



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I-CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO PSICOLOGIA**

**KÍLVIA BARBOSA CAVALCANTE**

**PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: INTERLOCUÇÕES  
ACERCA DAS PRÁTICAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL - CAPS**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2011**

KÍLVIA BARBOSA CAVALCANTE

**PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: INTERLOCUÇÕES  
ACERCA DAS PRÁTICAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL - CAPS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação **em Psicologia** da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em Psicologia.

Orientador (a): Lívia Sales Cirilo

CAMPINA GRANDE – PB

201

C377p

Cavalcante, Kílvia Barbosa.

Psicologia e saúde pública: [manuscrito]: interlocuções acerca das práticas nos centros de atenção psicossocial - CAPS / Kílvia Barbosa Cavalcante. – 2011.

**37 f.**

**Digitado.**

**Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.**

“Orientação: Profa. Ma. Lívia Sales Cirilo, Departamento de Psicologia”.

1. Psicologia. 2. Psicólogo. 3. Formação profissional. 4. Reforma psiquiátrica. I. Título.

21. ed. CDD 150.1

KÍLVIA BARBOSA CAVALCANTE

**PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: INTERLOCUÇÕES  
ACERCA DAS PRÁTICAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL - CAPS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em Psicologia.

Aprovada em 30/11/2011.



Prof.ª Ms. Livia Sales Cirilo / UEPB  
Orientadora



Prof. Dr. Railda Fernandes Alves/ UEPB  
Examinador



Prof.ª Ms. Adriana Soares/UEPB  
Examinadora

# **PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: INTERLOCUÇÕES ACERCA DAS PRÁTICAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS**

CAVALCANTE, Kílvia Barbosa<sup>1</sup>

## **RESUMO**

Esse estudo tem como objeto a Reforma Psiquiátrica e a Saúde Pública, suas possíveis articulações no trabalho dos psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS de Campina Grande-PB. Tem como objetivo conhecer o perfil e atuação dos profissionais de psicologia que trabalham nos CAPS da cidade, perceber se os profissionais vislumbram a atuação nos serviços de saúde mental paralelo a saúde, refletir acerca da importância do trabalho na equipe multiprofissional e conhecer quais as dificuldades no trabalho com o portador de transtorno mental. Por meio da Análise de Conteúdo foram estudados os discursos de nove profissionais dos serviços. Conclui-se que as atividades realizadas são mais rotineiras, como grupos terapêuticos, oficinas, atendimentos individuais; as dificuldades mais apontadas são de ordem estrutural; a interlocução entre os CAPS e outros serviços da saúde é esporádica; o trabalho na equipe multiprofissional é visto como importante. Apontamos que a Reforma Psiquiátrica na cidade evoluiu, mas o número de serviços substitutivos por si só não caracteriza o avanço fundamental. Os Centros de Atenção Psicossocial necessitam de uma maior articulação com a atenção básica, para que as trocas de conhecimento se efetivem. Para isso é necessário uma maior capacitação dos profissionais de psicologia que ainda estão muito ligados ao atendimento individual. É preciso redirecionar o olhar, aprender a lidar com as novas demandas da saúde pública.

**PALAVRAS-CHAVE:** Reforma Psiquiátrica. Saúde Pública. CAPS. Psicólogo.

## 1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira caracterizou-se como um movimento complexo, posto que envolveu várias classes sociais, como estudiosos, profissionais, familiares, ex-usuários dos hospitais psiquiátricos, com combinações de instituições e forças diferentes incidentes em vários territórios, gerando a grandeza do movimento (CAVALCANTI et al., 2010). A luta em torno da desmistificação do louco inicia-se na década de 1970, mas só é efetivado nos anos 1980, após movimentos de grandes repercussões sobre a sociedade da época, contra o modelo hegemônico pregado pela psiquiatria. O movimento da reforma propunha a ação conjunta de profissionais, apoiando um trabalho intersetorial.

O movimento contra a desinstitucionalização traz questões que vão além do fechamento dos hospitais psiquiátricos, torna-se um processo complexo de recolocar problemas, reconstruir saberes e práticas, formando novas relações para produção de novos sujeitos com seus próprios direitos, combatendo fantasmas eloquentes da exclusão e do abandono (AMARANTE, 2009).

Para a efetivação do movimento, foi preciso mudar os dispositivos, os serviços e os espaços, assegurando a criação de redes substitutivas (AMARANTE, 2009). No Brasil o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) criado foi o Professor Luís da Costa Cerqueira, em São Paulo (1986), onde oferecia atividades terapêuticas, socioterapêuticas, oficinas de arte, funcionando oito horas por dia, cinco dias por semana, atendendo aos indivíduos do seu espaço territorial. Depois dessa experiência, é alavancado no Brasil a implantação de novos CAPS (AMARANTE, 1998).

