
INVENTÁRIO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS POR PSICÓLOGOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO LITORAL DO PARANÁ

INVENTORY OF PRACTICES DEVELOPED BY PSYCHOLOGISTS IN MENTAL HEALTH SERVICES IN PARANÁ COAST

Camila Muhl¹
Adriano Furtado Holanda²

RESUMO

Com o modelo de Atenção Psicossocial proposto pela Lei n. 10.216 e a implantação em larga escala no país dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as práticas desenvolvidas pelos profissionais no âmbito da saúde mental se ampliaram e transformaram em relação aquelas desenvolvidas nas instituições psiquiátricas. Destarte, o objetivo deste trabalho é identificar e descrever as atividades desenvolvidas pelos profissionais da Psicologia dentro desses serviços. A pesquisa de orientação fenomenológica realizou-se na 1ª Regional de Saúde do Paraná, onde foram entrevistados seis psicólogos que atuavam nos quatro CAPS da regional.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção Psicossocial. Atuação profissional. Psicologia.

ABSTRACT

With the Psychosocial Attention model proposed by Law 10.216 and the large-scale implementation in the country of Psychosocial Care Centers (CAPS), the practices developed by professionals in the field of mental health have been expanded and transformed in relation to those developed in psychiatric institutions. Thus, the objective of this work is to identify and describe the activities developed by Psychology professionals within these services. The research of phenomenological orientation was carried out in mental health services in Paraná Coast, where were interviewed six psychologists who worked in the four regional CAPS.

Keywords: Mental health. Psychosocial Attention. Professional performance. Psychology.

¹ Psicóloga formada pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Doutoranda em Sociologia pela mesma instituição. Curitiba-PR, Brasil. *E-mail*: came.muhl@gmail.com.

² Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília. Docente do Programa de Pós-Graduação e Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Coordenador do Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade (LabFeno/UFPR). Pesquisador CNPq PQ2. Curitiba-PR, Brasil. *E-mail*: aholanda@yahoo.com

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é mapear quais são as práticas que os profissionais da Psicologia desenvolvem nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), principal serviço de atendimento as pessoas com diagnóstico de transtorno mental no Brasil atualmente. Essa investigação se faz necessária diante da grande mudança que aconteceu na assistência à saúde mental no país recentemente em que passamos de um modelo manicomial para um modelo de atenção psicossocial.

Desde as primeiras instituições e políticas que trataram da loucura no país, as práticas que se tinham eram aquelas de caráter manicomial, ou seja, em que as pessoas eram retiradas do seu lugar de existência e inseridas em instituições psiquiátricas fechadas onde a vida era formalmente administrada pelos profissionais que ali trabalhavam³. Com o passar do tempo, houve mudanças nos tratamentos, mas eles ainda tinham o manicômio como principal espaço. A partir dos argumentos da luta antimanicomial, ergueram-se vozes contra esse modelo que, a partir da década de 1970, começaram a propor novas configurações de cuidado à pessoa com diagnóstico de transtorno mental e que tomaram forma por meio da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que instalou um novo modelo de atendimento: a atenção psicossocial.

A Lei n. 10.216 ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica e retirou dos hospitais psiquiátricos o seu lugar prioritário no atendimento a loucura, realocando como última opção a ser acessada, apenas quando as alternativas comunitárias tivessem falhado. É nesse momento também que os Centros de Atenção Psicossocial, serviços de saúde mental de portas abertas, interdisciplinar e inserido na comunidade, passam a ser implementados em grande escala no país.

Assim nos questionamos: quais são as práticas desenvolvidas pelos profissionais nesses novos espaços de cuidado, em especial, quais são os fazeres dos psicólogos dentro dos Centros de Atenção Psicossocial? Para tal, fomos investigar, na realidade desses serviços e no cotidiano desses profissionais, quais são as atividades por eles desenvolvidas. Esta opção metodológica de pesquisa foi feita a partir da nossa opção epistemológica pela fenomenologia.

Método

Para compreendermos a atuação profissional dos psicólogos que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial optamos por uma pesquisa qualitativa de enfoque fenomenológico. Holanda (2014) assinala que a fenomenologia traça o seu caminho na direção de uma metodologia descritiva e compreensiva, que desemboca num modelo privilegiado de análise da realidade justamente por não abandonar o solo empírico desta realidade.

³ Para melhor compreensão da Instituição Psiquiátrica ver Goffman (1961).

O local da pesquisa foi a 1ª Regional de Saúde do Paraná. Essa Regional é formada pelos municípios de Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá e Pontal do Paraná e é conhecida como Regional do Litoral, por abrigar os municípios da costa paranaense. Essa Regional contava, na época da pesquisa, com quatro CAPS, onde realizamos a entrevista com seis profissionais da Psicologia.

A coleta de dados foi feita através de entrevistas abertas, agendadas previamente e realizadas nos locais de trabalho de cada um dos psicólogos durante o mês de junho de 2014. Utilizamos duas perguntas disparadoras: 1) “Quais são as atividades que você desenvolve no serviço?”, e 2) “Qual é sua rotina de trabalho?”. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise.

Através da entrevista buscamos alcançar a experiência vivida das pessoas no âmbito do nosso problema de pesquisa. Chegamos então a uma relação das atividades desenvolvidas pelos psicólogos nos CAPS e, também, às vinculações e objetivos que os profissionais atribuíam a essas atividades. No decorrer da apresentação dos resultados, comparamos os dados encontrados no campo com as diretrizes de saúde mental no Brasil, como uma forma de problematizar tanto as diretrizes como a realidade.

Esse trabalho faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Atenção em Saúde Mental no Paraná: Serviços, Profissionais e Dispositivos de Atenção na Regional de Saúde do Litoral” que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR (sob o protocolo 25380113.6.0000.0102) e pelo Comitê Intersetorial de Saúde Mental da Regional do Litoral.

O que fazem os psicólogos no CAPS?

O CREPOP (Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas), órgão do Conselho Federal de Psicologia, realizou uma pesquisa sobre a atuação dos psicólogos nos CAPS, no ano de 2007, junto aos profissionais que trabalhavam nesse serviço em todo o país, num total de 382 psicólogos respondentes. Nessa pesquisa, foram elencadas as práticas desenvolvidas cotidianamente nos serviços e que ficam a cargo dos psicólogos, as quais apontamos a seguir: atendimento individual, coordenação de grupos, atendimento psicológico com os familiares, atuação junto aos funcionários, visita domiciliar, trabalho em equipe multidisciplinar, atuação na rede e na comunidade, elaboração de prontuários e pareceres, gestão do serviço, atuação extramuros e atuação nas discussões políticas sobre a área de saúde mental. Cada uma dessas atividades engloba várias ações, por exemplo, o atendimento individual que pode representar tanto o acolhimento quanto um trabalho de psicoterapia. (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

Passados alguns anos dessa pesquisa e tendo o modelo de Atenção Psicossocial mais tempo para se consolidar e atualizar, encontramos um número maior de atividades sendo desenvolvidas por psicólogos nos CAPS⁴, como podemos observar no Quadro 1.

