada permitiu suscitar questionamentos ao investigado diante de seu posicionamento profissional no que se refere a sua atuação, garantindo o caráter de interação e por isto mesmo pode ser pensada como um modo de intervenção, já que houve a possibilidade do entrevistado refletir sobre os pontos que lhe são colocados (GIL, 2011).

Anteriormente à coleta dos dados, aplicou-se uma entrevista piloto num profissional com as mesmas características dos participantes desta pesquisa, com a intenção de

verificar se o roteiro estava claro e atendia ao objetivo da pesquisa. O roteiro da entrevista (APÊNDICE A) consta de nove perguntas que se dividem em cinco temas para atender a problematização do estudo, a saber: como está acontecendo a formação acadêmica do psicólogo que atua na saúde mental; como está ocorrendo a inserção deste profissional no contexto da saúde mental; se as práticas utilizadas pelos psicólogos em sua atuação nos CAPS estão alinhadas com as diretrizes do SUS, da Saúde Coletiva e da Reforma Psiquiátrica brasileira; quais as implicações da escolha de uma abordagem psicológica na atuação do psicólogo dentro do CAPS e, por fim, quais os impactos desta atuação tanto para o profissional, como para serviço substitutivo ao qual está inserido.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no horário que cada profissional disponibilizou para contribuir com a presente pesquisa e em ambiente reservado, em uma sala disponível dentro dos próprios CAPS II e III, onde as entrevistadas puderam se sentir mais à vontade e contribuíram de forma mais genuína com a pesquisa. A média de duração das entrevistas foi de aproximadamente quarenta e cinco minutos. Todas as entrevistas foram registradas por meio do recurso de gravador digital com vistas à análise posterior, e no intuito de “[...] preservar o conteúdo da entrevista” (GIL, 2011, p. 119) o máximo possível para uma apreciação mais fidedigna da problemática da investigação.

Tais procedimentos foram arranjados mediante apresentação e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE- APÊNDICE B), e aceitação do registro das informações via gravador por parte do entrevistado, uma vez que tal registro sem este procedimento configura “[...] infração ética injustificável” (GIL, 2011, p. 119) e poderia comprometer a credibilidade de todas as etapas da pesquisa.

3.5 QUESTÕES ÉTICAS E ANÁLISES DE RISCOS DA PESQUISA

Para a realização da presente pesquisa foram observadas todas as determinações da Resolução Nº 466/2012/CNS/MS/CONEP, que versa sobre pesquisas e testes em seres humanos, publicada em 13 de junho de 2013 no Diário Oficial da União. A resolução foi aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na 240ª Reunião Ordinária em dezembro de 2012 e revoga a Resolução Nº 196/96, para o campo da saúde:

[...] Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. [...] Ressalta-se, ainda, que cada área temática de investigação e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os princípios emanados deste texto, devem cumprir com as exigências setoriais e regulamentações específicas. [...] Toda pesquisa com seres humanos envolve risco com graus variados. O dano eventual pode ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade. A tipificação do risco nas diferentes metodologias de pesquisa será definida em norma própria, pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012, p. 59-60).

No que diz respeito aos riscos da pesquisa, a mesma não apresentou riscos de nenhuma ordem aos entrevistados, tendo em vista não ter se tratado de pesquisa experimental que realizasse qualquer manipulação laboratorial, ou operacionalizasse atividades que trariam algum risco de vida ou à integridade da saúde dos participantes (BRASIL, 2012).

A todos os participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE B), documento que informa e esclarece aos participantes as implicações éticas da pesquisa, normatizando que suas identidades serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo pesquisador como pela instituição responsável pela pesquisa, assim como, o caráter voluntário da participação e a possibilidade de desistência a qualquer tempo. Após esclarecimentos sobre o conteúdo do mesmo, todos assinaram o TCLE, como exigido pela Resolução Nº 466/2012.

Foram seguidas, ainda, as exigências dispostas pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da ISJB - Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo e, por se tratar de uma pesquisa que envolveu uma instituição pública de saúde, a realização desta também implicou na necessidade de submeter o projeto à aprovação prévia da comissão responsável pelas atividades de pesquisa da Escola Técnica do SUS de Vitória (ETSUS), escola de saúde pública que visa o aperfeiçoamento e a formação permanente do profissional da área de saúde que trabalha dentro do SUS.

3.6 INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise e a interpretação dos dados se deram a partir do procedimento da análise temática de conteúdo, justamente por ela proporcionar a produção de inferências e a

[...] comparação de dados, obtidos mediante discursos e símbolos, com os pressupostos teóricos de diferentes concepções de mundo, de indivíduos e de sociedade. Situação concreta que se expressa a partir das condições da práxis de seus produtores e receptores acrescida do momento histórico/social da produção e/ou recepção [...] (FRANCO, 2003b, p. 27).

Assentando-se “[...] nos pressupostos de uma concepção crítica e dinâmica da linguagem” (FRANCO, 2003a, p. 14) e requerendo “[...] que as descobertas tenham relevância teórica” (FRANCO, 2003a, p. 16). Ou seja, “[...] um dado sobre o conteúdo de uma mensagem deve [...] estar relacionado [...] a outro dado [...], este tipo de relação deve ser representado por alguma forma de teoria [...]” (FRANCO, 2003a, p. 16), que no caso foi a partir das diretrizes do SUS, Saúde Coletiva e Reforma Psiquiátrica.

Nesta mesma linha, Bardin (2004) aponta para os principais objetivos da análise do conteúdo, que são o enriquecimento da leitura ao aprofundar a compreensão do significado do assunto investigado e o avanço a partir dos limites e das dúvidas sobre o objeto de estudo. Para a autora, diante disto a pesquisa assume suas características de validade e generalização, ampliando assim sua pertinência para realização de inferências que foram delas originadas (BARDIN, 2004).

Trabalhou-se a análise e interpretação dos dados a partir do campo de saber/prática da Saúde Coletiva que encontra suas bases na inter e transdisciplinaridade, ampliando o entendimento do seu objeto de intervenção, e considera a saúde dentro de um processo de historicidade, principalmente sobre as questões das populações historicamente excluídas da atenção à saúde, admitindo-se que existem entraves que devem ser superados, entre eles, o modelo hospitalocêntrico (SPINK; MATTA, 2010).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

4.1 RESULTADOS

Após a análise das entrevistas foi possível identificar alguns pontos acerca da problemática proposta na presente pesquisa, a partir dos questionamentos emergidos com as perguntas do roteiro de entrevista.

Sobre o perfil das entrevistadas, todas as participantes realizaram seus cursos de graduação em instituição de ensino superior pública, no estado do Espírito Santo. Destaca-se, também, que todas eram do sexo feminino, com idade média de 38 anos, tendo a mais velha 59 anos e a mais jovem 25 anos. No que se refere ao tempo de vinculação no serviço das profissionais entrevistadas, este teve variação entre 11 meses e 5 anos de trabalho no CAPS, com o tempo médio de vinculação de 1 ano e 10 meses.

No que se refere ao tipo de vínculo de trabalho, cinco das entrevistadas ingressaram no serviço por meio de concurso público e possuíam a condição de estatutárias e apenas uma era contratada em regime de prestação de serviço temporário para atuar por um ano no CAPS e possibilidade de renovação por mais um ano, tendo ingressado no serviço por processo de seleção simplificada. Já ao relativo à carga horária de trabalho, cinco possuíam uma jornada de 40 horas semanais e uma de 30 horas semanais.

Este perfil corresponde em parte com os achados da pesquisa realizada por Spink et al. (2010) em pesquisa nacional em que foi analisado o perfil e a atuação dos psicólogos do SUS no ano de 2006. A pesquisa citada demonstrou que a maioria dos profissionais de Psicologia, que se encontram na área da Saúde Pública no Brasil é do sexo feminino e que ingressou na saúde pública, por meio de concurso público, tendo o vínculo de estatutárias.

Como discrepantes aparecem os dados relativos à faixa etária que na atual pesquisa ficou um pouco abaixo do perfil encontrado no estudo de Spink et al. (2010) que foi entre 41 a 45 anos (SPINK et al., 2010), além dos dados relativos à carga horária de trabalho que na pesquisa da Spink variou entre 11 e 20 horas semanais, o que se

explica pelo fato daquela pesquisa ter lidado com profissionais de serviços variados, inclusive cargos de gestão e serviços contratados.

Ainda quanto ao perfil das entrevistadas, destaca-se um ponto que coincide com a pesquisa realizada por Sales e Dimenstein (2009) em CAPS II e CAPS ad na cidade de Natal: todos os profissionais tanto da presente pesquisa quanto na dos autores citados tiveram formação nas Universidades públicas. Porém, este é um dado que não foi foco de maior investigação neste estudo.

4.1.1 Motivações e sentimentos quanto ao trabalho com a saúde mental

Buscando informações sobre as motivações, motivo de ingresso no serviço, o que sentem e qual a relação das profissionais com o trabalho no CAPS, foi perguntado sobre se havia por parte das entrevistadas interesse prévio em trabalhar com saúde mental, e ainda se as participantes tinham algum conhecimento anterior da atuação do psicólogo na saúde mental.

Quatro participantes, E1, E3, E5 e E6, responderam que não tinham interesse imediato em trabalhar com a saúde mental, não possuíam conhecimento prévio sobre esta área, nem procuraram informação ou contato com a mesma durante a sua graduação/formação.

Duas, E2 e E4, responderam que o interesse em atuar com a saúde mental surgiu ainda na graduação, antes de finalizarem o curso de Psicologia. Ambas relataram ter tido interesse pela busca de construir um saber acerca da saúde mental durante o curso de graduação, embora estes movimentos tenham acontecido de modo singular para cada participante, sendo que uma delas procurou atuação em hospital para ter contato e experiência e outra buscou atuação direta na saúde mental o que conseguiu pela via da participação em um projeto de extensão na área.

No que se refere às motivações e sentimentos das entrevistadas quanto ao trabalho com a saúde mental, a entrevistada E1 afirmou que se sentiu motivada por se tratar de um compromisso social, no sentido da obrigatoriedade de uma atuação voltada para o público, já que teve sua formação profissional numa universidade pública, “[...] pois os cidadãos estão pagando nosso ensino e o mínimo que a gente poderia retribuir para as pessoas era dar este retorno com a nossa atuação”.

A entrevistada E2 apontou como motivação o interesse na mudança na cultura sobre o entendimento do transtorno mental e para o suporte do cuidado destinado à pessoa em sofrimento psíquico. A entrevistada E3 alegou que seria pela motivação do próprio trabalho em si, ou seja, interesse em possuir uma atividade laboral em sua vida pessoal, e ainda o retorno afetivo deste e o sentimento de ajuda ao próximo.

A entrevistada E4 informou que é a clínica e a condução dos casos o que a motiva. A entrevistada E5 relatou ser “[...] pela [...] ideologia de trabalho, por acreditar mesmo”. Expôs que se identificou,

[...] rapidamente pelo trabalho, e ver as intervenções, as possibilidades de atuação, eu acho que isso é muito importante, é um trabalho muito importante, e que traz muito resultado, então eu gosto muito de trabalhar aqui. (E5)

E por último, a participante E6 disse que o desafio é o grande motivador de sua atuação na saúde mental e enunciou que tenta “[...] pensar assim, que existe essa realidade [referindo-se à saúde mental] e existe a Psicologia pra de alguma forma lidar com essa realidade, então eu vou encontrar uma forma, eu tento pensar assim”.