Pensar em CAPS remete fundamentalmente a uma equipe multiprofissional, composta por vários profissionais da saúde, entre eles o psicólogo. Sendo uma ciência nova, a psicologia só se efetiva nos anos 1960 no Brasil, com a regulamentação da profissão, e popularização da psicanálise (Dimenstein, 2000; Pereira & Pereira Neto, 2003), atuando inicialmente nos serviços de saúde mental, depois expandindo sua prática para outros níveis de atenção da Saúde Pública (DIMENSTEIN, 2000).

A Reforma atingiu vários estados, entre eles a Paraíba. Será discutida neste trabalho a saúde mental na cidade de Campina Grande por ser referência em todo o Brasil, possuindo uma infraestrutura de serviços substitutivos muito bem amparada (CIRILO, 2006). A cidade nos dias atuais, comporta sete CAPS, divididos da seguinte maneira: três CAPS II, um em Campina Grande, outro em Galante, e o terceiro em São José da Mata, CAPS III, CAPS-AD,

dois CAPS I, um CAPS II. Os centros possuem os mesmos serviços, que vão desde atendimento médico, atendimento psicológico individual ou grupal, oficinas terapêuticas, entre outros. O que caracteriza cada instituição é seu público alvo e/ou seu horário de funcionamento. A cidade ainda conta com outros serviços na esfera da saúde mental.

Pensar a saúde mental é refletir sobre a luta para impregnar na população e profissionais da saúde o dever de não separar saúde de saúde mental, já que elas fazem parte do mesmo sistema e não devem andar em vias paralelas.

Sendo ambas partes da Saúde Pública Brasileira, esta tem seu avanço principal na década de 1980, com a criação do SUS-Sistema Único de Saúde, que tem por princípios: universalidade, gratuidade, integralidade e organização descentralizada (MATTA; SPINK, 2007).

Nessa esfera da Saúde Pública vemos emergir a atuação do psicólogo nos serviços públicos, observando uma inserção nos níveis de atenção à saúde, precisamente na atenção primária. Essa inserção na Saúde Pública remonta antes da criação do SUS, intensifica-se a partir da década de 1980, devido à crise da clínica privada e a convocação do psicólogo no meio público para haver uma maior interação social (CARVALHO & YAMAMOTO, 2002). Entretanto sua atuação nesse meio ainda é muito questionável, quando o papel do profissional no serviço é confundido com o psicólogo especialista a serviço das instâncias normatizadoras (Dimenstein, 2002). Encontramos profissionais desmotivados, sem a noção da sua prática nos serviços públicos, isso ocorre desde a formação, quando as universidades brasileiras não preparam o profissional para o meio público. Observando ainda um enraizamento do pensamento nas classes sociais de que o psicólogo deve atuar apenas na saúde mental. Sendo assim, é desafio para o psicólogo criar uma prática mais consistente, mais reflexiva.

Desta maneira é pertinente fazer uma explanação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como ela se efetivou na cidade de Campina Grande, buscando fazer uma ponte com a Saúde Pública, corroborando da ideia de que o psicólogo deve se inserir cada vez mais no serviço público, propondo pensar que desafios são esses que ainda existem nessa atuação.

Objetivamos investigar o perfil de atuação do profissional de psicologia nos CAPS, como é feito seu trabalho na equipe multiprofissional, buscaremos pesquisar a cerca das práticas profissionais no que condizem as interlocuções entre os CAPS e outros serviços da Saúde Pública, buscando também conhecer quais as dificuldades que emergem da prática do profissional de psicologia nos Centros de Atenção Psicossocial.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Contextualizando o cenário da loucura

A loucura sempre foi um tema pertinente à sociedade, presente desde os primórdios da civilização. Para entrar na discursão da Reforma Psiquiátrica é preciso destacar algumas representações do louco.

Na Grécia Antiga, o louco era visto como alguém dotado de sabedoria, uma espécie de divindade, que através dos seus delírios poderia prever acontecimentos (SILVEIRA, 2005). Na idade média, a loucura passa a ser motivo de exclusão, possessão diabólica. Nessa fase não era alvo de enclausuramento, já que sua presença era irrelevante no contexto social da época. A idade clássica destaca-se pelo início da institucionalização. Por volta de meados do século XVIII, a desrazão vai ganhando espaço e a alienação ocupa o cenário (AMARANTE, 1998). O século XVIII traz consigo a forte relação entre medicina e hospitalização, destacando o poder institucional, que ganha maior número de adeptos quando assume o caráter assistencial e tutelar. A loucura passa a ganhar o status de doença mental, que precisa ser segregada da sociedade, dita normal (AMARANTE, 1998).

No fim do século XVIII, as casas de internamentos, começam a ser bastante criticadas. Phillipe Pinel, médico psiquiatra da época, começa uma breve reforma, na qual propõe abrir as portas dos hospitais gerais, dando possibilidade dos loucos estarem no meio social. Entretanto o contexto da época era à Revolução Industrial, período que exigia mais mão de obra, então esses indivíduos, que poderiam exercer o trabalho, saíam das instituições, onde eram mantidos enclausurados, passando a ser inseridos no trabalho, por outro lado seriam criados lugares específicos para essa mão de obra ineficaz, o hospital psiquiátrico (CIRILO,2006).