⁴ Apesar de estarmos aqui descrevendo as atividades desenvolvidas por psicólogos, não queremos afirmar que estas sejam privativas desses profissionais, uma vez que podem ser desenvolvidas nos serviços por profissionais de outras formações.

Quadro 1

Atividades desenvolvidas pelos psicólogos em Saúde Mental

Práticas profissionais dos psicólogos que atuam em CAPS
Acolhimento
Atendimento individual
Atendimento grupal
Atuação como profissional de referência
Avaliação
Comunicação com a Gestão
Devolutivas aos serviços da RAPS
Elaboração de projetos
Elaboração do Projeto Terapêutico Individual
Especialização
Organização de Conselhos e Comitês
Organização de eventos
Orientações
Participação em Conselhos e Comitês
Preparação para a alta
Responder ofícios e documentos a outros órgãos
Reunião com os familiares
Reunião de equipe
Reuniões de orientação em outros serviços
Visita domiciliar

Fonte: Os autores (2018)

Passaremos agora a descrever cada uma das atividades que foram indicadas pelos profissionais entrevistados. Como forma de complementar o entendimento dessas atividades, procuramos contextualizá-las com as normativas que regem os Centros de Atenção Psicossocial, pesquisas na área e material teórico, já que entendemos que os profissionais acabam recorrendo a esses mesmos materiais para esclarecer o seu fazer, articulando – ou tentando articular – a realidade do serviço com as disposições teóricas do campo de saúde mental.

Já no primeiro item a ser descrito, o **Acolhimento**, identificamos grandes diferenças no entendimento dos entrevistados sobre o que se trata esse momento tão fundamental para o modelo assistencial da Atenção Psicossocial. Se existe confusão na prática, essa confusão também aparece no manual *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* (Ministério da Saúde, 2004), documento que tem por objetivo nortear as práticas dentro do CAPS, mas que já prevê diferentes formas de acolhimento:

Quando a pessoa chega deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança

com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço (p. 15).

Neste trecho já podemos observar um certo conflito entre escutar e compreender *versus* coletar informações e elaborar um diagnóstico. Nos serviços de saúde mental do litoral do Paraná encontramos as duas posições, ou seja, serviços em que o acolhimento era representado como uma ficha e o foco era preencher o prontuário, e outros em que esse mesmo momento era representado por um sofá, um momento de encontro, e que por muitas vezes já trazia o alívio necessário àquela pessoa que buscou o atendimento. Vejamos o relato:

[...] situações de a pessoa vir aqui fazer o acolhimento e sair daqui satisfeita, e voltar dizer que só de vir aqui aquele dia “eu já conversei e consegui resolver algumas situações e não vou fazer o atendimento porque tem gente que precisa mais do que eu” (PC6⁵).

No serviço em que este profissional atua, foi criado um espaço específico para o acolhimento. Em uma sala onde antes havia mesa e cadeiras, foi alocado um sofá para criar uma atmosfera menos ameaçadora, um artifício físico para colaborar na postura que os profissionais adotaram de que o acolhimento é um “tempo para conversar”. Yasui (2010) identifica a chegada de um novo usuário ao serviço como um momento crítico. Nesse momento de sofrimento, de fragilidade e de dor, o esforço do profissional e da equipe que recebe deve ser o de acolher a pessoa por inteiro, acolher sua história e sua experiência, e, para isso, é preciso colocar a sua doença entre parênteses para olhar a pessoa que procura atendimento.

Os profissionais convergem para o entendimento de que é a partir do acolhimento que são definidas as atividades e o retorno deste usuário ao serviço. O profissional, no momento do acolhimento, seria capaz de ver e reconhecer os problemas que afligem a pessoa que procura a sua ajuda, a pessoa que é “vista” – reconhecida como uma pessoa com transtorno mental – recebe um agendamento para um próximo atendimento. Esse procedimento acaba por ser uma decisão individual do profissional.

Bom, a princípio eu faço o acolhimento [...]. Aqui a gente já consegue ver, resumidamente, qual é a problemática, quais são as questões que o paciente enfrenta ali. Percebendo que é um paciente de CAPS eu já agendo um retorno (PC2).

Uma das possibilidades de atendimento que o usuário pode receber a partir do acolhimento é o **atendimento individual**, próximo item a ser tratado. O atendimento individual também é uma atividade prevista para ocorrer dentro dos CAPS, podendo ser medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros (Ministério da Saúde, 2002).

⁵ Para manter o anonimato, os entrevistados serão apresentados através da sigla: PC que significam psicólogo(a) do CAPS e um número (1, 2, 3, 4, 5 e 6), de acordo com a ordem das entrevistas.

Entre as respostas dos participantes, encontramos vários nomes diferentes (“atendimento clínico”, “terapia individual clínica”, “atendimento psicológico”, “psicoterapia” e “intervenção”) para um mesmo tipo de atendimento, que se assemelha a um atendimento psicoterápico. Os atendimentos são feitos com agendamento prévio e tem duração pré-determinada, o que permite que o psicólogo organize uma agenda. Vejamos um relato:

Dentro da área de psicologia, eu tenho uma agenda, então eu sigo essa agenda. De manhã, geralmente na segunda-feira, eu já tenho três pacientes marcados; para a tarde também tem três pacientes marcados (PC2).

Nesse aspecto, não é possível identificar diferenças no atendimento oferecido nos Centros de Atenção Psicossocial da prática desenvolvida pelos psicólogos nos consultórios particulares. A agenda é também, na Atenção Psicossocial, uma velha companheira dos psicólogos. A exceção a essa organização e agenda parecem ser os momentos de crise⁶, em que o usuário é atendido sem ter marcado previamente um horário e que o tempo de atendimento pode se prolongar. O desenrolar desses momentos em que o cuidado exige mais do que o protocolar pode ser observado abaixo.

[...] a gente tem uma agenda de atendimento; mas, esa agenda, normalmente, a gente não consegue cumprir, porque acontecem prioridades. Rotineiramente tem casos que a gente demora três horas para resolver. Quer dizer, se eu tinha agendamento para aquele horário, esqueça, eu vou estar desmarcando com esses usuários, porque eu tenho que resolver aquela situação (PC3).