Todas as entrevistadas apresentam sentimentos tanto positivos quanto negativos com relação à sua inserção no CAPS e seu trabalho com a loucura. Um apontam para sentimentos positivos voltados para atuação direta com os usuários, como nos exemplos:

[...] tem de alguma forma um retorno, mesmo um retorno afetivo. [...] o paciente nos ensina muito, quando ele consegue elaborar um pouco de sua própria trajetória, e de sua própria história. E muitas vezes **é gratificante pelo próprio vínculo** (E1, grifo nosso).

[...] **é muito gratificante** porque a gente às vezes tem uma imagem do transtorno mental muito negativa, muito pesada e nós carregamos estes preconceitos, né? Querendo ou não a gente vê uma pessoa assim, diferente, a gente fica com medo, depois que você vem pra cá, a gente se questiona quem é doente e quem não é né? Porque de alguma forma nós todos temos uma limitação, e nós aprendemos muito com eles, mais do que eu tenho dado aqui, de minha profissão, de apoio, eu tenho aprendido mais com eles. Então tirou, desmistificou toda aquela imagem que eu tinha do transtorno mental. Você conversa com as pessoas aqui dentro, nossa elas são pessoas [...] (E3, grifo nosso).

Como também apontam sentimentos negativos nos quesitos relacionados aos entraves administrativos e burocráticos do serviço, e também na cultura manicomial de olhar para loucura, como destacado a seguir: “[...] tem sido um grande desafio, é um trabalho que é muito difícil. [...] há limitações que a gente vivencia no dia-a-dia

[...] A questão da escassez dos recursos financeiros tem impactado muito nos serviços [...]” (E5).

[...] a gente tem perspectiva, tem proposta, mas não consegue andar muito e isto me entristece e me cansa também, fazer com que o outro entenda, um **outro olhar da loucura**, fazer com que o outro entenda a clínica ampliada, a clínica psicossocial, não é fácil, não. Desconstruir uma lógica manicomial já de tantos anos que ainda tem na maioria das pessoas que nem todo mundo estuda isto, nem todo mundo discute sobre isto, nem todo mundo percebe isto [...] (E2, grifo nosso).

[...] é um desafio todos os dias, [...] São algumas coisas que a gente esbarra, e que às vezes angustiam, e que a gente vai lidando com isso [...] vai fazendo o trabalho, mas tem a questão social e familiar, é bem complicado [...] (E6).

4.1.2 A formação em Psicologia para atuar na saúde mental

Observou-se que todas as entrevistadas informaram que não receberam formação específica, nem ofertada pelo serviço, nem pelo curso de formação em Psicologia, para trabalhar com a saúde mental, embora três tenham respondido que fizeram, durante sua graduação, em um estágio obrigatório, estudo específico e supervisionado por uma docente, sendo um na Saúde Coletiva e outros dois na Saúde Mental. Verificou-se também que quem buscou informar-se sobre a atuação no campo da saúde mental o fez pela motivação intrínseca, ou seja, tratou-se de uma busca pessoal pelo conhecimento sobre a loucura.

No que diz respeito ao questionamento sobre se considera que a graduação foi suficiente no preparo para atuar com a saúde mental, todas as entrevistadas informaram que não.

Todavia, a metade das participantes desta pesquisa confirmou que o curso de Psicologia forneceu a base para sua atuação dentro deste contexto, inclusive uma apontou que o curso foi essencial para o fornecimento de uma consciência ética acerca da atuação para promoção da saúde. Duas entrevistadas apontaram que é a graduação de psicologia um curso generalista e que a procura por uma área específica de atuação do psicólogo acontece de modo individual e singularmente para cada um.

Apontaram ainda que não dá para abarcar todos os conteúdos epistemológicos, e todas as possibilidades de estratégias para atuar nos campos de inserção do psicólogo de forma aprofundada durante a graduação.

Tendo em vista este fato, identificou-se que as duas profissionais que tiveram a intenção em atuar no campo da saúde mental desde a época de graduação, foram as que posteriormente procuraram cursos de Pós-graduação *strito e/ou lato sensu*, e outras modalidades de formação na área da saúde pública voltados para atuar com a saúde mental, sendo que uma fez mestrado e a segunda fez especialização clínica.

Em equivalência, as profissionais que não tinham o interesse prévio em atuar neste campo, não investiram em cursos voltados para a capacitação em atuar no contexto da saúde mental e afirmaram que sua formação vem acontecendo dentro da própria vivência profissional, inclusive com discussão de casos com a equipe, com trocas de experiências com outros profissionais que estão mais tempo atuando com a saúde mental, e com estudos direcionados realizados com toda a equipe dos CAPS, como se pode verificar a seguir:

[...] algumas coisas não têm jeito, só quando você vai pra prática é que você pode visualizar, ter algumas percepções ou vai sacar algumas coisas, que antes de você ir para a atuação, antes de ter tido aquela experiência você não poderia entender (E1).

[...] tem profissionais que têm muito mais tempo de trabalho aqui dentro e que ajudam mais, [...] a prática te dá muita bagagem, eu acho que quando eu sair daqui eu vou ter muito mais experiência de que quando eu entrei (E3).

[...] a gente tem aqui dois espaços interessantes de discussão em equipe, uma mensal e uma diária, que a gente tem às 11:30h, de meia hora. E é nesses espaços que todos os profissionais colocam todas as oficinas, as outras atividades, e a gente tem a possibilidade de pontuar, de conversar (E5).

A gente tem estudado todas as quartas-feiras à tarde, depois da reunião de equipe [...]. Estamos estudando sozinhos, não veio ninguém. É estudar sozinhos, é discutir juntos, é construir juntos alguma coisa, um saber juntos (E6).

4.1.3 As implicações de uma abordagem teórica para lidar com a loucura

Já no que se refere à utilização de uma abordagem teórica específica, quatro entrevistadas relataram adotar uma abordagem teórica em psicologia como norteadora de sua prática com a saúde mental, sendo que destas, duas apontaram a Psicanálise, uma a abordagem Sistêmica Familiar e uma a Clínica da Diferença.

As outras duas entrevistadas disseram não utilizar uma abordagem específica por entenderem que o trabalho no campo da saúde mental deve ser baseado por outras

diretrizes/norteadores, apontando como referências epistemológicas a Saúde Coletiva e a Reforma Psiquiátrica. Estas profissionais disseram considerar que utilizar uma abordagem psicológica seria limitante no entendimento o fenômeno da loucura no contexto da saúde mental. De todo modo, é importante destacar que estas profissionais que responderam não ter uma abordagem teórica específica descreveram as balizas que utilizam como referência para seu trabalho frente aos usuários do serviço:

[...] contexto de atenção psicossocial. Eu me norteio [...] pela prática, mas acima de tudo eu acho que o que me norteia é a base do cuidado, da ética, de que acima de tudo é uma vida que está ali na sua frente. [...] eu acho que potencializa os atendimentos e os desafios é você poder compartilhar com outros colegas e pensar junto formas de intervenção (E1).

[...] eu acho que a gente tem que estar aqui mais aberto para o usuário, não posso me fechar numa teoria e [...], porque eu preciso atender a esse usuário [...]. Então eu preciso ficar o mais compatível possível, com a demanda dele. Eu sempre tento trabalhar numa vertente mais aberta [...]. [...] pensando na saúde coletiva, das questões sociais, a minha intervenção é sempre no protagonismo, pensando a autonomia (E5).

Para as entrevistadas que responderam afirmativamente quanto à utilização de uma abordagem teórica em sua atuação, perguntou-se quais as implicações dela em seu cotidiano de trabalho. Uma delas respondeu que utiliza os conhecimentos de sua abordagem como ferramentas para realizar intervenções, mas há a necessidade de uma flexibilização quanto a estas, uma vez que se trata de um campo muito complexo e se fechar numa abordagem se tornaria uma intervenção reducionista do modo de cuidar da loucura, como se vê a seguir:

[...] sempre utilizei a Psicanálise, mas sempre tive em mente que isso era uma ferramenta [...] Acho que a gente tem que estar muito aberto às outras ferramentas, sabendo que são ferramentas que podem ser usadas, que podem ser úteis [...]. Esquizofrenia não tem cura [...] E com as ferramentas que a gente tem [...] não dão conta disso [...] você não está pensando em cura, mas está pensando em bem-estar e minimamente em reabilitação psicossocial [...] (E6).

Uma disse que apesar de lançar mão de uma abordagem ela não é discutida nem pelo serviço, nem com os usuários,

[...] aqui dentro do serviço a gente não discute abordagem teórica. Nem com o usuário, nem com o profissional, nem com quando a gente vai discutir um caso, a gente trabalha o que a equipe acha que vai ser melhor para o usuário (E2).

Afirmou que a diferença está, justamente, na intervenção e não no entendimento propriamente dito da teoria da abordagem adotada.

Das duas que apontaram a Psicanálise como abordagem teórica de referência, uma afirmou que ela a ajuda a refletir eticamente sobre sua atuação no campo da saúde mental e saúde pública, e a segunda respondeu que se utiliza de sua abordagem como ferramenta de intervenção e isto permite dar lugar ao discurso e a palavra dos usuários, e conseqüentemente deixar emergir o inconsciente.

4.4 Atividades desenvolvidas pelas psicólogas no CAPS

Outro tema levantado na presente pesquisa relaciona-se com as atividades desenvolvidas pelas psicólogas no CAPS e quais seriam os objetivos destas. Todas elas afirmaram que realizam:

- O acolhimento inicial;
- Matriciamento;
- Trabalho em equipe;
- Construção do Projeto Terapêutico Singular;
- Atendimento individual;
- Atividade de técnico de referência;
- Oficinas terapêuticas;
- Grupo de familiares;
- Atendimento individual ao familiar de usuário, para fornecer suporte técnico, informações e para acolher suas demandas.

Apenas uma respondeu que realiza atividade dentro da luta antimanicomial, e que trabalha juntamente com um psiquiatra no Grupo de Apoio Terapêutico (GAT).

Duas entrevistadas disseram que também realizam o trabalho de acolhimento à crise. Como se vê em suas respostas: “[...] dar suporte em alguma situação de crise do usuário [...]” (E2), e “O atendimento à crise é outra coisa que é muito difícil! Ainda mais quando é uma crise que a gente não consegue atender, que tem que chamar as outras intervenções, como o SAMU, a polícia, é muito difícil [...]” (E5).

E ainda quanto às atividades desenvolvidas pelas psicólogas nos CAPS, duas responderam que realizam trabalho intersetorial; uma respondeu que faz supervisão de estagiário, e apenas uma afirmou fazer parte de uma equipe multidisciplinar que muitas vezes é transdisciplinar.