Assim, se o hospital psiquiátrico foi criado para curar e tratar de doenças mentais, tal não deve ser outra a destinação. Entende-se dessa forma que, em consequência do mau uso das terapêuticas e da administração e ainda do descaso e das circunstâncias políticas-sociais, o hospital psiquiátrico desviou-se de sua finalidade precípua, tornando-se lugar de violência e repressão (AMARANTE, 1995, p.32).

Agindo como mero reprodutor das ideologias políticas e sociais, afastando os indivíduos portadores de transtorno mental da sociedade, o hospital psiquiátrico vem propor

uma alienação da ordem de todo o sujeito, tornando-se o lugar de maior segregação, exclusão e mortificação das subjetividades. A psiquiatria clássica transforma a loucura em doença, de modo que é preciso afastar o louco da sociedade, aumentando ainda mais a representação de periculosidade e marginalidade que este possuía. (AMARANTE, 1995, p.46).

Em vista das grandes atrocidades cometidas nesses hospitais, o final da segunda guerra mundial possibilitou uma nova configuração neste cenário, como afirma Birman & Costa, (1994) um certo índice de impotência terapêutica da psiquiatria, uma cronificação da doença mental, o próprio campo assistencial possibilitaram o advento da antipsiquiatria e a experiência iniciada na Itália, no manicômio de Gorizia, com Franco Basaglia, trouxeram uma reconfiguração do setting hospitalar, propondo uma reforma no ambiente institucional.

O movimento impulsionado na Itália e comandado por Franco Basaglia na década de 1970, fazia alusão à desconstrução da prática e teoria implantada nessas instituições manicomiais, propondo uma desinstitucionalização do portador de transtorno mental. De acordo com Amarante (1995), era necessário superar o modelo assistencialista, no intuito de criar novas práticas que possibilitassem o estabelecimento das relações do louco com a família, amigos, vizinhos, sendo assim, o alicerce para a desconstrução do dispositivo psiquiátrico, fincado na periculosidade do portador de transtorno mental, era a reinserção do louco na sociedade, como quebra de paradigmas morais, políticos e sociais. Dimenstein (2009) aponta que a proposta terapêutica de Basaglia visava acabar com os métodos coercitivos e violentos, desta maneira implantar ações de restituição dos direitos civis dos loucos. Em 1978 foi criada a Lei Basaglia, que proibia à internação em manicômios e efetivava a concepção dos serviços alternativos na comunidade (CIRILO, 2006).

Não só na Itália, como em cidades da Europa, também no Brasil eclode a necessidade de reforma do modelo psiquiátrico vigente. Deste modo há vários movimentos que impulsionam o crescimento da Reforma Psiquiátrica. Não era mais admissível uma sociedade, em meados do século XX, pensar de maneira tão atrasada a questão da loucura, dos maus tratos sofridos por aqueles indivíduos em ambientes insalubres, punitivos, sem nenhuma infraestrutura, sem possibilidade de saída do manicômio e convívio social. Castel (1978); Foucault (2005) *apud* Dimenstein (2009) nos chamam a atenção para a importância do movimento da Reforma Psiquiátrica, no que condiz a vinculação entre produção da doença mental e questões de ordem social, jurídica, e socioeconômica. A partir desta experiência é dada a largada para uma nova configuração no cenário dos portadores de transtorno mental.

## 2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira: primórdios e percurso

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, assim como em outros países, é um movimento complexo, que envolve atores sociais, políticos e econômicos, e inicia-se com a crise do DINSAM-Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão responsável pelas políticas públicas de saúde mental, que denunciava a falta de profissionais concursados, o mau pagamento dos salários, estagiários exercendo o cargo de profissionais, e condições insalubres para os pacientes internados nos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1998, pag.51).

Atrelado a este fato e a outros, culmina o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental-MTSM, na década de 1970, que se caracterizava por ser um movimento não institucional. Sua composição era feita por profissionais membros da saúde, simpatizantes e a própria população, na maioria familiares de indivíduos com longos históricos de internações (AMARANTE, 1995, p.57). É sobretudo este movimento que passa a denunciar os manicômios, a hegemonia de um serviço privado e uma forte crítica ao saber psiquiátrico (BRASIL, 2005).

Na década de 1980, o movimento da Reforma começa a ganhar força política e social no Brasil (CIRILO, 2006).