O **atendimento grupal** é ainda mais complexo para a análise do que o atendimento individual. Além de receber nomenclaturas diferentes (“grupo terapêutico”, “roda de conversa”, “grupoterapia”, “grupo de transtornos”, “terapia de grupo” e “psicoterapia de grupo”) também se referem a práticas muito diferentes. Podemos perceber duas tendências bastante distintas nos trabalhos em grupo. A primeira delas diz respeito a um grupo que tem um perfil mais terapêutico, mas próximo da noção de psicoterapia e que se apresenta menos diretivo. Encontramos um exemplo desse tipo de grupo na seguinte fala:

[...] a gente percebe naquele grupo... hoje, por exemplo, a gente percebeu que vem muito a questão, por exemplo, da depressão, da angústia, do vazio, então é um tema que eu quero trabalhar na semana que vem porque eles trouxeram isso como algo que está muito forte [...]. O grupo sempre opera, um vai operando e interagindo com o outro e eu vou interagindo dessa forma também (PC4).

A segunda tendência encontrada diz respeito a um grupo com características de recreação, o que não significa que ele não tenha objetivos terapêuticos. Este tipo de grupo trabalha com

⁶ Ressaltamos que a palavra “crise” é uma compreensão nossa dos momentos relatados nas entrevistas. Apesar desse conceito ser importante para a saúde mental, nenhum profissional chegou a se referir a ele diretamente.

atividades previamente organizadas e é mais diretivo nos assuntos que trata, como podemos observar nos seguintes trechos:

Com o grupo, a gente faz atendimento em grupo com todos, em grupo a gente faz roda de conversa, faz dinâmica, passa filme, faz algum tipo de atividade (PC1).

[...] nesse grupo de depressão, tem dinâmica, tem atividades de reflexão, tem relaxamento, todo esse processo (PC6).

Neste segundo tipo de grupo, parece que a finalidade está em não deixar os usuários ociosos dentro do serviço, é uma estratégia para ocupar o tempo. As atividades são organizadas previamente pelos profissionais e tem uma duração considerável de tempo, como a execução de uma dinâmica ou a exibição de um filme.

Ainda existem profissionais que fazem a avaliação e a opção por uma tendência ou outra dependendo das características do grupo a ser atendido. Por exemplo, um mesmo psicólogo que atende dois grupos diferentes entende que as especificidades de cada um desses grupos demandam ações diferentes, então, ao atender os adolescentes, ele faz opção pelo trabalho acima descrito como terapêutico; com as crianças ele prefere oferecer atividades de recreação.

No caso dos grupos, o trabalho interdisciplinar, princípio fundamental da Atenção Psicossocial, consegue se apresentar com mais força (Ministério da Saúde, 2004). Não são raros os grupos ministrados conjuntamente por profissionais de diferentes áreas do conhecimento (em especial, a parceria psicólogo e terapeuta ocupacional). Existem também grupos em que os profissionais se alternam na coordenação.

Outra observação importante nesse contexto é a centralidade que o diagnóstico possui no desenrolar do atendimento. O sofrimento psíquico grave ainda é identificado com os diagnósticos psiquiátricos. Essa centralidade pode ser facilmente observada quando nos deparamos com os grupos desenvolvidos nos CAPS em que os usuários acabam divididos por patologias.

[...] daí, diante dessa avaliação, define os grupos que vai se enquadrar melhor cada pessoa, que vai se sentir mais à vontade diante dos sintomas, do transtorno em si (PC1).

[...] vendo qual que era o CID, qual que era a queixa principal, para a gente poder encaixar ele nos grupos, foi assim que foi feita a divisão (PC6).

Apresentamos dois trechos que falam de como foi feita a organização dos diferentes grupos dentro do CAPS a partir do diagnóstico dos usuários. Mas, mesmo nas entrevistas que não falam explicitamente sobre a organização dos grupos, é recorrente o uso de expressões como “grupo de dependência química”, “grupo de transtorno” ou “grupo de depressão”. O diagnóstico aparece como uma ferramenta que, ao observar os sintomas e os sinais, permite a classificação de doenças em códigos pré-estabelecidos. Entretanto, muitas vezes, esse processo é deturpado e o diagnóstico psiquiátrico acaba legitimando o preconceito e as práticas de controle sobre as pessoas com diagnóstico de transtorno mental. Quando a clínica é centrada no diagnóstico, todas as ações vão visar à normalização do sujeito, o seu completo ajuste aos valores e regras

dos “normais”. Esse tipo de ação mostra-se contrária às diretrizes de saúde mental no Brasil que buscam proporcionar autonomia, integralidade e respeito às diferenças individuais (Ministério da Saúde, 2004; Severo & Dimenstein, 2009).

A crítica aqui não é ao diagnóstico em si, que pode facilitar a escolha das condutas terapêuticas específicas para cada caso. O nosso questionamento é ao uso que os profissionais fazem do diagnóstico, por exemplo, ao separar os grupos, como se todas as pessoas que tem transtorno depressivo fossem iguais e por isso seria terapêutico para elas permanecerem sempre juntas, às terças-feiras, dentro do serviço, por mais que na terça-feira algumas dessas pessoas tivessem outras atividades que gostariam de participar e preferissem ir ao CAPS na quarta-feira.

Além da centralidade do diagnóstico, é necessário também estender a crítica ao uso indiscriminado do termo “paciente” pelos psicólogos entrevistados, todos eles, sem exceção, usaram esse termo durante as entrevistas. A própria legislação do Sistema Único de Saúde (Lei n. 8.080/90 e Lei n. 8.142/90) já aponta problemas em relação ao uso da palavra “paciente”, e, por isso, propõe o uso do termo “usuário”⁷ no lugar desta, como uma forma de destacar o protagonismo da pessoa que recorre ao SUS em busca de saúde.

Mais especificamente na saúde mental, o termo “paciente” – tal como “doente” – são considerados estigmatizantes, por isso, o uso é desaconselhado. Quando se faz referência a um “paciente”, está incutida a ideia de que esse é um receptor passivo e que os profissionais de saúde podem administrar-lhe a vida, o que se opõe às diretrizes atuais da Atenção Psicossocial que buscam gerar autonomia e interlocução (Costa-Rosa, 2013).

Num primeiro momento, essa questão pode parecer de menor importância: é apenas uma palavra, a troca do termo paciente pelo termo usuário. Mas existem outros elementos que devem ser considerados, como o fato de que são paradigmas distintos que operam por trás de cada um desses termos; e, também, o fato de que é no cotidiano do serviço, seja através da fala ou da ação, que as relações de tutela podem ser colocadas em xeque, e isso pode ser feito com adequações na linguagem.

O item seguinte da nossa lista é a **atuação como Profissional de Referência**. Essa atividade foi relatada por apenas um entrevistado e, ainda assim, era uma prática que estava começando a ser inserida no serviço. Vejamos o relato:

A gente também começou, a partir de março, a ter os profissionais de referência para cada paciente porque, assim, aqui a gente tem 200 pacientes, e todo mundo cuidava de todo mundo, e não cuidava de ninguém. Ah, então o paciente começou a abandonar e ninguém ia atrás; todo mundo ia, mas ninguém ia. Então, assim, cada profissional aqui tem em torno de 15 a 20 usuários de referência; todo mundo sabe de todos, mas, no caso de abandono, no caso de uma intervenção, melhor chamar a família; ou [no caso] de um atendimento mais específico, sempre o profissional de referência é que vai estar atuando de uma maneira mais específica (PC4).