Quando perguntadas sobre quais seriam as especificidades do psicólogo dentro do serviço, cinco responderam que seria o atendimento individual do usuário, identificado como psicoterapia pela entrevistada E4, como podemos verificar no trecho a seguir:

[...] acho que a única [atividade] exclusiva é o atendimento psicológico quando se precisa da visão técnica do psicólogo. [Essa] avaliação [...] por parte do psicólogo, que ajude no acompanhamento do caso [...]. A ideia é que seja um acompanhamento, mas é necessário sempre avaliar, porque às vezes a demanda não é do paciente e sim de outras pessoas, às vezes o paciente não entende o propósito daquele espaço e não consegue construir algo, não consegue construir uma demanda, a gente até tenta fazer esta construção, mas muitas vezes não é possível e até o próprio paciente é que define a continuidade do atendimento (E1).

Contudo, todas elas afirmaram, sobre o atendimento individual, que este não é uma prática utilizada comumente no serviço e que a prioridade é realizar uma intervenção coletiva, como ratificada na fala de uma das entrevistadas:

[...] não são todos que a gente faz atendimento individual aqui, **porque a gente tenta manter ao máximo o vínculo com o território**, quando o paciente consegue aderir bem ao tratamento individual na unidade de saúde a gente mantém isso, mas em alguns casos é necessário que sejam realmente aqui no CAPS, então a gente faz os atendimentos individuais também (E6, grifo nosso).

As entrevistadas apontam que, muitas das vezes, porém, faz-se necessário lançar mão de uma intervenção individual quando “[...] a gente verifica que é preciso” (E3).

Ainda com relação às atividades realizadas pelas psicólogas que se encontram inseridas nos CAPS, a construção do Projeto Terapêutico Singular é um ponto extremamente relevante. Quanto à construção do PTS, a maioria das profissionais respondeu que há uma participação ativa/protagonista do usuário no delineamento de seu tratamento, e que eles opinam sobre as atividades que desejam se inserir, como registrado:

[...] A construção do projeto terapêutico singular tem que ser junto com o paciente, você reconhece nele um talento, isso tem um valor afetivo e de autoestima pra ele. Então você tem que conhecer tudo, não é um paciente isolado, [...] sozinho [...] (E4).

A gente pensa junto a inserção imediata dele no serviço e ai apresenta as oficinas abertas do serviço e vê quais são os interesse dos paciente, o que ele se disponibilizava a fazer, se ele dá conta de fazer, de vir. Trabalha-se junto com o paciente, fecha o PTS ali [no atendimento compartilhado], e leva pra reunião de equipe, passa o caso pra equipe e com o ok dela, o usuário passa a vir (E5).

E em oposição, apesar de falarem que o PTS é realizado juntamente com o usuário, há um predomínio, em algumas respostas, de um modo de construir o PTS mais

pela via da oferta do profissional, ou seja, num processo de construção unilateral e hierarquizada, sob a ótica da indicação do especialista, do que pela pactuação e pela via da negociação, na qual o usuário participa mais ativamente nesta construção, como segue:

[...] faz de acordo com a necessidade da pessoa naquele momento, se há a necessidade de um atendimento diário e ficar o dia inteiro, que geralmente não tem o suporte familiar adequado e que precisa fazer o tratamento e precisa ficar aqui o dia inteiro. Pelo perfil do paciente a gente traça um plano de trabalho e se avalia com quais atividades ela vai se beneficiar (E3).

[...] eu construo com base com o que eu acho que vai ter afinidade com o que o paciente gosta, tem que ter isso. [...] Eu sei que é uma via que tem mais chance de fazer emergir o inconsciente dele e ele trabalhar as questões dele, seja escrita, seja música, seja arte, [...] a gente vê junto à realidade da família, como vai ser a vinda desse paciente pra cá, se tem autonomia de vir sozinho, se alguém da família vai trazer ou nem uma coisa, nem outra, vai depender de um transporte da prefeitura pra vir. **A primeira coisa pra mim é o que aquilo vai ser de terapêutico pro paciente.** Que atividade ele vai aderir, que atividade vai ser bacana pra ele (E6, grifo nosso).

Afirmaram ainda, que o PTS é sempre reavaliado e que não é algo fixo, está sempre sendo questionado quanto à sua efetividade no que diz respeito à ampliação das potencialidades dos usuários.

Frente ao questionamento sobre o fim do tratamento ou à mudança de relação com o serviço, não ficou clara a participação direta das psicólogas dentro deste processo, mas sim que esta é uma consequência de uma intervenção psicossocial e que por isto, acontece sob a lógica da integralidade do cuidado à saúde, relacionada com a perspectiva psicossocial e com as mudanças que vão acontecendo no PTS.

As entrevistadas E5 e E6 informaram que no CAPS III, justamente por ter sido instalado recentemente, não vivenciaram tal processo dentro do serviço, embora a E6 tenha falado de sua experiência no curto período que passou no CAPS II, em Bento Ferreira:

[...] a gente ainda não passou por isso, [...] pelo processo de alta. Pelo o que eu acompanhei no outro CAPS, eu sei que o paciente, quando ele adquire uma estabilidade maior, ele pode passar pra uma outra modalidade de tratamento, que seria os GATs, se eu não me engano! Ele vai ter um momento junto com o grupo e pegar a receita do medicamento. Mantém o tratamento medicamentoso, mas não participa das atividades diárias do CAPS, [...]. Eu vejo que o momento da alta do paciente é um momento que a vinda dele ao CAPS, deixa de ser terapêutica [...] realmente chegam numa estabilidade tal, e que não dão muita conta de ficar no ambiente do CAPS, [...] estão vinculados ao CAPS numa modalidade “ambulatorial”, são pacientes que veem, fazem suas consultas, [...] Pegavam as suas receitas e mantinham seu tratamento medicamentoso, alguns, paralelo a isso, tem seu atendimento psicológico na unidade de saúde. (E6)

A entrevistada E3 destacou que a **alta** acontece a partir da demanda do próprio usuário (grifo nosso), “[...] tem pacientes que abandona e também tem períodos que **eles próprios se sentem bem e se afastam ou vem só uma vez por mês para um grupo específico como o GAT**” (E3, grifo nosso). A entrevistada E4 destacou que “Dar ‘alta’ é uma coisa bem complexa, não é só prescrever num papel, para cada paciente é de uma forma e tem um significado, mas **no geral é inserir o paciente na sociedade, na cidade**” (E4, grifo nosso).

Quando perguntadas sobre a importância das ações que desenvolvem no CAPS e suas implicações no serviço, cada uma das entrevistadas fez um apontamento. No conjunto aparecem falas que se referem à potencialização da rede de cuidado da saúde mental; ao desenvolvimento da expressividade do paciente para ele se colocar mais ativamente na vida; à criação de uma rede de apoio e interação ao paciente e aos desafios encontrados na atuação no âmbito da saúde mental.

Apareceram, ainda, questionamentos diversos: relativos à carga de trabalho; aos pontos enfraquecidos da rede e falta de interlocução entre os serviços; ao enfraquecimento do envolvimento das famílias nos cuidados à saúde mental; às falhas estruturais que dificultam o trabalho psicossocial e de reinserção do paciente; ao repasse de financiamento ao serviço; à dificuldade de manter o cuidado em liberdade; à falta do suporte psiquiátrico na rede; à pouca disponibilidade de recursos humanos, apontado também como falta de mão de obra; assim como a falta da valorização do trabalho e a sobrecarga de trabalho; falta de recursos financeiros; falta de formação adequada; além do fato de não se ter a formação técnica para o manejo, para a análise e avaliação dos pacientes.

Dentre estes pontos, os que mais apareceram nas repostas foram a falta de recursos financeiros/investimentos, tanto de pessoal, como de material para operacionalizar o cuidado à saúde destacados como condições estruturais dos serviços/políticas de cuidado à saúde mental; a falta de capacitação/formação para atuar na saúde mental e a desarticulação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Por fim, quanto à apresentação das possibilidades em avançar diante destes desafios, foram dadas as seguintes soluções: O fortalecimento do diálogo entre os serviços da rede, pois isto oferece um maior suporte para se criar estratégias frente aos entraves das atividades do cotidiano do serviço, e o fortalecimento do diálogo

dentro do próprio serviço do CAPS; explorar os espaços coletivos, sair mais dos locais dos cuidados à saúde mental e circular na comunidade; esforço pessoal no sentido de viabilizar sua atuação utilizando os próprios recursos financeiros para não paralisar as atividades frente às dificuldades dos recursos financeiros.

Outra resposta bastante esclarecedora no que se refere às possibilidades de se avançar nos serviços de cuidado à saúde mental, é a seguinte:

Acho que universidade está envolvida nisso. E debater o que é manicomial e o que não é manicomial [...] então tem que **ter uma criatividade**, não uma criatividade baseada no seu achismo, **baseada nos estudos, em todos os elementos do diagnóstico**. Fazer um diagnóstico não é dar selo, mas você tem que ter uma noção do diagnóstico do paciente pra você poder intervir da maneira correta. [...] as pessoas com discurso pronto, “blá, blá, blá [...] não tem que ter diagnóstico”. Tem que ter sim uma clareza se é uma neurose, uma psicose, uma perversão, ou se pelo menos tem que ter a cautela [...] Se não tem clareza do diagnóstico, tem que ter pelo menos cautela necessária, por exemplo, para lidar com uma psicose, pra não se fazer coisas equivocadas e piorar as coisas pro paciente e ele ir embora, bater em você (E4, grifo nosso).

Em continuidade, a entrevistada E5 aponta para as questões de identificação com a categoria de trabalho relacionada às conquistas sindicais dos servidores públicos, apontando a importância da mobilização da categoria para o enfrentamento dos problemas citados, tal fato pode ser verificado a partir do seu discurso:

A gente fez recentemente uma paralização aqui, e foi num movimento que foi muito interessante, teve adesão de todos os funcionários aqui do serviço, só que a gente não conseguiu avanços junto à prefeitura, o sindicato não conseguiu avanço (E5).

Eu acho que os profissionais precisam levantar essa bandeira, buscar melhorias no serviço. [...] Eu acho que a gente tem que manter a luta e garantir os investimentos, [...] não só pra saúde mental, mas pra toda a rede de saúde como um todo. Porque não dá pra gente pensar que aparelhar um só serviço à gente vai dar conta (E5).

4.2 DISCUSSÃO

No que diz respeito às motivações em trabalhar com a saúde mental, verifica-se que apesar da maioria das participantes não ter optado diretamente pelo ingresso nos CAPS, todas apresentam discurso que expressa comprometimento ético e informa uma atuação sob a perspectiva psicossocial de reinserção dos usuários na vida cotidiana. Da mesma forma, todas declaram realizar a maioria das atividades propostas nas leis, diretrizes e cartilhas do SUS.

Ao descrever as motivações para o trabalho no CAPS, todas se referem ao fato de poderem atuar para a inserção do usuário na vida, na inserção comunitária, social, política e cultural. Também se referem à dimensão da cidadania, a importância de trabalhar com o usuário seu lugar de sujeito de direitos, com capacidade de realizar contratos/pactos e trocas sociais. Este aspecto aponta para uma prática efetivamente psicossocial e que valoriza a ampliação da capacidade de contratualização do usuário, como se refere Kinoshita (1996, p. 56-57): “A contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. [ampliando sua] [...] capacidade de [...] gerar normas, ordens para a sua vida [...]”.