Com a aprovação do Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1982, deu-se início à criação de uma política de saúde mental engajada no combate à “cultura hospitalocêntrica” vigente. Se até então a assistência era predominantemente oferecida pela rede de Hospitais Psiquiátricos privados conveniados, a partir dos anos 80, observa-se o movimento de estruturação de uma rede pública de atenção à saúde mental. (ALVES et al.,2006)

A Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, ambas contemporâneas, buscavam novas diretrizes de reorganização da saúde no espaço público. A Reforma Psiquiátrica se contextualizava em um cenário de conjuntura política e social, muito preconceituosa com a questão da loucura. Uma das suas metas era atingir o cenário hospitalocêntrico, alcançando a desinstitucionalização. Amarante (1995, p.92) “destaca passo importante tanto para a Reforma Sanitária quanto para a Reforma Psiquiátrica, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que acabou tornando suas diretrizes um instrumento tático de mobilização social em torno da reestruturação da saúde”. Ao passo que as Reformas se ligam, elas também possuíam finalidades diferentes, a Reforma Psiquiátrica apoiava a desinstitucionalização do portador de

transtorno mental, para oferecer à possibilidade de reinserção social, e a Reforma Sanitária apontava para uma ruptura com a problematização dos dispositivos de controle, que seriam os hospitais psiquiátricos, dando maior visibilidade às questões de números e população.

Como aponta Costa (1986), o transtorno mental não é uma questão de educação, de melhores percursos educacionais, ele vai de encontro a um arranjo subjetivo de cada indivíduo, que perpassa a barreira do normatizante, aponta que nenhuma educação atingiu o mérito de abolir ou reduzir a doença mental, de modo que também o enclausuramento do portador de transtorno mental não garantia a cura da doença, cronificando ainda mais o sujeito.

Como aponta Delgado (1991) *apud* Moraes; Padilha (2010):

Desinstitucionalizar, nesse sentido mais amplo, é desconstruir comportamentos e práticas postos a serviço da disciplinarização dos corpos, da rotulação e da estigmatização dos loucos ou, dito de outra forma, daqueles que são movidos por outras razões. Desinstitucionalizar é criar meios terapêuticos funcionais ao ser humano e ao incentivo de relações autênticas e espontâneas, desmontando os meios ditos terapêuticos que servem ao propósito da naturalização das desigualdades e da banalização da violência.

A desinstitucionalização se referia ao fechamento dos manicômios, mais fundamentalmente a uma reorganização prática e teórica do profissional da saúde e a maneira de lidar com o portador de transtorno mental. Era preciso uma humanização dos serviços ao invés do mero assistencialismo. Para isso, a importância da conjuntura que envolve o termo desinstitucionalizar: não apenas fechar os manicômios, mas dá condições de convivência em meio social, abolir a exclusão, que ainda hoje é um dos fantasmas que ronda a saúde mental. Assim podemos perceber o novo rearranjo da saúde mental brasileira, o surgimento e criação de novas modalidades de atenção, que passaram a representar alternativas ao modelo psiquiátrico tradicional (AMARANTE, 1998).

Na mesma década, no ano de 1988, é criado o SUS-Sistema Único de Saúde, com uma legislação específica para a Saúde Pública, incluindo a reorientação e desconstrução do modelo manicomial vigente no Brasil (DIMENSTEIN, 2009). Atrelado a essa conquista, em 1989, o movimento da Reforma Psiquiátrica ganha força nacional com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, feita pela Prefeitura Municipal de São Paulo, descobrindo as barbáries sofridas pelos pacientes naquele ambiente, as condições insalubres, conseqüentemente seu fechamento. A partir de tais episódios, o Ministério da Saúde regulamenta e implanta serviços substitutivos que respondam a demanda da população.

O primeiro serviço substitutivo criado no Brasil foi o CAPS- Centro de Atenção Psicossocial-Professor Luís da Costa Cerqueira, em São Paulo (1986). Propunha atividades terapêuticas, socioterapêuticas, oficinas de arte, funcionando oito horas por dia, cinco dias por semana, atendendo aos indivíduos da comunidade necessitados dos serviços em saúde mental (AMARANTE, 1998).

Logo após essa experiência, surgiram outros CAPS no país, que se caracterizam como dispositivos de bairro, situados dentro do cotidiano de seus pacientes, exigindo uma prática profissional que ofereça suporte ético, técnico e político, e não excludente, tendo em vista que umas das várias deficiências dos hospitais psiquiátricos era a exclusão e o enclausuramento (FERREIRA, 2006). Pautados numa óptica de mudanças, os CAPS vão se regularizando e crescendo em todo o Brasil. Oferecendo serviços de cunho terapêutico, oficina de geração de renda, atendimento individual e grupal, baseado em um trabalho feito por uma equipe multidisciplinar, visando manter o usuário menor tempo na instituição, permitindo sua convivência com familiares e amigos. Uma independência da ordem subjetiva mais também real, dentro das potencialidades da cada sujeito.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Com o objetivo de uma melhor organização institucional, em 2002 foi estabelecido uma portaria que sancionava a criação dos CAPS, obedecendo à ordem de complexidade e abrangência territorial. Desta maneira, os Centros de Atenção Psicossocial foram nomeados e instituídos de acordo com o alcance populacional e necessidades dos usuários participantes das localidades onde eram implantados (SAEKI; SOARES, 2006).