⁷ O termo “usuário” também já vem sofrendo críticas dos estudiosos por não cumprir as promessas de protagonismo que carregava, pois ainda vincula o usuário ao serviço de saúde. (Amarante, 2007).

A implementação dos Profissionais de Referência é muito valorizada pelas diretrizes nacionais de saúde mental. Essa atividade pode ser desempenhada por qualquer um dos profissionais que atuam no CAPS, não sendo uma exclusividade dos psicólogos. O Profissional de Referência tem papel central na criação e no fortalecimento do vínculo do usuário com o serviço e possui algumas funções específicas dentro do CAPS:

O Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS (Ministério da Saúde, 2004, p. 16).

Outra atividade desenvolvida pelos psicólogos dentro do CAPS é a **avaliação**. Esse momento de avaliação aparece geralmente quando o usuário chega ao serviço, e serve tanto para o psicólogo conhecer essa pessoa, como também para ambientá-la e orientá-la quanto ao atendimento que vai receber em saúde mental:

Então, quando o paciente chega no serviço, faz essa primeira avaliação para poder estar direcionando o tratamento junto com ele, quantas vezes precisa vir, individual ou grupo, só grupo (PC1).

A avaliação costuma aparecer acompanhada de uma preocupação de que o novo usuário tenha o “perfil de CAPS”, indicado na legislação para “pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (Ministério da Saúde, 2004, p. 13). A avaliação é também uma busca pelo diagnóstico:

[...] quando a pessoa vem para mim para atendimento, com uma intuição clínica, com dois minutos de conversa eu sei se ela está severa ou não [...]; se ela não estiver em estado de surto, ela está com ideação suicida, com fissura pela droga, com agitação psicomotora quebrando tudo na casa dela, isso é um paciente severo (PC3).

[...] aí se a gente, ou eu, ou a equipe entende que é um caso de severidade, um caso severo, aí a gente inicia os trabalhos no CAPS (PC2).

O próximo item a ser apresentado é a **comunicação com a gestão**. Os profissionais ressaltaram a importância do apoio e do bom diálogo com as autoridades do município, em especial com o Prefeito e com a pessoa responsável pela Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de um bom trabalho na área de saúde mental. Vejamos:

[...] e destacar a importância da gestão, do Prefeito, do Secretário de Saúde trabalharem apoiando a Saúde Mental, porque os profissionais, por melhores que sejam eles, eles não fazem uma saúde mental no município se não tiver o apoio da gestão (PC3).

Aqui em [...] eu trabalho desde 2011; então, assim, eu já venho da gestão anterior, e já estou nessa gestão há dois anos. Então é uma situação bem diferente, esse ano a gente está vendo, desde o ano passado, a gente vê que realmente a gestão quer que os serviços funcionem (PC6).

Esse apoio da gestão municipal se mostra importante em vários momentos, como na tomada de decisão e no direcionamento do serviço.

É possível identificar entre os profissionais o consenso de que só é possível fazer saúde mental se a gestão se identificar com essa área e direcionar ações para tal. Entretanto, nem todos os diálogos com as autoridades do município são tranquilos. Segundo os relatos dos entrevistados, é comum que surjam pedidos que extrapolem o funcionamento habitual do serviço, como solicitações para atender uma pessoa que não está em sofrimento psíquico grave, ou ainda, para que se facilite o benefício por doença no INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) de uma pessoa que não é usuária do CAPS.

Apesar desses “pedidos incoerentes” – como um dos entrevistados chamou as demandas dos políticos do município – não se apresentarem todos os dias, pudemos perceber que eles incomodam bastante. Os psicólogos acabam ficando numa posição incômoda, entre atender ou não atender o pedido dos políticos que, no entendimento dos profissionais, nas cidades do litoral têm bastante poder e podem decidir o futuro desse profissional num outro momento. Nas respostas, não encontramos consenso sobre a forma de lidar com essa situação e cada psicólogo acaba por medir as possíveis consequências da sua resposta antes de tomar uma decisão.

Além da comunicação com a gestão, os profissionais também fazem a **comunicação interna da Rede de Atenção Psicossocial**, ou seja, com os outros serviços de saúde que prestam ações em saúde mental. Comunicação essa que nem sempre é efetiva:

[...] a gente está recebendo muito encaminhamento de criança, então a gente tem algumas dificuldades da RAPS, a gente precisa discutir essas coisas, um encaminhamento que está errado, e a gente tem que discutir e tem que levar de novo para a Unidade, uma referência que o médico faz e que às vezes dificulta o nosso trabalho (PC2).

Pelo relato, podemos perceber que a comunicação ocorre com bastante dificuldade e incompreensões entre os serviços. Algumas questões podem ser levantadas sobre o porquê ocorrem encaminhamentos “errados” de pacientes que não teriam o perfil para frequentar o CAPS: por um lado, existe a possibilidade de os profissionais que fazem os encaminhamentos não terem conhecimento aprofundado sobre o que é esse serviço e a quem se destina; por outro lado, pode se tratar de um sintoma dessa rede que não está totalmente formada e em que faltam outros serviços, o que sobrecarregaria o CAPS com todos os casos de saúde mental do município. Apesar de levantarmos esses questionamentos, não é nosso objetivo aqui nos determos na questão da rede⁸, e sim nas tarefas desenvolvidas pelos psicólogos.

⁸ Para mais informações sobre a rede e o território da 1ª Regional de Saúde do Paraná, ver: Muhl e Holanda (2016), Muhl e Holanda (2017) e Muhl e Holanda (2018).

Nosso próximo item diz respeito à **elaboração de projetos**. Num primeiro momento, esses projetos dizem respeito ao próprio projeto de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial e que contam com a ajuda de psicólogos na sua elaboração, como podemos ver na fala abaixo:

Assim, a gente refez todo o projeto do CAPS, desde a estruturação do projeto terapêutico até a saída do paciente daqui (PC6).

Mas outros tipos de projetos também são elaborados e executados por psicólogos e dizem respeito a práticas inovadoras para serem desenvolvidas dentro dos serviços, por exemplo, um projeto diferenciado para trabalhar com a alta dos usuários ou um projeto para ser realizado com as famílias dos usuários:

[...] na minha pós eu fiz um projeto de implantação. A conclusão do curso foi um projeto de implantação que eu já pensei no serviço. Esse projeto era para o CAPS, especificamente para fazer esse tipo de grupo, num trabalho mais preventivo, levando em consideração que os filhos tenham propensão a vir a ter algum problema. Como eles [usuários do serviço que são pais] são muito voltados para eles, muitos são muito agressivos com o filho. Outros, até por estarem depressivos, os filhos acabam ficando abandonados, têm dificuldade para expressar o sentimento, de dar limite... então, tudo isso é trabalhado nesse grupo, é um grupo específico voltado para isso (PC1).