Em contraposição a esta situação, Dimenstein (2001) encontrou em sua pesquisa que a percepção da maioria dos profissionais de Psicologia tem sobre o seu comprometimento com o trabalho dentro da saúde coletiva, restringe-se à prática individualizante da clínica psicoterápica, como aponta:

Todos os psicólogos consideram-se comprometidos com o trabalho. Tal compromisso se expressa no comprometimento das tarefas, sendo a principal delas o atendimento clínico individualizado/psicoterapia. [...] a psicoterapia termina assumindo um lugar privilegiado dentro do campo da assistência pública à saúde e expressando o que se define por comprometimento com o trabalho (DIMENSTEIN, 2001, p. 61).

Embora sua pesquisa tenha sido realizada com psicólogos que atuavam no contexto geral da saúde pública, pode-se fazer tal analogia com a saúde mental, uma vez que não se tem como apartar esta do âmbito da saúde pública, justamente porque ambas são conquistas do processo político de construção do Sistema Único de Saúde e cujas origens, como se pôde observar no escopo teórico desta pesquisa, são originárias dos movimentos sóciopolíticos e históricos: de reforma sanitária, da reforma psiquiátrica brasileira e também da luta antimanicomial (AMARANTE, 2013a; CAMPOS, 2007b).

Andrade (2007) declara que a partir destas conquistas sociais e a partir da implementação do SUS, espera-se operar uma ruptura com o modelo biomédico hegemônico e que, com isso, o profissional da Psicologia, dentro deste contexto assumira uma posição de cuidado mais progressista, balizada pela ética do cuidado psicossocial.

Pode-se pensar que tal perspectiva de mudança, pôde ser observada na presente pesquisa, que mostra que a maioria dos entrevistados não teve contato ou dirigiu

sua formação para a saúde pública, mas agora que se encontram atualmente lidando com a realidade da saúde mental vem ampliando os contornos das ações de modo a buscar alcançar práticas comprometidas com os propósitos destes.

Vê-se que a assimilação/apropriação destes princípios/valores da saúde coletiva, tem feito com que os psicólogos se aproximem cada vez mais das “[...] exigências e desafios de cada contexto” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 87).

Nesse sentido, pode-se observar, nesta pesquisa, que este compromisso social do profissional da Psicologia tem sido efetivamente, segundo relato das entrevistadas, vivenciado dentro do CAPS, como se pode verificar a partir do discurso da entrevistada E1: “[...] deste contexto de atenção psicossocial. Eu me norteio [...] pela prática, mas acima de tudo eu acho que o que me norteia é a base do cuidado, da ética, de que acima de tudo é uma vida que está ali na sua frente”.

A importância da consolidação das mudanças e inovações passa, ainda, pela produção que permita registrar e ampliar o debate dentro da academia, tanto a partir de pesquisas que ainda não são tantas no campo da atenção psicossocial (DELGADO, 2015), como a partir da realização de atividades e projetos de extensão ou outros, que foram porta de entrada para as duas entrevistadas da presente pesquisa para o campo da reforma psiquiátrica.

Apesar de num primeiro momento de pesquisa, realizada com psicólogos de Unidades de Saúde, Dimenstein (2001) ter concluído que o psicólogo ainda se encontrava assujeitado a um modelo tradicional de cuidado à saúde, posteriormente, numa outra pesquisa, esta com psicólogos de CAPS, mostra que já existem profissionais que:

[...] entendem que trabalhar a partir de outra perspectiva de cuidado em que se busca promover a cidadania, a autonomia e a criação de vínculos dos usuários com outras instituições já seria uma forma de desenvolver um trabalho na via da desinstitucionalização (SALES; DIMENSTEIN, 2009, p. 818).

Com relação ao interesse por atuar com a saúde mental, observa-se que as duas participantes que relataram terem procurado estágios voltados para esta área em sua graduação, buscaram mais ativamente por uma formação/capacitação, após a sua graduação, não esperando apenas que estas acontecessem pela via da oferta do serviço ou prefeitura.

Pode-se identificar por meio das falas das entrevistadas, que a formação acadêmica ainda está aquém no preparo do profissional de psicologia para atuar no campo da saúde mental, da saúde coletiva e da reforma psiquiátrica, inclusive em termos de conteúdos epistemológicos. Pode-se concluir que ainda há o predomínio numa formação na lógica privatista e individualista de uma clínica tradicional nos moldes neoliberais hegemônicos.

O mesmo cenário foi encontrado na pesquisa de Sales e Dimenstein (2009) que relatam, com relação a seus entrevistados que: “O estágio e o direcionamento do currículo durante a graduação estão marcadamente voltados para o trabalho clínico, e o enfoque teórico que direciona tais práticas clínicas são aqueles oriundos da psicanálise” (SALES E DIMENSTEIN, 2009, p. 815-816).

Tal fato, porém, é questionado por Andrade (2007) que sinaliza o cuidado necessário para não se ficar na:

[...] conclusão de que a formação acadêmico/profissional não prepara o psicólogo para atuar no sistema público de saúde. A maioria das análises sobre esse despreparo refere-se principalmente à ausência de conteúdos teórico/práticos (disciplinas) voltados para essa nova (não tão nova mais!) área de atuação. Entretanto, não me parece que esta seja a questão central. Antes, a genealogia destas práticas está exatamente no excesso de “conteúdos disciplinares” acadêmicos, que con-formam posturas também disciplinares ou especialistas, descartando conteúdos, considerados menores, porque múltiplos e complexos, não transmissíveis ou não comportáveis nas relações verticais professor/aluno. (ANDRADE, 2007, p. 16).

No entanto, ainda que a maioria dos entrevistados não tenha considerado satisfatória sua formação específica para a saúde pública e saúde mental, observa-se que disseram que o curso de Psicologia tem oferecido, satisfatoriamente, um arcabouço teórico mais amplo, generalista, que fornece conhecimentos sobre ferramentas que contribuem para o trabalho psicossocial.

Isso pelo fato de que o curso também tem transmitido o posicionamento ético da profissão, o que tem contribuído para o profissional pensar criticamente sobre sua atuação, o seu papel/função e o seu compromisso com a transformação da realidade concreta. Este fato pode estar contribuindo para que o próprio psicólogo possa construir respostas criativas frente às demandas que surgem na sua atuação com a loucura.

Observa-se que as psicólogas têm vivenciado em seu cotidiano, práticas inovadoras e criativas. Práticas que se comprometem: [...] de início, com a perspectiva de

reconhecimento do campo social como espaço de intervenção do psicólogo, tendo em vista que este espaço se constitui num dos determinantes do processo saúde/doença (FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004, p. 180).

Em seus relatos, verifica-se que elas estão realizando uma atuação de acordo com os princípios da clínica ampliada, modo de fazer privilegiado da saúde coletiva, demonstram preocupação em construir: “[...] novos padrões de relação entre as pessoas; ou seja, isso implica que um Projeto de Saúde Coletiva [...] [almejam] não somente alterar o ambiente, mas também as pessoas e as relações sociais [...] envolvidas” (CAMPOS, 2007b, p. 25-26).

É o caso das atividades relatadas nas entrevistas relativas à oficina das redondezas e da oficina de produção e venda de mirongas, quando as profissionais saem com os usuários dos espaços/locais dos CAPS e vão inventar modos de interação com a comunidade, promovendo a possibilidade de troca contratual que, por sua vez, dialeticamente agenciam potencialização de agir, ampliando novos modos de se colocar no mundo (MACHADO; LAVRADOR, 2009).

Quanto à abordagem teórica, a maioria afirma que este ponto não é muito relevante em sua atuação no CAPS, uma vez que no âmbito de seu trabalho o que está sendo priorizado são as ações de reinserção e potencialização dos usuários sob o prisma do cuidado à saúde pela via da atenção psicossocial.

Em relação às profissionais que adotam uma abordagem teórica, dentre estas aparece a Psicanálise, que é criticada por vários autores uma vez que é tributária da clínica médica psiquiátrica. Todavia, nesta pesquisa, observa-se que a sua utilização ultrapassa o modo ortodoxo da clínica tradicional e expande-se numa atuação da clínica ampliada, mesmo que se utilizem os postulados psicanalíticos para se entender a loucura. Isto é evidenciado quando uma das participantes aponta que a clínica da psicose é uma clínica da negociação, termo também adotado pela clínica ampliada (CAMPOS, 2007b), que considera o sujeito ativo no seu processo de saúde/adoecimento, e mais importante, considera, efetivamente, o seu sintoma não como algo a ser eliminado, mas sim como o modo que ele construiu sua saída para lidar com o seu mal-estar diante da vida.

Tal perspectiva é descrita também em Sales e Dimenstein (2009, p. 818):

Para além de diagnósticos que acabam funcionando como marcas que selam e limitam aquilo de que o indivíduo é capaz, busca-se intervir para gerar o novo, o inusitado, o mais potente, resgatando aspectos da vida que a instituição psiquiátrica – com todo o seu peso – acaba mortificando.

De maneira muito próxima, Guerra (2004) afirma que:

Há sempre uma possibilidade de construção de resposta por parte do sujeito, mais ou menos precária, mais ou menos capaz de provocar enlaçamentos. Seguir essa resposta tomando-a como marca do estilo do sujeito nos ensina também que, por ela, o sujeito é sempre responsável (p. 93).

Neste sentido, Viganó (1997) enfatiza que é essencial seguir a construção sintomática do próprio sujeito/usuário como política de reabilitação, ou seja, na potencialização das estratégias utilizadas/construídas pelo usuário para a retomada de sua vida. E isto acontece na prática clínica, que segundo o mesmo autor, é indissociável da própria reabilitação, e estabelece uma relação dialética potente entre cuidador e usuário. A concepção de reabilitação é entendida como “[...] processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade” (SARACENO, 1996, p. 15).

Observa-se, de todo modo, na presente pesquisa, que a questão da clínica psicológica é um ponto que não forneceu muito conteúdo para discussão, pois não se conseguiu a definição ou relatos mais claros sobre o que seria a clínica realizada dentro do CAPS. Pensa-se então qual seria a referência/base que o psicólogo está adotando para balizar sua atuação na saúde mental? E ainda, qual seria a concepção de clínica que estariam utilizando dentro da saúde mental?

Para dirimir tais questionamentos, recorreu-se à Amarante (2015) no intuito de amparar-se teoricamente sobre tal conceito. O autor aponta para uma concepção de clínica que:

[...] deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral [...] para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades no contexto do atual processo de reforma psiquiátrica: o sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, tornar-se-á sujeito, e não objeto de saber (p. 114).

Tomando como norteador a reforma psiquiátrica brasileira, que tem como princípio epistemológico-técnico-assistencial-jurídico-político-sociocultural, o processo de desinstitucionalização, coloca a clínica como,

[...] criação de novas práticas, de novas estratégias de ação. E, nesse sentido, não estaremos apenas inovando, estaremos produzindo

descontinuidades, discursivas e não discursivas (CARVALHO; AMARANTE, 2012, p. 50). [...] a clínica deve ser radicalmente transformada. Parece estranho ter que dizer que a clínica não deveria ficar restrita à dimensão clínica (AMARANTE, 2015, p. 123).