Atualmente no Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde (2011), existem cerca de 1.650 CAPS funcionando em todo o país. Há várias modalidades de CAPS; o CAPS I e CAPS II, para atendimentos de adultos com transtorno mental severo e persistente, o CAPS i, que atende crianças e adolescentes diariamente, o CAPS III, atende sete dias e sete noites por semana, possui leitos para adultos que necessitem de internações, e o CAPS AD, que atende usuários de substâncias tóxicas, álcool e drogas, funcionando como tratamento para a desintoxicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Os centros são compostos por estas

modalidades, entretanto é imprescindível destacarmos a divisão desigual existente na assistência à Saúde Pública no Brasil. Os centros obedecem uma lógica populacional. Há várias cidades de todo o país que ainda não possuem nenhum CAPS, onde muitas vezes, os sujeitos que necessitam dos serviços, precisam deslocar-se por distâncias para conseguir atendimento nas instituições de cidades circunvizinhas, entretanto, na maioria dos serviços, a capacidade estrutural e profissional já está esgotada.

A rede de saúde mental no Brasil tem como porta de entrada os CAPS, mais ainda conta com a participação de outros dispositivos como: As Residências Terapêuticas, os Leitos em Hospitais Gerais, entre outros serviços. O Governo Federal ainda possui programas que articulam a inserção do usuário no meio social e familiar, como o programa de Volta Para Casa.

Diante de uma rede de atenção ao portador de transtorno mental articulada, ainda apontamos falha da ordem da própria constituição da Reforma Psiquiátrica no Brasil, entretanto não podemos deixar de citar os avanços e também implicar toda a sociedade na questão. É imprescindível à divulgação e evolução do trabalho, sobretudo equipes com profissionais competentes que saibam lidar com o usuário, para isso é necessário prática e teoria articuladas.

### **2.3 A Saúde Mental em Campina Grande e os Centros de Atenção Psicossocial**

Campina Grande, assim como várias cidades do Brasil, enfrentou resistências na consolidação e evolução da Reforma Psiquiátrica. A cidade que, como outras, possuía um hospital psiquiátrico em condições subumanas, precisou das intervenções de toda a sociedade, para o fechamento do hospital e devolução da dignidade daqueles sujeitos que haviam resistido ao furacão manicomial. Com o fechamento do hospital João Ribeiro, emergiu a possibilidade do portador de transtorno mental conviver em espaços públicos, tentando consolidar relacionamentos com os indivíduos, não crivados pelo diagnóstico de louco (BRITO, 2011).

Como aponta Cirilo (2006), a efetivação da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande exigiu muito manejo, uma forte superação do modelo hospitalacêntrico, uma implantação da rede substitutiva de forma rápida, que ofertasse a possibilidade de inserção social, garantindo a assistência e não o fracasso, como muitos acreditavam.

Para a concretização da Reforma, veiculava-se na cidade e na mídia a criação dos Centros de Atenção Psicossocial com a seguinte proposta:

Em um CAPS o paciente, além do tratamento médico e de receber medicamentos gratuitamente, poderá participar de oficinas que incluem desde atividades manuais, como pinturas, desenhos e bordados, aulas de dança e curso de capacitação profissional. São ações que compõem um projeto inovador, em substituição aos atendimentos tradicionais, geralmente restritos às internações e prescrição de medicamentos (Jornal Diário da Borborema, 2003 *apud* Brito, 2011).

Inicialmente a Rede de Serviços Substitutivos de Campina Grande era composta apenas pelo CAPS II. Na época da implantação da Reforma Psiquiátrica, esse CAPS já funcionava, nomeado de “Novos Tempos”. Em 2004, foi formado o segundo serviço substitutivo da cidade, o CAPS AD, que atendia usuários de substâncias tóxicas, oferecendo tratamento para desintoxicação. Em seguida, pela necessidade de uma rede que atendesse crianças e adolescentes acometidos por transtornos mentais, foi configurado o CAPS i, acolhendo crianças e adolescentes em um serviço de atenção diária, com atividades que propunham a formação do laço social desses sujeitos acometidos por transtornos que variavam de grave a severo. A rede foi fortalecida com a criação do CAPS III, oferecendo um serviço diferencial, já que a instituição possui leitos para internações dos sujeitos acometidos por algum surto, funcionando 24 horas por dia sete dias por semana. Para reforçar os serviços da cidade foram implantados mais dois CAPS II, nos distritos de Galante e São José da Mata, respectivamente. Em 2006, foi criado um novo CAPS i-Centro Campinense de Intervenção Precoce, atendendo uma clientela infanto-juvenil, desde o nascimento até os 17 anos. Agregado aos CAPS houve a implantação de outros serviços, entre eles as Residências Terapêuticas, que se configuram como espaços de moradia para os sujeitos internados há anos em hospitais psiquiátricos ou que não encontram apoio no ambiente familiar.