Os projetos são importantes no cotidiano do serviço, pois refletem os objetivos que os profissionais esperam alcançar com o seu trabalho. Entre as entrevistas, encontramos projetos elaborados previamente, como os de implantação do CAPS, que orientam as ações do serviço, mas encontramos também projetos que já são fruto da reflexão crítica sobre a realidade do serviço e que buscam lidar com situações específicas que se apresentaram durante a atuação desses profissionais, o que demonstra a capacidade destes de realizar práticas inovadoras no campo da saúde mental.

O próximo item a ser tratado por nós é mais uma das atividades que são tidas como de suma importância para as diretrizes da Atenção Psicossocial, mas apareceram muito pouco durante a nossa pesquisa. Trata-se do **Projeto Terapêutico Individual** (PTI), no qual os psicólogos atuam na elaboração junto aos outros profissionais e junto aos usuários. Nas diretrizes, o PTI aparece como forma de respeitar as diferenças individuais e promover o protagonismo do usuário frente a sua vida (Ministério da Saúde, 2004).

Durante as entrevistas, apenas dois profissionais citaram diretamente o Projeto Terapêutico Individual, explicitando inclusive que essa é uma prática relativamente nova nos serviços em que estes profissionais atuam. Na fala de um profissional ainda podemos notar o papel que o PTI exerce no acompanhamento da evolução dos usuários:

Então, esse ano que, terapeuticamente falando, que a gente está começando a se organizar, fazendo o projeto terapêutico, até a gente fez uma reunião semana passada, [...], e vendo

assim: “o que a gente conseguiu em um ano?”, a gente ainda não consegue mensurar, a gente sabe que tem melhora de alguns pacientes, mas a gente ainda não tem [a mensuração dos resultados], porque os projetos terapêuticos ainda não existiam. Então, assim, eu sei que o paciente melhorou, mas o quanto? O que eu consegui com ele? Através do que? Cada profissional o que tem feito com o seu paciente? (PC4).

O fato de o Projeto Terapêutico Individual ter sido tão pouco citado pode ser um dado preocupante, tendo em vista que ele é uma ferramenta que permite olhar para o sujeito e não para a doença. Na literatura da área, o PTI aparece para promover ao usuário “um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades” (Ministério da Saúde, 2004, p. 16). O projeto terapêutico já é nomeado como individual justamente pelo seu objetivo de evitar um tratamento totalizante, como era o caso do oferecido nas instituições manicomiais, e por isso ele aparece como central no modelo de Atenção Psicossocial.

Com o item **Especialização** pretendemos agrupar todos os tipos de atividades que tenham como finalidade o aprimoramento profissional, entre elas estudos direcionados, desenvolvimento de pesquisas científicas, realização de cursos e participações em congressos e palestras, conforme é possível observar no trecho abaixo.

[...] a gente procura fazer um trabalho de qualidade, a questão da ética, de estar sempre se especializando, fazendo curso. Semana passada a gente foi num Congresso de Saúde Mental e Dependência Química, então existe todo esse movimento. A gente praticamente fechou, foi toda a equipe da parte técnica nesse congresso em Curitiba (PC1).

A razão para as atividades de especialização estarem aqui inseridas é que elas ocorrem dentro ou sob a tutela do serviço. Os psicólogos recebem autorização dos gestores para dedicar uma parte da sua carga horária de trabalho para os estudos. São encaminhados pelos gestores para congressos e palestras sobre a rede de atenção à Saúde Mental. E, em alguns casos, são incentivados pelos gestores a fazerem uma formação em saúde mental, em nível de pós-graduação.

Nosso próximo item, **organização de eventos**, é normalmente gerida por toda a equipe do serviço de saúde mental, incluídos aí os psicólogos, e podem ser tanto atividades diferenciadas para promover a integração dos usuários, como também podem ser eventos temáticos em datas especiais: páscoa, natal, dia das mães, e outras tantas. Esses eventos têm duração variada, podendo durar apenas um dia ou uma semana toda, por exemplo:

Tem um dia, na segunda, que é o dia D, que é aberto para todos os pacientes; ou quando a gente faz uma atividade diferenciada, como eu comentei daquela semana, daí vem a semana toda, é livre, vem todos os pacientes (PC1).

Foi feita, na páscoa, uma oficina de páscoa, com os pacientes da depressão. Então, assim, foi dado tudo por nós, eu e o terapeuta ocupacional que pagamos (PC6).

Os eventos têm um objetivo específico e claro: proporcionar um momento de recreação para os usuários do serviço. Os profissionais se empenham para realizar esses momentos – como vimos no relato acima em que o evento foi pago pelos próprios profissionais –, pois entendem que essas confraternizações e comemorações podem ser uma forma de integrar os usuários com a comunidade: se a comunidade está festejando a páscoa, o dia das mães, o natal, as pessoas com diagnóstico de transtorno mental também o estão fazendo, o que religa essas pessoas com o mundo.

A próxima atividade a ser descrita é a **organização de Comitês e Conselhos**, sendo que estes acabam tendo relação com a Saúde Mental. Na pesquisa de campo, encontramos dois psicólogos envolvidos com a criação do Comitê Municipal de Saúde Mental, e um psicólogo organizando reuniões para articular a rede de atenção à saúde mental no seu município. Vejamos os relatos:

E eu tô montando, já fiz a primeira reunião do Comitê Municipal de Saúde Mental, que está sendo, que nós estamos esperando só o prefeito assinar o decreto. Já está tudo prontinho. Eu acredito que até a primeira quinzena desse mês já esteja oficializado o Comitê, [...] que é um espaço também de discussão, onde tem representantes de vários setores do serviço público, né, dos conselhos municipais, das diferentes secretarias municipais, mas é uma, mas, vamos dizer assim, é uma reunião mais técnica (PC2).

Agora também eu estou fazendo um trabalho, correndo atrás dessa questão de rede... a gente já iniciou. Teve a primeira reunião de rede, que eu comecei a fazer aqui dentro do CAPS, chamando todos os setores, inclusive o Ministério Público (PC4).