Neste mesmo sentido, Guerra (2004) aponta para uma clínica radicalmente diferente do modelo psicoeducativo, homogeneizante e generalizante. Aproximando-a do modelo sociopolítico, cuja “[...] intencionalidade de retomada da vida pública a partir do campo de possibilidades do sujeito” (GUERRA, 2004, p. 91).

Parece ser justamente com esta concepção que as entrevistadas relatam trabalhar a clínica dentro dos CAPS.

Quanto às atividades realizadas pelas psicólogas, confere-se que a maioria das ações nos CAPS II e III do município de Vitória, são aquelas que estão voltadas para intervenções com grupos como, por exemplo, as oficinas terapêuticas e os grupos com familiares. Elas as realizam no intuito de promover, outros modos de expressão dos usuários, agenciando um espaço de trocas e de possibilidade de interação dos usuários entre si, destes com o serviço e outros profissionais do CAPS. Estas atividades são similares àquelas descritas pelos psicólogos que atuam em CAPS na cidade de Natal (SALES; DIMENSTEIN, 2009).

Identifica-se ainda, que existem algumas ações voltadas para as trocas comunitárias, ou seja, ações realizadas para além dos muros dos serviços, como no caso da oficina que explora as redondezas e da oficina de produção e venda de mirongas, citadas pela entrevistada E5.

Ainda com relação às atividades desenvolvidas nos CAPS, não houve distinção de intervenções ou atuação do psicólogo entre os CAPS II e III.

Duas das participantes que tiveram experiências anteriores na atenção primária à saúde relataram que nesta, o foco da ação acontece no processo de prevenção, enquanto no CAPS, trata-se de ações de reabilitação que implica em maior complexidade para a resolutividade das intervenções.

Este fato pode associar-se às questões das dificuldades das participantes em lidar com o espectro da saúde em todas as suas dimensões, tanto no cuidado direto, como sobre os determinantes sociais: da pobreza, da violência, da falta de recursos financeiros dos serviços.

Isto é evidenciado quando as participantes relatam ser uma intervenção que lida, cotidianamente, com a frustração de não se conseguir avançar nas ações. Será que isto tem contribuído para o desgaste que as profissionais têm relatado quanto as suas atuações frente às demandas do serviço?

Em consonância com estes fatos, as referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no CAPS do Conselho Federal de Psicologia apontam que:

[...] angústia, sensação de impotência nos trabalhadores. Apresentam-se nos serviços situações complexas a serem enfrentadas, até porque as necessidades demandadas pelos usuários do sistema são muito abrangentes diante da formação dos profissionais e seus diferentes olhares e fazeres no campo da saúde (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 111).

E também que as,

[...] condições que caracterizam a sociedade brasileira se expressa como necessidades dos usuários e estão presentes no cotidiano do serviço. Questões como precariedade ou falta de moradia, falta de trabalho e consequentemente falta de recursos financeiros são trazidos para as equipes dos CAPS e demais serviços de saúde (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 111).

O que se lê, ainda, em Sales e Dimenstein (2009, p. 820): “Em outras palavras, o trabalho com a loucura, nos serviços substitutivos, exige uma mudança nos modos de agir, de cuidar, de acolher, tarefa extremamente desafiante e produtora de sofrimento e exaustão nos profissionais”. E que pode ser ilustrado pela fala de uma das entrevistadas:

[...] A gente tem perspectiva, tem proposta, mas não consegue andar muito e isto me entristece e me cansa também, fazer com que o outro entenda, um outro olhar da loucura, fazer com que o outro entenda a clínica ampliada, a clínica psicossocial, não é fácil, não. Desconstruir uma lógica manicomial já de tantos anos que ainda tem na maioria das pessoas que nem todo mundo estuda isto, nem todo mundo discute sobre isto, nem todo mundo percebe isto, né? É difícil. (E2)

Destacou-se, ainda, que apenas uma participante atua diretamente no movimento da luta antimanicomial. Ou seja, a dimensão política está sendo vivenciada, ativamente, apenas por uma das psicólogas, enquanto as outras atuam apenas na vertente do cuidado direto ao usuário do CAPS. Não que isto seja algo que despotencialize toda a lógica do cuidado psicossocial e antimanicomial, mas pode ser indicativo de que está faltando ao psicólogo se engajar mais ativamente na luta antimanicomial.

Apesar das entrevistadas apresentarem comprometimento no discurso, ainda há certa passividade da maioria com relação ao engajamento à luta antimanicomial.

Sabe-se que a atuação da Psicologia, por si, já perpassa a ação política, pois, existe a “[...] inseparabilidade entre a clínica e a política [...] inseparabilidade entre os modos de atender, de cuidar e modos de gerir, inseparabilidade entre atenção e gestão [...]” (BENEVIDES, 2005, p. 24). Então elas estariam também agindo politicamente no âmbito de sua atuação nos CAPS. Contudo, observa-se ser de forma mais passiva.

Pensar-fazer políticas de saúde exige, então, criação de dispositivos, exige criação de espaços de contratualização entre os diversos atores que compõem as redes de saúde, exige um estar com o outro: usuário, trabalhador, gestor. Aqui certamente a Psicologia pode estar, aqui ela pode fazer intercessão. Insistimos, não basta à distância formular, regular, controlar políticas, é preciso criar modos, criar dispositivos [...] que dêem suporte à experimentação das políticas no jogo de conflitos de interesses, desejos e necessidades de todos estes atores (BENEVIDES, 2005, p. 24).

Em acordo com Benevides (2005), esta pesquisa aponta, também, que tal participação política poderia trazer contribuições, em prol da melhora de condições do cuidado à saúde mental, melhorando conseqüentemente, a sua condição de trabalho. Isto pode atenuar os possíveis desgastes do trabalho em decorrência dos entraves da uma atuação antimanicomial que é contra hegemônica.

No que diz respeito à especificidade da atuação psicológico dentro do CAPS, isso não foi destacado pelas entrevistadas, mas questionado na entrevista. E ao responderem, a maioria afirma que esta especificidade estaria na atuação psicoterápica, nos moldes do acompanhamento individual ao usuário, ainda que esta seja uma atividade pouco realizada no serviço segundo seu próprio relato. Destaca-se que esta foi exatamente a mesma resposta obtida por Sales e Dimenstein (2009) ao fazerem questão similar para os psicólogos dos CAPS de Natal, o que confirma que os psicólogos parecem identificar nesta atividade seu núcleo de saber, apesar de este formato da prática clínica ser justamente o que se põe em questão na atenção psicossocial nos CAPS.

Ressalta-se que todas as atividades relacionadas pelas psicólogas têm a função de potencializar a reabilitação do sujeito em sofrimento psíquico, uma vez que se trata de dispositivos construídos a partir da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, que proporcionam o protagonismo e dá possibilidade deste de se colocar e falar de sua condição frente às questões de saúde, e de sua vida.

E ainda, se torna um mecanismo relevante de corresponsabilização do sujeito, da possibilidade em realizar pactos frente sua saúde, na construção de contratualidade

social e amplificação/ampliação de sua autonomia [possível], e da garantia de integralidade de cuidado à sua saúde.

Contudo, contrapondo-se a esta efetividade das ações apontadas, marcou-se uma diferença a questão de apenas duas das participantes apontarem dentre suas atividades o atendimento à crise, podendo levar ao questionamento de que se estariam, estas profissionais, realmente preparadas, ou pelo menos advertidas, para o acolhimento da crise nos CAPS? Pois se evidencia nos relatos que ainda há dificuldade de se lidar com a crise por parte das psicólogas e do serviço.

Isto pode acontecer talvez pela baixa idade e pouca experiência da maioria das profissionais que se encontram dentro do CAPS, uma vez que ingressaram há pouco tempo no serviço ou talvez pela falta de capacitação e formação, pontos estes que foram levantados nas entrevistas, ou ainda, pela própria inabilidade deste profissional para lidar com a loucura. Fato este que pode ser observado a partir da fala de uma das entrevistas quando aponta que durante uma crise de um dos usuários foi necessário recorrer a outros serviços que se utilizam como modo de intervir a contenção física, ou especificamente, o SAMU.

Não que este tipo de intervenção não possa ser utilizado, mas no modelo substitutivo proposto, seria um dos últimos recursos que o profissional deveria lançar mão, priorizando o acolhimento da demanda/crise do usuário de modo psicossocial (COSTA-ROSA, 2012).

Mas o certo é que, se não puder acolher uma crise nos CAPS, onde mais isto pode acontecer, uma vez que este é o *locus* construído no seio da reforma psiquiátrica para transformar o acolhimento e cuidado à pessoa em sofrimento, que há muito tempo é regido pela lógica biomédica de internação e **medicamentalização**⁵? Então o CAPS deixa de ter o caráter de serviço substitutivo à lógica hegemônica e passa a ser mera alternativa de cuidado, contrariando todas diretrizes/balizadores da atenção psicossocial.

⁵ Termo trabalhado por Amarante (2013) para diferenciá-lo do termo “medicalização”. A medicalização é um conceito que foi cunhado por Ivan Illich em 1975 utilizado para descrever a invasão maciça da medicina nas diversas dimensões da vida individual, desde o nascimento até à velhice, tornando-a como objeto de cuidados médicos específicos independentemente da existência de sintomas mórbidos ou não, ou seja, o saber médico científico se apropria da vida cotidiana lhe impondo novos modos de ser/estar no mundo implicando, conseqüentemente em novas formas de subjetivação (FOUCAULT, 2004a).

Este tipo de intervenção como prática prioritária do acolhimento à crise relatada na pesquisa, também foi apontado por Martinhago e Oliveira (2012):

[...] prática predominante adotada nas situações de atendimento à crise nos CAPS de Santa Catarina ainda segue o modelo clássico da psiquiatria, centrado no controle dos sintomas de crise. Considerado complexo e difícil para a maioria dos profissionais, o atendimento à crise vinculado ao controle do sujeito usa como principais artifícios a contenção, a medicação e, principalmente, a internação em hospitais. Os profissionais entrevistados para este estudo destacam o grande esforço envidado para evitar a crise através do tratamento nos CAPS. Uma vez que o sujeito entra em crise, os profissionais demonstram dificuldades de lidar com essa situação, ressentindo-se da falta de médicos e demais profissionais habilitados a acolher esse sujeito nessas circunstâncias (p. 587).

Conclui-se assim, ser necessário o preparo técnico dos profissionais, principalmente psicólogos que atuam nos CAPS II e III, para lidarem com o usuário, uma vez que quando este entra num sofrimento que nem a equipe de cuidado consegue diminuir tal angústia, toda a equipe padece, diminui as possibilidades de manejo ao cuidado e a contenção física ou medicamentosa torna-se a única saída.

Isto acaba por enquadrar todas as possibilidades de intervenções à crise, ao modelo asilar, no qual a crise torna-se o objeto privilegiado da promoção de saúde, e um indicador do desequilíbrio da saúde mental, ou da normatividade do sujeito/usuário dos serviços, traduzindo-se em uma concepção de bem-estar moral (BIRMAN; COSTA, 2014).