As modalidades de atuação nos CAPS são os atendimentos individuais em diversas especificidades e as oficinas terapêuticas que se configuram como um trabalho grupal, no qual os diversos profissionais envolvidos desempenham atividades diferentes para a constituição de um sujeito desejante (ARRUDA; MOREIRA, 2011). A efetivação e prática nessas instituições fundamentam-se em uma equipe multiprofissional, composta por vários profissionais da saúde, em que é ofertada a possibilidade da circulação do conhecimento. Sendo assim, a práxis nesses serviços deve primar pela interlocução: prática-interdisciplinaridade-usuário.

A implantação dos Serviços Substitutivos em Campina Grande gerou várias opiniões, tanto dos usuários como da população, alguns contrários ao fechamento dos hospitais, alegando que os loucos a céu aberto representariam perigo para à segurança dos demais cidadãos e outros, se mostravam a favor da desinstitucionalização, afirmando que esta gerava apenas preconceito e exclusão.

Tendo em vista as diversas opiniões, é imprescindível destacarmos que a nova configuração de atendimento ao portador de transtorno mental mudou o cenário da loucura na cidade. Os serviços passaram a se localizar em áreas residenciais, oferecendo ao portador e a comunidade convívio diário e maior contato. Por outro lado, gerou certo distanciamento entre CAPS e outros serviços da saúde, tendo em vista que a população e muitos profissionais têm como premissa que o lugar deste sujeito é apenas nos CAPS, sem dá vazão para seu acompanhamento em outras instituições da Saúde Pública.

#### **2.4 Saúde Pública, SUS: Breve histórico da construção.**

O desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil leva tempo para se organizar, perpassa por várias instâncias de ordem econômica, política, social e cultural. Mesmo com grandes obstáculos e crises, o país consegue implantar seu serviço de Saúde Pública denominado de SUS- Sistema Único de Saúde. Este possui como dever, atender toda a população brasileira em sua área territorial com serviços de saúde em várias esferas.

Como aponta Matta; Spink (2007), muita água rolou até chegar ao SUS, na década de 1970 o modelo curativo de atenção à saúde passa por sérias crises, quando é contestado seu poder perante a população. Dai resultam medidas no campo público no que concerne a prática e ao modelo assistencialista. O processo de construção do SUS teve como marco histórico o Movimento Sanitarista na década de 1970, assim como a 8ª Conferência de Saúde, que teve como responsabilidade as novas diretrizes da Saúde Pública no Brasil, enfatizando a descentralização da saúde. Em decorrência surge a Reforma Sanitária com o objetivo de reorientar a saúde (BARCHIFONTAINE, 2005).

Em 1988 é aprovado um conjunto de leis, caracterizando a saúde como um direito universal de todos. A lei Federal nº 8080 cria os Sistemas Únicos de Saúde com um olhar voltado para o setor público em detrimento ao privado (FERREIRA, 2006). Os princípios

básicos do SUS se referiam a: universalidade, gratuidade, integralidade e organização descentralizada (MATTA; SPINK,2007).

**Art. 196** - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção, recuperação. (BRASIL, Constituição (1988). Art. nº196, Brasília).

Desta forma criam-se novas perspectivas de promoção, prevenção e organização da saúde, tornando todos os estados do país membros construtores e participantes ativos das propostas e ações para o melhoramento da Saúde Pública. A doença passa a sair de foco, dando ênfase a promoção de saúde e prevenção de doenças, o social se faz presente na esfera do comportamento, trazendo reflexões sobre a cultura das classes e significados de adoecimentos (MATTA; SPINK , 2007)

O SUS passa a ser dividido em setores para uma melhor eficácia da atuação multiprofissional, destaca-se a atenção primária, com programas como os PSFs-Programa Saúde da Família, UBSs-Unidades Básicas de Saúde, entre outros, obedecendo ao critério de territorialidade e número de habitantes, ainda destaca-se o setor secundário e o terciário, com outros serviços e atendimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Em vista de uma maior demanda no setor primário, não apenas no âmbito da saúde mental, a atenção primária tem o dever de acolher o portador de transtorno mental, não apenas nos CAPS, mais em outros serviços ofertados pelo SUS.

A articulação entre saúde mental e atenção básica é um desafio a ser enfrentado atualmente, pois a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços com garantia de continuidade da atenção dependem da efetivação dessa articulação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS], 2001).

Quanto aos profissionais atuantes no SUS, nos deteremos neste estudo ao Psicólogo, que vem ganhando espaço na Saúde Pública. Para isso é necessário pensar como foi essa inserção e como ela se efetiva nos dias atuais.

## **2.5 Inserções dos Psicólogos na Saúde Pública, atuações no SUS.**

Para Spink (1992) *apud* Campos; Guarido (2007), o trabalho do psicólogo acompanhou o desenvolvimento da Saúde Pública. Na década de 1970, esse profissional já atuava no setor secundário, em hospitais e ambulatórios. Na década de 1980, a saúde começa a avançar com a crise do INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, em que havia um aumento dos usuários internos dos hospitais psiquiátricos e uma oferta muito escassa de profissionais. As prefeituras e universidades passam a criar convênios com os órgãos federais, prestando serviços de saúde para a população local. Nesse contexto o psicólogo passa a se inserir nas equipes de saúde mental (Spink, 1992 *apud* Campos; Guarido 2007).