O texto do relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002), que aconteceu em dezembro de 2001, fala da importância de existir esse tipo de órgão. Entre as funções dos Comitês ou Conselhos de saúde e de saúde mental em um município estão: fiscalizar e assegurar que os gestores atuem em prol do novo modelo assistencial em saúde mental e que sejam implantados serviços substitutivos nos municípios de acordo com as políticas vigentes. A organização desses órgãos aparece para os psicólogos entrevistados como uma forma de facilitar o seu trabalho e tentar driblar as dificuldades que eles encontram na atuação em saúde mental. Por exemplo, com o apoio do Comitê Municipal de Saúde Mental, pode-se requerer oficialmente, junto à gestão, a implantação de outros serviços no município, sem que isso soe como um pedido de um funcionário da prefeitura.

O próximo item da lista é a atividade de **orientação** que o Ministério da Saúde (2004, p. 21) compreende como “conversa e assessoramento individual ou em grupo sobre algum tema específico, por exemplo, o uso de drogas”. As orientações aqui compreendem aquelas ofertadas para os usuários e os familiares destes:

Por exemplo, tem muita gente que procura só a informação, que vem aqui... “Ah, me falarem não sei o que...” [...], que a gente vê que veio buscar, e eu tenho tentado fazer, na medida do possível, essa orientação primeira (PC5).

O trabalho de oferecer orientações acaba sendo compreendido como um momento informal, e não como uma prática oficial do psicólogo dentro do serviço, tanto que um dos profissionais entrevistados intitulou esse tipo de ação como “atendimento de corredor”. Apesar desse tipo de atividade ser vista com um valor reduzido, todas as atividades dentro do CAPS devem ser desenvolvidas em um meio terapêutico, que é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor (Ministério da Saúde, 2004). Destarte todos os encontros e todos os espaços, sejam eles físicos ou afetivos, podem ser acolhedores e terapêuticos e mesmo uma ação simples, de orientação, ainda que no corredor, pode ser um cuidado em saúde mental. O que se negligencia aqui – ou se desqualifica – é o papel que a orientação tem na assistência ou mesmo prevenção no contexto de saúde.

A **participação dos psicólogos em Comitês e Conselhos**, próximo item a ser apresentado, é desempenhada com os mesmos objetivos que levam os psicólogos a organizar Comitês e Conselhos. A única diferença que encontramos é que, no caso em que os psicólogos só participam, os comitês e conselhos não precisam tratar especificamente da saúde mental, podem ser apenas de saúde ou mesmo de assuntos que estejam relacionados a aspectos sociais, como a segurança.

[...] a gente faz parte do Conselho de Políticas Públicas sobre Drogas. Eu sou conselheira, a assistente social é, junto comigo, representando a Saúde, para lá a gente buscar outras melhorias, como segurança que o problema da dependência química, por exemplo, está relacionado com o tráfico (PC3).

O próximo item a ser detalhado é a **preparação para a alta do serviço**, atividade que foi relatada acompanhada de muita preocupação pelos profissionais do serviço. A preocupação com esse aspecto surge em duas frentes diferentes: por um lado, a preocupação que os usuários não fiquem dependentes do serviço, sendo atendidos ano após ano interruptamente, o que poderia caracterizar uma institucionalização do usuário, como observamos no seguinte relato:

[...] hoje em dia a gente está com paciente que está aqui há mais de dois anos já, e que não tinha recebido alta em nenhum momento, e assim a gente está começando a dar alta para esses pacientes (PC6).

Apesar das preocupações dos profissionais com a institucionalização dos usuários, é curioso notar que os psicólogos definem medidas que devem servir para todas as pessoas com transtornos mentais atendidos no CAPS. Por exemplo, nesse caso, dois anos apareceriam como o tempo máximo que alguém poderia permanecer vinculado ao serviço. Nos questionamos então: a alta de um serviço não deveria ser pensada como um evento dentro de um percurso individual de cuidado, dentro das particularidades do projeto terapêutico individual do usuário, ao invés de ser estipulada anteriormente dentro de um prazo de permanência no serviço que se aplique a todos?

Já a segunda preocupação tem sentido contrário ao da primeira e aparece diante da fragilidade da rede de atenção, onde os usuários receberiam a alta do CAPS e ficariam desassistidos, retornando num momento posterior, com um quadro mais grave:

Agora mesmo estou trazendo um projeto sobre a alta dos pacientes porque a gente começou a ver que é muito lindo e maravilhoso chegar no tratamento, mas quando chega na saída a gente meio que falha. Até por não ter outros tipos de serviço aqui no município, a gente vai encaminhar para onde esse paciente? Até às vezes um vínculo que acaba se criando [...]. A nossa preocupação é a gente dar alta e eles voltarem piores (PC1).

A forma encontrada para superar essas preocupações é um trabalho extensivo com o usuário antes de dar a alta definitiva, numa tentativa de prepará-lo para enfrentar o mundo sem o auxílio do atendimento continuado ofertado no CAPS e também de prepará-lo frente às falhas da RAPS, que oferta serviço especializado em saúde mental, mas não consegue oferecer esse tipo de cuidado na atenção básica:

[...] a gente conversa sobre o paciente; a gente vê a questão da medicação, o acompanhamento psicológico, o terapeuta ocupacional, o serviço social, como está para cada profissional com relação àquele paciente. Se todos estiverem ok, a gente começa a trabalhar a alta. Então, ao invés de fazer semanalmente o atendimento desse paciente, a gente faz quinzenalmente. Então ele vem dois meses assim... um mês, dois no máximo. Aí, no mês seguinte, a gente faz uma vez por mês. Ele vem só para manutenção. A gente vê como ele está, avalia se ele estiver bem durante esses dois meses, três meses de desvinculação do serviço, daí a gente dá alta definitiva (PC6).

Apesar das preocupações relacionadas com a cronificação e a institucionalização dos usuários e de que a alta é importante justamente para romper com a lógica manicomial, Pelizzaro (2006) afirma que a alta dos serviços substitutivos em saúde mental é algo muito difícil de ser observado. A autora realizou uma pesquisa com profissionais de CAPS e sobre suas experiências com altas e apesar destes relatarem que o processo terapêutico deve ter início, meio e fim, a alta acontece de forma reduzida, ou não acontece, e é vista como um momento difícil do atendimento.

Alguns questionamentos precisam ser levantados em relação à alta. Em primeiro lugar, o procedimento de alta está intimamente ligado com o saber biomédico e com a ideia de cura: uma doença é percebida e um diagnóstico é feito, uma intervenção é realizada sobre esse corpo doente que volta para a sua condição anterior de normalidade e então se produz a alta médica. Não vamos nos aprofundar na discussão do normal e do patológico, pois não é a finalidade deste estudo, mas esse processo não se dá de maneira tão simples na área de saúde mental, onde a maioria das doenças são crônicas e acompanham as pessoas por toda a sua vida. Nesse contexto: se não existe cura, quais são os critérios adotados para dar alta a um usuário?