Costa-Rosa (2012), Birman e Costa (2014) afirmam que no modelo psicossocial, a crise deixa de ser apenas uma consequência das condições individuais do sujeito/usuário para lidar com suas questões de sofrimento, nesta concepção este é considerado como uma das dimensões da crise, e passa a ser uma questão comunitária. O primeiro autor explica que:

No modo psicossocial espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo durante a crise (sem alijá-lo dos elementos essenciais dela) até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte do seu compromisso na atenção e no apoio. No modo psicossocial dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo - sem perder de vista, entretanto, que muitas vezes não é a problemática com a qual ele nos chegou, a responsável pela sua saída da circulação sociocultural; por isso dá-se ênfase às formas de recuperação da cidadania pela via das cooperativas de trabalho (COSTA-ROSA, 2012, p. 155).

Já no que se referem ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar, todas as participante afirmaram que o realizam frisando sua importância dentro do serviço, à potencialidade desta ação para desenvolverem um trabalho mais integrativo,

participativo e efetivo no CAPS e entre outros serviços, principalmente quando há a necessidade de partilhar casos com outras equipes e outros setores.

Torre e Amarante (2001) apontam ainda, para a importância deste tipo de ação, pois produz uma:

[...] transformação que se opera na subjetividade [...] da instituição, quando se trabalha para a desconstrução do paradigma psiquiátrico, pode ter grande amplitude, rompendo com conceitos e reinscrevendo a forma da loucura na sociedade [...] (p. 82).

Partilhar e discutir casos com a equipe e entre os serviços contribui para a desconstrução da lógica asilar, manicomial, produz novos lugares para loucura, estabelece-se nova relação com ela, e cria sentido “[...] para a própria existência e da produção de sua própria singularidade” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 82), enfim, reconstrói uma cultura voltada para a diversidade.

Apesar disto, apenas uma entrevistada citou explicitamente fazer parte de uma equipe interdisciplinar, contrastando o sentimento de pertença em uma equipe de trabalho, que pode ser diferente de realizar atividades em equipes multidisciplinares, traduzindo-se em uma atuação individual, cujas ações são apenas compartilhadas em equipe, não havendo, assim, a construção de uma prática coletiva.

Verifica-se que com esta percepção de ser membro de uma equipe, existe o favorecimento de maior engajamento em relação ao modo de agir profissionalmente em interrelação com os demais profissionais. Efetiva-se a realidade de uma atuação, verdadeiramente transdisciplinar, na construção de um saber e uma práxis em comum e coletiva.

O questionamento sobre os desafios vivenciados pelas psicólogas no CAPS é de relevante importância, uma vez que nos discursos da maioria das profissionais se apresentam como um dificultador para a realização de suas ações no CAPS.

Estes dados são corroborados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) e pelo CFP (2013), como se pode verificar:

O cotidiano dos serviços envolve momentos áridos para as equipes devido aos inúmeros e complexos desafios a serem enfrentados, tais como: infraestrutura inadequada; falta de apoio logístico (materiais de higienização, de escritório, medicamentos, transporte); falta de profissionais; entre outros. Inúmeras condições objetivas relacionadas à gestão do SUS atravessam o trabalho das equipes, restringindo sobremaneira as possibilidades de intervenções (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 111).

Outro ponto que se destacou foi a falta dos profissionais de psiquiatria nos serviços, inclusive na atenção básica de saúde. Este ponto foi bastante enfatizado, e colocado como um dos maiores impedimentos de uma intervenção de melhor qualidade dentro dos CAPS, tanto no CAPS II, como no III. Vê-se que:

[...] **a dificuldade do profissional psiquiatra é uma realidade**, neste momento tem CAPS sem psiquiatra, a gente já chegou a ter psiquiatra de manhã e de tarde aqui, tivemos cinco deles aqui no serviço, mas hoje são apenas dois. **A demanda é muito grande, lógico que cabe a gente avaliar que lugar está a medicação, que lugar está o psiquiatra**, mas [...] também **é uma demanda real** que às vezes é uma pessoa que acaba permanecendo aqui e que não precisa deste espaço, ou que poderia receber alta. E que às vezes tem muito casos da gente ter a retaguarda para fundamentar este tipo de decisão. É um desafio para alcançar o que prevê a atenção psicossocial, da reinserção, da autonomia. (E1, grifo nosso).

Apesar da entrevistada E1 realizar uma reflexão acerca da função do poder biomédico e do processo da **medicamentação**, observa-se no decorrer da pesquisa, que há uma demanda, prioritariamente, referente à carência das condições básica de vida que não se restringem apenas ao setor da saúde e que requer a busca de caminhos alternativos para ações mais amplas de promoção à saúde (IGLESIAS et al., 2009, grifo nosso).

Em contrapartida, constata-se que estas mesmas profissionais têm lançado mão de ações cujo paradigma é o da complexidade, ou seja, de utilizar-se dos paradoxos da vida para encontrar soluções frente à realidade que se apresenta dentro dos CAPS.

Frente ao exposto, duas entrevistadas apontaram para o caráter potencializador dos desafios, considerando-os positivos, pois os mesmos podem promover mudanças. Estas duas profissionais que destacaram positivamente os desafios foram as que falaram que eles não são impedimentos para promover o cuidado integral ao usuário e que encontram, obrigatoriamente e pela insistência, saídas para lidar com tais impedimentos. Pode-se verificar a capacidade de se construir respostas criativas dentro do âmbito da saúde mental.

E, por fim, no quesito de se fazer avançar frente a estes desafios a maioria das entrevistadas apontou a formação como prioridade para fazer avançar no cuidado à saúde mental, indubitavelmente, porque a formação proporciona maior clareza sobre as questões da saúde mental e sobre as funções/papeis dos serviços e dos profissionais que estão inseridos neles.

No que diz respeito a este ponto, Vasconcelos (2004) afirma que já existe uma mudança com relação à formação profissional da Psicologia, mas ela se restringe apenas ao,

[...] aumento da demanda por estágios nos serviços de saúde mental, tanto por iniciativa individual do estudante quanto através de convênios formais com os cursos de graduação, possibilitando aos futuros profissionais alguma experiência dentro do campo durante o curso [...] (p. 85).

E isto também pôde ser corroborado com a presente pesquisa.

Mas a questão da fragilidade da formação ainda vem se apresentando dentro dos canais de circulação do conhecimento, a saber: congressos, seminários, conferências, entre outros, como algo que persiste “[...] em relação à distância entre aquilo que se aprende na universidade e a realidade dos serviços de saúde” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 117).

Contudo a,

[...] Educação Permanente em Saúde assume que nenhum curso de formação esgota as necessidades de qualificação para a atuação profissional no SUS. [...] objetiva o desenvolvimento do profissional como um todo, com a finalidade de ajudá-lo a atuar de modo efetivo e eficaz no cotidiano de seu trabalho. [...] São [...] Estratégias que se efetivam como democratização das relações [...]. No complexo campo da saúde, a busca pela autonomia dos usuários e dos profissionais é um desafio, na medida em que os indivíduos autônomos são protagonistas nos coletivos em que participam, co-responsáveis pelo cuidado de si e do mundo em que vivem, ou seja, co-responsáveis no processo de produção de saúde. Este tipo de construção possibilita enriquecer as subjetividades, contemplando a educação em serviço, complementando a formação técnica de graduação e pós-graduação, qualificando a organização do trabalho nos diversos níveis de gestão dos serviços de saúde e no controle social. [...] discussões coletivas do cotidiano do trabalho podem trazer à tona aquilo que nos norteia no trabalho tão complexo e delicado que é a produção de saúde, ou seja, sua dimensão ética e política. É preciso ter a coragem de construir junto com as equipes e os usuários as saídas para seus impasses, numa postura democrática e dialogante (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 117-118).

Todavia, considera-se que uma formação mais voltada para a realidade dos serviços contribuiria para a retomada/reapropriação dos princípios das conquistas histórico-sociais da saúde no Brasil, da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial e do SUS. Principalmente se forem considerados o fato de apenas uma profissional ter se referido diretamente ao aspecto político da luta social, pela atenção à crise ainda aparecer como desafio e pelo trabalho em equipe ter sido citado de modo um tanto vago, a preocupação como se constituem nos serviços pesquisados as dimensões teóricoconceitual e sociocultural se coloca como um ponto merecedor de maiores investigações.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De alguma forma somente eles [os usuários] nos obrigam, se não fecharmos nossos olhos, a esta busca contínua por novas estratégias. São eles os nossos formadores. No momento em que aceitamos este papel de ser formados por eles, então finalmente começamos a entender alguma coisa do que fazemos e, neste momento, muda-se a relação, e até mesmo o nosso paciente percebe que algo mudou (ROTELLI, 2015, p. 44).

O objetivo principal desta pesquisa foi descrever o quanto a atuação do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no município de Vitória-ES articula-se com os fundamentos da Saúde Coletiva e os preceitos fundamentais do SUS e da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Para tanto, sem o intuito de tentar esgotar o assunto, procurou-se identificar quais as motivações/sentimentos dos profissionais para atuar com a saúde mental, como foi o processo de formação acadêmica das psicólogas que estão inseridas nos CAPS II e III do município de Vitória; quais são as atividades/práticas utilizadas em sua atuação e quais as implicações das abordagens teóricas no cotidiano destas profissionais.

Com a finalidade de tentar responder a estes objetivos, fez-se necessário compreender que a Psicologia atravessou um imenso percurso, apesar de ser recente como categoria profissional, até os dias atuais, com polissemia teórica e formas de atuar distintas, de acordo com a concepção de homem e de mundo característica de cada período histórico.

No Brasil a inserção da Psicologia na saúde mental ocorreu quando o modelo hospitalocêntrico psiquiátrico estava em crise. Esta entrada dos psicólogos na saúde pública aconteceu no momento em que o modelo médico-assistencial-privatista era hegemônico e exclusivo, porém já apresentava suas fragilidades estruturais.

A possibilidade da clínica ampliada se construiu a partir da superação do olhar médico que objetifica o sujeito na ontologia da doença, da superação da fragmentação do processo de trabalho em saúde, da alienação ao tecnicismo biologistas. Só a partir da construção dos cuidados à saúde mental dentro da concepção de apoio/integralidade em rede psicossocial é que se pode apreender a amplitude da inserção da Psicologia, como campo de saber, dentro do circuito do SUS.

É apenas quando o psicólogo se depara com a realidade da existência-sofrimento do sujeito na sua relação com o corpo social que se constituem “[...] ações orientadas para a finalidade da emancipação e comprometidas com a criação de possibilidades de produção da vida e participação e convivência social” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 83).

Neste sentido, e dentro do escopo desta pesquisa, verificou-se que os sentimentos/motivações envolvidos no processo de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico são vivenciados com o misto de alegria e frustração.

Justamente por se tratar de campo extremamente complexo e que envolve diversas variáveis imbricadas como as condições concretas de vida dos usuários e suas famílias, a falta de recursos financeiros voltados para o desenvolvimento da política pública para à saúde mental, além da dificuldade pessoal de alguns profissionais de lidar com a loucura.