Com a criação do SUS nos anos 80, surgem novas possibilidades de trabalho para o profissional de psicologia, destacando-se dois itens principais que permitem a inserção do psicólogo na Saúde Pública: o modelo privado de atuação da psicologia passava por grandes crises devido à situação econômica delicada que o país enfrentava e a busca por novos espaços de atuação que permitissem a inserção social mais significativa do profissional. Sendo assim, é exigido do profissional de psicologia uma nova implicação da ordem do coletivo e não apenas do individual, o psicólogo é convocado a atuar nas equipes multidisciplinares, fora das instituições psiquiátricas e nos novos serviços de saúde mental (CARVALHO; YAMAMOTO,2002).

Os psicólogos passam a se interessar mais pelo setor público em decorrência da oferta de concursos públicos na área, da abertura do campo de trabalho e de um mercado que começa a ser concorrido pela maior oferta de profissionais. Que profissional é esse que passa a ser convocado? São indivíduos com olhares diferenciados, com práticas humanizadas, que saibam promover saúde, que saibam atuar em meio público.

## **2.6 Dificuldades do psicólogo no setor público: indagações e desafios.**

A partir de vários questionamentos e reflexões, nos perguntamos que psicólogos são estes que estão na Saúde Pública? Primeiramente, há uma grande parcela de profissionais que possui práticas e ideologias que seguem o modelo individualista. Observando também a falta

de integralidade entre as profissões, em que muitas vezes o psicólogo age separado das demais áreas, em um quadro que decai novamente no atendimento individual, constatando que, muitas vezes, na atuação do psicólogo, ele se restringe apenas ao âmbito da saúde mental, não dialogando com o restante da saúde. (MATTA; SPINK, 2007).

No que condiz a questão da não integração entre saúde e saúde mental, destaca-se a ideia da sociedade e de outros profissionais, que o psicólogo deve ser “especialista” em saúde mental, atuando necessariamente nesses serviços, de modo que sua presença na atenção primária nas várias instituições que configuram esse nível, não é tão frequente. Infelizmente está enraizado em toda a conjuntura social separar os portadores de transtorno mental da sociedade dita “normal”. Sendo assim, figura no cenário brasileiro, que há uma única instituição que atenda exclusivamente a eles. Pensar na questão desse paralelismo que encontramos muitas vezes na Saúde Pública, nos faz pensar que saúde é essa que se diz universal, integral e igual nos serviços? Ainda há muito que refletir e cabe a nós, psicólogos, tentar desmistificar essa dicotomia na atuação (FREIRE ; PICHELLI, 2010).

Dimenstein (2000) aponta, como passo importante para a inserção e atuação do profissional de psicologia no setor público, a necessidade de rever sua postura junto às equipes multiprofissionais, nas quais muitas vezes, o psicólogo ocupa a posição de mestre e detentor de todo aporte teórico, superar as dificuldades em compartilhar e refazer suas ações com outros profissionais e usuários. Ainda menciona o problema de apreender a demanda da clientela dos serviços públicos, que é totalmente diferente da clínica privada. Outro desafio que o psicólogo encontra, refere-se há uma grande falha na formação do profissional de psicologia que sempre se dedicou a questões da clínica individualista, tentando responder a teorias de caráter terapêutico-curativo-assistencialista, apoiando a necessidade eminente de uma reforma curricular nas universidades brasileiras, mais precisamente nos cursos de psicologia (SPINK, 2007 *apud* FREIRE & PICHELLI, 2010).

Em vista dos desafios impostos, destaca-se uma atuação que ainda requer avanços revisões e implicações, mas fundamentalmente uma práxis condizente com as inquietações e necessidades da população. Profissionais aptos a promover saúde com capacidade de análise e contextualização da doença, entendendo que, mais importante do que afastá-la de si, é promover uma sociedade saudável com integralidade. Para isso é necessário o enfrentamento e a luta contra as próprias dificuldades que o Sistema Único Brasileiro apresenta, proporcionando assim o avanço da Saúde Pública sem tantas falhas e lacunas.

### **3 REFERENCIAL METODOLÓGICO**

#### **3.1 Cenário de estudo**

A pesquisa foi realizada nos CAPS - Centros de Atenção Psicossocial de Campina Grande na Paraíba. As instituições participantes foram o CAPS i-Viva Gente, CAPS II-Novos Tempos, CAPS III-Reviver, CAPS AD. As entrevistas foram coletadas nos meses de setembro e outubro de dois mil e onze.

#### **3.2 Amostra**

A amostra foi composta por nove profissionais psicólogos que atuam nos CAPS-Centro de Atenção Psicossocial da cidade.