Outra questão relevante que gostaríamos de colocar é sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Se a rede não se forma e os serviços que deveriam dar apoio à alta dos pacientes do CAPS são falhos ou inexistentes – de acordo com as falas dos profissionais –, nesse âmbito, dar alta a um usuário é igual a deixá-lo desassistido. Caberia então aos profissionais se questionarem sobre o que é mais prejudicial: o risco de institucionalizar o usuário ou deixá-lo sem o suporte oferecido pelos profissionais e pelo serviço?

O próximo item diz respeito ao trabalho de **responder documentos e ofícios** demandados por outros órgãos que não fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial e que normalmente objetivam o esclarecimento sobre o atendimento de algum usuário. A emissão de documentos e laudos é uma questão delicada na Psicologia, tanto que aparece em vários momentos do Código de Ética Profissional (2005) para garantir o padrão esperado das práticas dos psicólogos.

Os psicólogos não parecem ter nenhuma dificuldade na elaboração desses documentos, exceto o tempo que é gasto na sua preparação. E em meio a essas comunicações, surge um ator importante: o Ministério Público, que pode tanto acionar o serviço como ser acionado por ele:

E na quinta-feira, eu acabo ficando um pouco mais do que eu devia porque, por causa dessas coisas aqui que vem do Ministério Público, que eles pedem acompanhamento (PC5). [...] outra coisa é que às vezes a gente tem problema com o próprio usuário, no sentido de muitas vezes a família, o usuário não consegue melhorar porque a família está atrapalhando ele, então tem casos que a gente leva para o Ministério Público, para o Ministério Público nos prestar esse auxílio (PC3).

Uma parte fundamental do trabalho em Atenção Psicossocial é o atendimento aos familiares do usuário – a **reunião de família**. A compreensão desse tipo de atendimento e a sua realização ocorrem de maneiras muito diferentes dentro dos serviços que visitamos, e o psicólogo aparece como um profissional-chave nesse atendimento. Na teoria, os grupos de familiares teriam o objetivo de criar laços de solidariedade, discutir problemas em comum, oferecer (e receber) apoio, além de ser um espaço para os profissionais repassarem informações acerca do projeto terapêutico e do diagnóstico (Ministério da Saúde, 2004). Vejamos como isso se dá na realidade dos serviços: normalmente esse atendimento é feito em grupo, com reuniões semanais ou mensais. Esses grupos podem ter como finalidade estabelecer um *feedback* entre o serviço e a família ou apresentar um objetivo terapêutico, próximo ao que os grupos de usuários apresentam. Nas falas a seguir temos retratos desses dois tipos de grupo.

[...] e também com os pais dos adolescentes que são pacientes do CAPS, crianças e adolescentes, também uma vez por mês eu faço grupo com eles... fazer uma devolutiva de como está sendo o trabalho, o que eles estão observando em casa, se está tendo evolução, não está, então o grupo familiar seria mais nesse sentido (PC1).

A gente começou agora esse ano a trabalhar com eles a questão de motivação, de desenvolvimento, a autoestima deles, regras, imposição de vontades, tanto por conta da questão da dependência química, que é o que eles mais têm dificuldade, como algumas questões, assim, alguns pacientes nossos aqui são muito dependentes dos pais, ou do marido, e a gente está tentando trabalhar com eles essa autonomia deles também (PC6).

Apesar de, na grande maioria das vezes, o atendimento aos familiares serem feitos em grupos – diversos familiares de diversos usuários –, existem também situações em que as reuniões com os familiares são feitas de maneira individualizada. Os familiares de um usuário

em específico podem ser chamados no serviço para tratar de questões particulares, como o uso de medicamentos, por exemplo.

[...] às vezes eu faço uma intervenção, chamo a família, faço intervenção também junto com o paciente e às vezes a gente consegue um resultado mais efetivo (PC4).

Esse atendimento individual de familiares também está previsto nas diretrizes do Ministério da Saúde (2004) que entende que ele deve acontecer em situações rotineiras ou momentos críticos quando a família (ou um membro dela) precise de orientações e acompanhamento. A participação da família é incentivada pelas diretrizes dos serviços e pelos gestores já que existe um entendimento de que os familiares são o principal elo dos usuários com o mundo e por isso devem estar próximos do serviço. Assim sendo, “os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social” (Ministério da Saúde, 2004, p. 29).

Voltando à lista, a **reunião de equipe** é uma prática que foi relatada por todos os profissionais entrevistados – juntamente com o atendimento individual – e a qual os profissionais atribuem grande importância. A reunião de equipe se apresenta como um espaço para a reflexão sobre as práticas desenvolvidas:

[...] a gente tem sempre reunião de equipe que eu acho é um espaço bem bacana que a gente tem para colocar até as nossas angústias, para colocar alguma coisa que tem que melhorar, para discutir um caso difícil (PC2).

A importância da reunião de equipe relatada pelos entrevistados pode ser esclarecida diante da descrição das tarefas que competem à equipe e que precisam ser desenvolvidas conjuntamente pelos profissionais:

As equipes técnicas devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade (Ministério da Saúde, 2004, p. 27).

Sendo estas, então, tarefas de organização, desenvolvimento e manutenção do serviço, a equipe precisa dialogar e entrar em consenso para que estas ações possam ser efetivamente aplicadas, sendo que o momento em que esse espaço de diálogo aparece é justamente a reunião de equipe. Ainda que sejam realizadas apenas uma vez por semana e por isso acumulem uma grande quantidade de conteúdos a serem discutidos, como pudemos observar na reunião de equipe que participamos em um dos CAPS que visitamos, esse parece ser um espaço de resoluções e tomada de decisão.

Vejam agora dois relatos sobre a atividade de **Reuniões de orientação em outros serviços**:

[...] então, além de fazer o nosso trabalho, a gente também está tendo que fazer esse trabalho de estar orientando as unidades [...]. De estar orientando porque os próprios profissionais do serviço da prefeitura não sabem o que é um CAPS, o que exatamente é o trabalho do CAPS; não fazem encaminhamento da forma correta, então a gente precisa também fazer esse trabalho com a rede, com os profissionais (PC1).

[...] normalmente uma vez por semana a gente também está se deslocando para as reuniões da UBS, para fortalecimento da própria RAPS (PC3).

Para o Ministério da Saúde (2002; 2004), caberia ao CAPS, e à sua equipe, responsabilizar-se pela organização da rede de cuidados em saúde mental no seu território e parece ser essa a origem dessas reuniões com o objetivo de esclarecer e facilitar a operacionalização da atenção em saúde mental no município. A Portaria 3.088 (Ministério da Saúde, 2011) desonera o CAPS dessa função, ao instituir a Rede de Atenção Psicossocial, onde todos os níveis de atenção têm tarefas exclusivas a serem cumpridas, mas, na prática, encontramos os CAPS ainda tendo um papel central na organização e nos cuidados em saúde mental da 1ª Regional de Saúde do Paraná.