Observou-se que independentemente das motivações que levaram as psicólogas a ingressar no CAPS, o relato de todas aponta a existência do compromisso ético próprio da clínica psicossocial que visa à emancipação do sujeito.

Entendem que a clínica psicológica na saúde mental não se restringe ao diagnóstico regido pela lógica científica da normalidade, que se baseia em uma conclusão atomizada e imutável da condição do sujeito.

As entrevistadas relatam realizar uma prática orientada pelas diretrizes da atenção psicossocial que propõe algumas atividades como: acolhimento, atendimento compartilhado, constituição do Projeto Terapêutico Singular, discussão de casos em equipe, atendimento às crises, grupos e oficinas, atividades dirigidas diretamente à reinserção social, psicoterapias, entre outras.

Observando as atividades listadas pelas profissionais entrevistadas e comparando as diretrizes de atenção psicossocial estabelecidas pelo SUS é possível detectar que todas as profissionais no seu cotidiano de trabalho as utilizam e enfatizam que os resultados mais potentes estão sendo as oficinas terapêuticas, as ações coletivas e o matriciamento.

Outro ponto relevante a se destacar é que as entrevistadas demonstraram dificuldade em descrever quais seriam as atribuições específicas do psicólogo

dentro do CAPS. Estas se mostraram confusas em delinear como deve acontecer a clínica psicológica neste contexto.

Podemos observar, a partir desta pesquisa, que ainda há a prevalência do entendimento sobre a clínica psicológica nos moldes tradicionais, que se configura no atendimento do um a um, como aquilo que é específico da atuação do psicólogo nos CAPS, embora ao mesmo tempo, seja uma prática que os entrevistados dizem fazer pouco.

Mas devido à falta de acesso a informações mais profundas acerca do tema, sugerimos que este ponto seja retomado em pesquisas futuras, no sentido de se tentar entender essa aparente contradição e construir registros que sirvam de norteadores mais claros às práticas dos novos psicólogos que irão ingressar nos serviços de cuidado à saúde mental.

Quanto à formação acadêmica, as psicólogas que atuam nos CAPS apontaram ter sido suficiente para fornecer as bases éticas de uma atuação psicossocial, porém, informaram que a graduação em Psicologia, com relação aos conteúdos epistemológicos voltados para a saúde mental, ao menos no município de Vitória, ainda está aquém do esperado e necessário para contemplar toda a complexidade da realidade concreta e dos sujeitos que nela se encontram inseridos.

Em resumo, a maioria reportou que o curso fornece as ferramentas básicas para iniciar as atividades na área da saúde mental. E assim, conseguem construir respostas criativas de estratégias que aproximam os serviços dos usuários.

As profissionais têm realizado práticas inovadoras cujo critério norteador tem sido a produção de respostas diante da concretude da realidade.

Quanto às abordagens teóricas das profissionais, observa-se que estas não as utilizam na tentativa de enquadrar o sujeito/usuário aos seus conceitos. Mesmo para aquelas que seguem a Psicanálise, falam de uma clínica da negociação, ou seja, uma clínica que prioriza a escuta, as trocas e as respostas do sujeito.

Foi possível observarmos que ocorreram avanços no que diz respeito às contribuições ao núcleo de conhecimento da Psicologia a partir da atuação no CAPS, uma vez que estes profissionais têm suas práticas voltadas, majoritariamente, para a potencialização do sujeito e sua reabilitação social consolidando cada vez mais o modelo psicossocial e a lógica da clínica ampliada.

Cada vez mais os profissionais de Psicologia agem juntos aos usuários dos CAPS como agenciadores na reconstrução do exercício da cidadania e da possibilidade de realização da contratualidade social. Considerando o sujeito/usuário ator na construção de suas respostas singulares, colocando em cena seus sintomas, como estratégia que permite sua comunicação com a realidade.

Mas, ainda há no que se avançar, contudo este movimento tem provocado rachaduras no modelo hegemônico no modo de cuidar do usuário, de sua família e sua comunidade. O importante é destacar que têm acontecido mudanças, embora ainda consideradas tímidas em relação à qualidade e quantidade desejada pelo contorno ético-político do movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os psicólogos no âmbito dos CAPS II e III no município de Vitória estão dando passos importantes rumo à utopia⁶ antimanicomial.

Consideramos fundamentalmente relevante para que este processo de mudança de paradigma ganhe cada vez mais fôlego, a formação/capacitação profissional e o engajamento político dos psicólogos, com a apropriação dos valores éticos e histórico-sociais antimanicomiais, que marcaram uma mutação radical na prática psicológica, desde que a Psicologia se legitimou como área de conhecimento e categoria profissional.

Esta pesquisa contribuiu para que a pesquisadora se aprofundasse nas questões da reforma psiquiátrica, para compreender como ela influenciou e transformou profundamente as práticas *Psi* no âmbito da saúde mental, principalmente com a inserção do psicólogo no CAPS.

Ponderamos que esta pesquisa atingiu seu propósito e esperamos que possa ser útil para a área, podendo vir a auxiliar os profissionais da Psicologia, que atuam nos CAPS, a visualizarem as potencialidades de sua atuação.

Salientamos que esta não é uma obra acabada, ao contrário, trata-se de uma tentativa de levantar questões que possam contribuir no avanço das ações de cuidado à saúde mental, principalmente nos CAPS. Ficaram apenas pontuadas algumas questões específicas que puderam ser apreendidas e exploradas neste

⁶ “A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar” (GALEANO apud AMARANTE, 2013b, p. 108).

estudo, mas que não se esgotam no mesmo. Enfatizamos ser de extrema relevância que futuros pesquisadores tragam também suas contribuições no sentido de tentar ampliar as análises que aqui foram propostas.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. A cidade como construção moderna: um ensaio a respeito de sua relação com a saúde e as "qualidades de vida". **Saúde soc.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 17-30, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901999000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2015.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Coord.). A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: _____. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**. São Paulo: Zagodoni, 2015. p. 109-126.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 6ª reimp. da 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013a.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 1ª reimp. da 4 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013b.

ANDRADE, Ângela Nobre de. Práticas psicológicas, epistemicídio e unidades básicas de saúde. **Revista Psicologia Política**. Minas Gerais, v. 7, n. 13, p. 1-23, 2007. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~psicopol/seer/ojs/viewarticle.php?id=18&layout=html>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

BARDIN, Laurence. Definição e Relação com as outras ciências. In: _____. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004. p. 27-46.

BAUMAN, Zygmunt. Prefácio. In: _____. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004. p. 7-13.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Ática, 2002.

BENEVIDES, Regina. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces?. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2015.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton. O normal e o patológico: uma discussão atual. In: SOUZA, Alicia Navarro; PITANGUY, Jacqueline (Orgs.). **Saúde, corpo e sociedade**, Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 91-109.

BIRMAN, Joel. A Physis da saúde coletiva. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 11-16, supl., 2005.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 5 reimp. da 1 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. p. 41-72.

BOARINI, Maria Lúcia; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 13, p. 59-71, 2004. Disponível em: <http://www.academia.edu/6964765/_Higienismo_e_Eugenia_discursos_que_n%C3%A3o_envelhecem_1_Hygieneism_and_Eugenics_Everlasting_discourses_Maria_L%C3%BAcia_Boarini_Docente_da_Universidade_Estadual_de_Maring%C3%A1_Oswaldo_H._Yamamoto_Docente_da_Universidade_Federal_do_Rio_Grande_do_Norte>. Acesso em: 12 set. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei nº 10. 216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 02 abr. 2015.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 05 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1999. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/.../FolhaRostomodelo99.doc>. Acesso em: 17 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 189, de 20 de março de 2002. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS os procedimentos de Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 189, de 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 1994a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/ INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 1994b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 fev. 1994c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 06 set. 2013.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, dez. 2011.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.

CAMARGO-BORGES, Celiane; CARDOSO, Cármen Lúcia. A Psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 26-32, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27041.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privativo para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. Saúde**

Colet., Rio de Janeiro, v. 12, p. 1865-1874, supl., 2007a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/09.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2014.

_____. **Saúde Paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

CANGUILHEM, Georges. Novas reflexões referentes ao normal e o patológico (1963-1966). In:_____. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 3 tiragem da 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014. p. 181-278.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de; AMARANTE, Paulo. Forças, diferença e loucura: pensando para além do princípio da clínica. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho, (Org.). **Ensaio**s: subjetividade, saúde mental, sociedade. 3 reimpr. da 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 41-52.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar. Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisando Canguilhem. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 9, p. 13-36, 1999.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, 1978, Casaquistão. **Declaração de Alma-Ata**: Saúde Para Todos no Ano 2000. URSS: 1978.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo**. Brasília, 1987. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/resolucao1987_2.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2015.

_____. **Código de ética profissional do psicólogo**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2015.

_____. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2015/09/CREPOP_2013_CAPS.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2015.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Ensaio**s: subjetividade, saúde mental, sociedade. 3 reimpr. da 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 141-168.

DELEUZE, Gilles. A literatura e a vida. In:_____. **Crítica e clínica**. Trad. Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1997a, p. 11-16.

_____. Spinoza e as três éticas. In:_____. **Crítica e clínica**. Trad. Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1997b, p. 156-171.

DELGADO, Pedro Gabriel. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 13-18, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out 2015.

DESVIAT, Manuel. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina – a psiquiatria coletiva no Brasil. In:_____. **A Reforma Psiquiátrica**. Trad. Vera Ribeiro. 2 reimpr. da 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 135-154.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2015.

_____. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, Rio Grande do Norte, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998.

ERASMO, Desidério. A loucura fala. In:_____. **Elogio da loucura**. Trad. Paulo Neves. Porto Alegre: L&PM. 2014. p. 11-130.

FERREIRA NETO, João Leite. Psicologia e Saúde Mental: três momentos de uma história. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 18-26, 2008. Disponível em: <<http://www.pucminas.br/documentos/tresmomentos.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

FIGUEIREDO, Vanda Valle de; RODRIGUES, Maria Margarida Pereira. Atuação do psicólogo nos CAPS do estado do Espírito Santo. **Psicologia em estudo**. Maringá, v. 9, n. 2, p. 173-181, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/pe/v9n2/v9n2a04.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.

FLORA, Fernando Antônio Mourão. As origens históricas da Clínica e suas implicações sobre a abordagem dos problemas psicológicos na prática médica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 2, n. 7, p. 203-216, 2006. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/56>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

FONSECA, Márcio Alves da. O indivíduo moderno. In:_____. **Michel Foucault e a constituição do sujeito**. 3 ed. São Paulo: EDUC. 2011. p. 71-95.

FOUCAULT, Michel. A constituição histórica da doença mental. In:_____. **Doença mental e Psicologia**. Trad. Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 49-72.

_____. **A história da loucura**. 1 reimpr. da 9 ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

_____. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. 3 tiragem da 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

_____. O nascimento da medicina social. In:_____. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. 19 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004a. p. 79-98.

_____. Os corpos dóceis. In:_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Trad. Raquel Ramallete. 29 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004b. p. 117-142.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. Algumas idéias sobre as bases teóricas da análise de conteúdo. In:_____. **Análise de conteúdo**. Brasília: Liber Livro, 2003a. p. 13-17.