O último item da listagem é a **visita domiciliar** descrita pelo Ministério da Saúde (2004, p. 22) como “atendimento realizado por um profissional do CAPS aos usuários e/ou familiares em casa”. Essa prática foi referenciada por apenas um psicólogo entrevistado e é realizada em meio a grandes dificuldades:

[...] a gente não tem carro, então sofre muito em relação fazer visita. Então, essa é uma prática que quase nem ocorre aqui muito por falta de carro para fazer isso; então essa é uma das coisas também que a gente vê falha no serviço que é a parte das visitas, que é bem esporádica, nos casos mais extremos. Ontem mesmo teve uma paciente que teve uma crise e foi parar no pronto-socorro e eu fui com a técnica de enfermagem e a gente foi no carro dela para ir lá ver a paciente (PC1).

Esse baixo número de visitas domiciliares realizadas pode ser um sintoma de uma grande valorização do serviço, de um entendimento do serviço como um espaço privilegiado. Nesse sentido, os profissionais priorizariam e centralizariam as ações que são desenvolvidas dentro do CAPS e deixariam em segundo plano as atividades que poderiam ser realizadas na comunidade.

De todas as atividades a nós relatadas pelos entrevistados, a visita domiciliar é a única que efetivamente se caracteriza como uma prática territorial na sua concepção e realização. O território é uma importante noção para o atual modelo de atenção à saúde mental no país, pois é ele que diferencia o tipo de cuidado oferecido pelo modelo manicomial, baseado no isolamento e na exclusão, do cuidado na Atenção Psicossocial que preza pela permanência da pessoa com sofrimento psíquico em sua comunidade, em meio aos seus vínculos afetivos e onde é possível lhe garantir o direito à cidadania (Sales & Dimenstein, 2009; Yasui, 2010).

A visita domiciliar pode facilitar aos profissionais a apreensão sobre como se dá a vida do usuário para além do serviço, o que pode auxiliar no atendimento dentro do serviço. Uma visita

é programada com o objetivo de os profissionais do CAPS observarem a moradia, a família, a vizinhança e as relações, fatores que podem levar a uma melhor compreensão da pessoa e do seu sofrimento.

Considerações sobre a atuação dos psicólogos na RAPS

Não era nosso objetivo sermos normativos neste estudo, ditando quais atividades e de que forma estas devem ser desempenhadas pelos psicólogos dentro dos Centros de Atenção Psicossocial. Nosso intento era tão somente conhecer a realidade desses profissionais, fazer uma descrição densa das atividades e compreender de que forma elas são significadas pelos psicólogos e pelo serviço.

Concluímos então este estudo com o entendimento de que a realidade da atenção à saúde mental é muito mais complexa do que determinam as legislações e diretrizes, haja vista que algumas das atividades que encontramos não são referenciadas em lugar algum. Isto faz com que o psicólogo que atua no CAPS seja ainda mais exigido, já que atua diante do desconhecido – o desconhecido que é intrínseco ao transtorno mental e à sua evolução, mas também o desconhecido do serviço que presta o atendimento em saúde mental, onde quase não existe rotina e demandas novas aparecem todos os dias.

Esse desconhecido faz os psicólogos acessarem dois tipos de referenciais. Por um lado, tentam encontrar nos ensinamentos psicológicos da sua formação acadêmica, práticas que possam aplicar ou ressignificar no serviço, mas sabem que já não são os mesmos psicólogos de quando acabaram a graduação; o serviço os mudou. De outro lado, para os acontecimentos que nada parece ajudar – seja o saber da Psicologia, seja a legislação – eles escolhem o caminho da criatividade para resolver as demandas. Em alguns casos, os dois caminhos aparecem ligados e vemos psicólogos criativos.

Outra compreensão que este estudo nos trouxe, diante da multiplicidade das tarefas que esse profissional precisa assumir, é que ele agora opera pela lógica da realidade em que está inserido. Realidade como as demandas que o serviço e a legislação impõem a ele. Realidade como aquilo que bate à porta e ele necessita atender. Como nos versos do Antonio Machado⁹: um caminho que se faz ao andar, um trabalho que se faz ao trabalhar.

Nada indica que esse operar pela realidade e diante do desconhecido seja uma dinâmica fácil para os psicólogos. Entretanto, se antes estes profissionais se engessavam atrás de práticas cristalizadas, o retrato que encontramos é bem diferente. Os fazeres estão sempre acompanhados de reflexão e avaliação dos resultados, na tentativa de alcançar um bom desempenho da profissão.

⁹ “Caminhante, são teus passos o caminho e nada mais; Caminhante, não há caminho, faz-se caminho ao andar.”
Antonio Machado.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brasil (2001). *Lei n. 10216 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: Presidência da República. Recuperado em 23 fevereiro, 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Código de ética profissional do psicólogo*. Brasília: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia (2009). *Prática profissionais dos(as) psicólogos(as) nos centros de atenção psicossocial*. Brasília: CFP.
- Conselho Nacional de Saúde (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: CNS.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica*. São Paulo: UNESP.
- Goffman, E. (1961). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Holanda, A. F. (2014). *Fenomenologia e humanismo: reflexões necessárias*. Curitiba: Juruá.
- Ministério da Saúde (2002). *Portaria no 336 de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 23 fevereiro, 2018, de <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2011). *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)*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 23 fevereiro, 2018, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Muhl, C., & Holanda, A. F. (2016). "Duas faces da mesma moeda": vivência dos psicólogos que atuam na rede de atenção psicossocial. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 22(1), 59-67. Recuperado em 23 fevereiro, 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672016000100008&lng=pt&tlng=pt
- Muhl, C., & Holanda, A. F. (2017). Psicologia, saúde mental e atuação profissional na Rede de Atenção Psicossocial: um aporte fenomenológico. In: N. J. de Faria & A. F. Holanda. (Org.). *Saúde mental, sofrimento e cuidado: fenomenologia do adoecer e do cuidar*. Curitiba: Juruá.
- Muhl, C., & Holanda, A. F. (2018). O mundo ao meu alcance: território e saúde mental no Litoral do Paraná. *Revista NUFEN*, 10(1). (no prelo).
- Pelizzaro, F. (2006). *A alta de usuários nos serviços substitutivos/CAPS na região da Grande Florianópolis-SC*. Trabalho de Conclusão de Curso, Unisul, Palhoça, PR, Brasil.
- Sales, A. L. L. F. & Dimenstein, M. (2009). Psicologia e Modos de Trabalho no Contexto da Reforma Psiquiátrica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 812-827.

- Severo, A. K. S. & Dimenstein, M. (2009). O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 59-67.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Recebido em: 27-02-2018

Primeira decisão editorial: 25-04-2018

Aceito em: 06-05-2018