_____. Características definidoras. In:_____. **Análise de conteúdo**. Brasília: Liber Livro, 2003b. p. 19-27.

FREUD, Sigmund. Sobre a psicoterapia. In:_____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: (1901-1905) um caso de histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 239-251.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

_____. **Método e técnicas de pesquisa social**. 4. reimpr. da 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s21-s23, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 maio 2014.

GLINA, Débora Miriam Raab et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 607-616, 2001 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 maio 2014.

GOLDBERG, Jairo Idel. **Cotidiano e instituição**: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas. 1998. 2 v. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

GUERRA, Andréa Máris Campos. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Rev Latinoam Psicopat Fund**. São Paulo, v. 7, n. 2, p. 83-96, 2004. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume07/n2/reabilitacao_psicossocial_no_campo_da_reforma_psiquiatrica.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2015.

IGLESIAS, Alexandra et al. Análise das ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES). **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 110-127, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2015.

JULIANI, Carmen Maria Casquei Monti; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-333, dez. 1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/465.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 55-59.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

LANE, Sílvia Tatiana Maurer. A Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In: LANE, Sílvia Tatiana Maurer; GODO, Wanderley (Orgs.). **Psicologia social: o homem em movimento**. 5 reimpr. da 13 ed. São Paulo: Brasiliense, 2001. p. 10-19.

LIMA, Dalva Aparecida; RIANI, Érika. **Análise e intervenção Institucional**. Belo Horizonte, 25 nov. 2004. Disponível em:

<http://www.fgbbh.org.br/artigos/analise_e_intervencao_institucional.htm>. Acesso em: 08 abr. 2015.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Por uma clínica de expansão da vida. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl.1, p. 515-521, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a04v13s1.pdf>>. Acesso em 15 ago. 2015.

MANSANERA, Adriano Rodrigues; SILVA, Lúcia Cecília da. A influência das idéias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 115-137, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722000000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2014.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (caps II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2015.

MATTA, Gustavo Corrêa; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. O processo saúde-doença como foco da Psicologia: as tradições teóricas. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. 1ª. reimpr. da 1ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 129-140.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Huditec, 2014.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; NEVES, Edwiges de Oliveira. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 608-621, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 ago. 2015.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Estado de Bem-estar Social - origens e desenvolvimento. **Revista Katálisis**, Florianópolis, n. 5, p. 89-103, 2001. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/viewFile/5738/5260>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

OURY, Jean; SIVADON, Danielle. Constelações. Jean Oury e Danielle Sivadon: Conversações em La Borde (2004). **Cadernos de subjetividade**, Trad. Joris De Bisschop e Clara Novaes, São Paulo, v. i, n.1, p. 8-21, 2012.

ROTELLI, Franco. Formação e construção e novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; CRUZ, Leandra Brasil da (Orgs.). **Saúde mental, formação e crítica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Laps, 2015. p. 37-50.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.

SALES, André Luís Leite de Figueiredo; DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 812-827, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400012>. Acesso em: 08 out. 2015.

SANTOS, Adalberto Afonso Lima dos. A clínica no século XXI e suas implicações éticas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 88-97, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Ago. 2014.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana Maria (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-18.

SILVA, Rosalina Carvalho da. A formação em Psicologia para o trabalho na saúde pública. In: CAMPOS, Florianita Coelho Braga (Org.). **Psicologia e saúde: representando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 25-40.

SILVA, Rosimeire. Psicose e laço social: uma questão ética (e nova) para a clínica. In: CAMPOS, Florianita Coelho Braga; LANCETTI, Antônio (Orgs.). **SaúdeLoucura: experiências da reforma psiquiátrica**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 137-148.

SPINK, Mary Jane et al. A Inserção de psicólogos em serviços de saúde vinculados ao SUS: subsídios para entender os dilemas da prática e os desafios da formação profissional. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. 1ª. reimpr. da 1ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 53-79.

SPINK, Mary Jane; MATTA, Gustavo Corrêa. A prática profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **A Psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. 1ª. reimpr. da 1ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 25-51.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2015.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão de. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. **Mnemosine**. Rio de Janeiro, v.1, n. 0, p. 73-90, 2004. Disponível em: <<http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/22>>. Acesso em: 03 set. 2015.

VIGANÓ, Carlo. Terapia ou reabilitação. In:_____. **Saúde mental**: psiquiatria e psicanálise. Belo Horizonte: Instituto de Saúde Mental/Associação Mineira de Psiquiatria, 1997. p. 23-27.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Modelo de carta de solicitação para pesquisa na SEMUS**. Vitória, 2014. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20140124_semus_modelopesquisa.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2015.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada

Nº da Entrevista:

Data da entrevista: ____/____/____. Hora: ____:____. Dia da Semana:

Idade do entrevistado:

Sexo:

Formação Profissional/Pós-graduação/Especialização:

Bairro/Município de moradia:

Tipo de Vínculo com o CAPS e Carga Horária Semanal:

Quanto tempo está no CAPS:

1. Fale brevemente como foi seu ingresso na área da Saúde Mental e/ou no CAPS?
2. Teve alguma formação específica para atuar na saúde coletiva e com a saúde mental?
3. Você considera que sua graduação foi suficiente para o preparo para atuar na saúde coletiva e com a saúde mental?
4. Você, como psicólogo, tem uma abordagem teórica específica? Como é utilizar esta abordagem no CAPS? E como você percebe as implicações dela no seu cotidiano de trabalho?
5. Como é para você trabalhar aqui? (identificar quais motivações o levou a trabalhar com a saúde mental?). O que faz com que você venha todo o dia ao CAPS?
6. Como é seu trabalho aqui? Que atividades você desenvolve/realiza e quais os objetivos destas? (identificar se existem ações coletivas sendo realizadas, quais são, quais os objetivos destas).
7. Que importância tem estas ações? E qual interlocução você tem com aquelas das quais não participa diretamente?
8. Quais os desafios encontrados na sua atuação no âmbito da saúde mental? Eles persistem até hoje? Se sim, aponte quais e os motivos para isto acontecer.
9. Quais seriam, a seu ver, os modos de avançar diante destes desafios que persistem até hoje?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPIRÍTO SANTO

CURSO GRADUAÇÃO DE PSICOLOGIA

TÍTULO DA PESQUISA: E AGORA O QUE FAZER? UMA VISÃO DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof^a. Me. ANDRÉA CAMPOS ROMANHOLI

JUSTIFICATIVA: Considerando que várias pesquisas apontam que a formação do psicólogo ainda não oferece adequada preparação para atuar no sistema público de saúde brasileiro, apesar de a academia fornecer um volume bastante extenso de conteúdo disciplinar, técnico, especialista. Constata-se que ainda, exista uma deficiência na transmissão dos conteúdos, porque considerados menores, múltiplos e complexos, os quais só podem ser percebidos no cotidiano, nas interações psicólogo/usuário que se encontram imersas na complexidade das interações das práticas de cuidado da saúde. A presente pesquisa pretende identificar a existência de possíveis lacunas entre as duas realidades do profissional da Psicologia que atuam no contexto da saúde mental em Vitória: a teoria - a realidade de sua formação - e a prática, cujo objetivo é fazer avançar a superação deste hiato entre a formação/atuação do psicólogo, e aproximá-lo ainda mais dos princípios fundamentais do SUS, provocando reflexões sobre a práxis *Psi*, para viabilizar a compreensão de como acontece este processo de formação do psicólogo/agente transformador.

OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: Esta pesquisa pretende descrever a atuação do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Vitória-ES, e articular com os fundamentos da Saúde Coletiva e com os preceitos fundamentais do SUS e da reforma psiquiátrica no Brasil. Para isto, serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os psicólogos que atuam neste contexto.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA: A natureza da pesquisa e o método adotado não oferecerão riscos aos sujeitos da pesquisa.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA: A pesquisa permitirá o aprimoramento de ideias que possam levar a uma prática eficaz e contextualizada trazendo elementos, que possam lançar alguma luz a respeito da atuação do psicólogo na saúde mental, a partir de sua própria experiência, como sujeito/ator inserido na rede do SUS.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Quando necessário, o voluntário receberá toda a assistência oferecida pela Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa. Basta, para isto, procurar a pesquisadora Prof^a. Me. Andréa Campos Romanholi, pelo telefone do trabalho (27) 3331.8632 ou (27) 3331.8641 e também no endereço Av. Vitória, nº 950 – Forte São João, Vitória-ES. CEP: 29017-950.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS: Em qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS: As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizado e pelo patrocinador. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO: Eu, _____, portador da Carteira de identidade nº _____, expedida pelo Órgão _____, por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Fui informado que meu número de registro na pesquisa é _____ e recebi cópia desse documento por mim assinado.

_____/_____/____.

Assinatura do Participante/Voluntário DATA Impressão Dactiloscópica(p/analfabeto).

_____/_____/____.

Assinatura do Responsável pelo Estudo

DATA

ANEXO A - Modelo de carta de solicitação para pesquisa na SEMUS

Exma. Sr^a. Secretária Municipal de Saúde

Daysi Koehler Behning

Vimos mui respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria a apreciação do nosso projeto de pesquisa para aprovação por esta Secretaria.

Instituição de Ensino: _____

Orientador(a): _____

Pesquisadores(as): _____

Título da pesquisa: _____

Especificação da pesquisa: () Graduação / TCC () Graduação/ Iniciação Científica () Especialização () Mestrado () Doutorado

Nº Linha de Ação: _____ Nº Linha de Pesquisa: _____

Telefones para contato: _____

e-mail: _____

Assinatura dos pesquisadores (as):

Assinatura do orientador (a):

Vitória/ES, _____ de _____ de _____.

** Papel timbrado da instituição solicitante*

ANEXO B – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa:				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso)		3. Código:	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4)	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()	
8. Unitermos: (3 opções)				
SUJEITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos No Centro : Total:		10. Grupos Especiais : <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica ()		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome:				
12. Identidade:	13. CPF.:	19. Endereço (Rua, n.º):		
14. Nacionalidade:	15. Profissão:	20. CEP:	21. Cidade:	22. U.F.
16. Maior Titulação:	17. Cargo	23. Fone:	24. Fax	
18. Instituição a que pertence:			25. Email:	
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura _____</p>				
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO				
26. Nome:		29. Endereço (Rua, nº):		
27. Unidade/Órgão:		30. CEP:	31. Cidade:	32. U.F.
28. Participação Estrangeira: Sim () Não ()		33. Fone:	34. Fax.:	
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não () Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)				
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) : Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução</p> <p>Nome: _____ Cargo _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura _____</p>				
PATROCINADOR Não se aplica ()				
36. Nome:		39. Endereço		
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:	42. UF
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP				
45. Data de Entrada: ____/____/____	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado () Data: ____/____/____	48. Não Aprovado () Data: ____/____/____	
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para:				
Encaminho a CONEP:		53. Coordenador/Nome		Anexar o parecer substanciado
50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação ()		Assinatura _____		
52. Data: ____/____/____				
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP				
54. Nº Expediente :	56. Data Recebimento :	57. Registro na CONEP:		