#### **3.3 Instrumento**

Utilizamos um questionário misto, este formado por questões abertas e fechadas. De acordo com Brito (1996), as questões fechadas são relativas às informações sócio demográficas e identificações das opiniões, enquanto as questões abertas possibilitam uma expressão mais livre do entrevistado, auxiliando-o a expressar sua opinião de acordo com a temática proposta.

#### **3.4 Procedimentos**

Após apreciação do Comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba, as coordenações dos CAPS: CAPS II, CAPS i, CAPS AD, CAPS III, foram contactadas com o objetivo de apresentar e solicitar autorização para realização das entrevistas.

Os psicólogos foram consultados sobre sua participação mediante a apresentação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. As entrevistas foram realizadas individualmente, no próprio local de trabalho, sendo gravadas.

Depois das questões serem transcritas, foram feitas várias releituras, e para a análise dos dados, utilizamos a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977).

## **4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA**

### **4.1 Caracterização da Amostra**

Foram entrevistados pelo o uso do questionário misto, nove psicólogos que atuam nos CAPS de Campina Grande, sendo dois do CAPS ad, dois do CAPS i-Viva Gente, dois do CAPS III - Reviver e três do CAPS II-Novos Tempos.

Entre os entrevistados, sete são do sexo feminino, sendo apenas dois do sexo masculino. A faixa etária oscila entre vinte e cinco e cinquenta e cinco anos.

No referente à formação, todos concluíram o curso na Universidade Estadual da Paraíba-UEPB, sendo a maior parte com ênfase em Psicologia Clínica e abordagem Psicanalítica, exceto uma psicóloga que teve formação em Psicologia Organizacional.

No que se refere a pós-graduação, apenas um profissional tem mestrado, o restante da amostra tem pelo menos, uma especialização e apenas um profissional não tem nenhuma especialização.

Dos profissionais entrevistados, cinco apresentam uma carga horária de trabalho de quarenta horas semanais, dois profissionais trabalham trinta horas semanais, e outros dois trabalham vinte horas.

Quanto ao tempo de atuação no serviço, grande parte dos psicólogos atua a pelo menos dois anos e a maioria trabalha em outras instituições.

### **4.2 Resultados e Discussão**

Foram analisadas nove entrevistas de acordo com a Análise de Conteúdo (Bardin, 1977). Através do conteúdo manifesto no discurso de cada participante, elencamos categorias condizentes com as respostas elaboradas pelos participantes.

Quando perguntados acerca das atividades que eles desenvolvem no CAPS, os discursos apresentaram as seguintes categorias: prática de atividades rotineiras, realização de atendimentos individuais, e atuação como Técnica de Referência.

Sobre o desenvolvimento de atividades rotineiras, quando questionados sobre as suas atribuições, destacam-se os relatos:

“Acolhimento, atendimento individual, grupo terapêutico, oficinas de teatro e grupo de família.” (Paula)

“Escuta psicológica, grupos terapêuticos, grupos de família e eu ainda realizamos oficinas, as sextas feiras com os usuários detentores de transtorno mental e autistas”. (Sabrina )

Lobosque (2003) afirma que o atendimento nos serviços substitutivos não deve ser algo que aconteça apenas na consulta, ou em uma sessão, mais se configure como sujeito a interferências, demandas inalcançáveis não só do espaço físico mais como do próprio consultório, incluindo um cultivo do convívio, passeios, telefonemas, criação de incessantes possibilidades. Constatando que é importante a saída desse lugar de rotina estabelecida, para que o serviço possa criar novas possibilidades. Os psicólogos entrevistados ainda estão muito associados ao trabalho no CAPS, enquanto instituição marcada por uma lógica de atividades determinadas, sem buscar mecanismos para reinventar.

Quanto à categoria que fala sobre a prática de atendimentos individuais no serviço, nos diz Fernanda:

“São os atendimentos individuais nossa grande parte de atividades desenvolvidas aqui no CAPS que é uma demanda grande...”

Júlia ainda afirma:

“Ai trabalho com os atendimentos individuais, a psicoterapia individual...”

Foi possível encontrar profissionais que não se desvinculam da clinica privada e querem, a todo custo, implantar esse tipo de atendimento como prioritário na sua atuação. Ainda é preciso romper com o modelo dominante, porque as novas possibilidades de atuação

exigem novos fazeres, e diante da própria profissão a construção de novos saberes (Figueiredo; Rodrigues, 2004). Os conhecimentos em Psicologia clínica são fundamentais para atuação na saúde, mas também são insuficientes para o desenvolvimento do trabalho nesta área, destacando que os profissionais contratados por concursos públicos ou “indicados” ainda continuam a utilizar o modelo individual em um ambiente que exige aprimoramento contínuo, o que dificulta o conhecimento das necessidades locais, não permitindo os avanços (MIYAZAKI et al., 2002 *apud* BRAGA;PIRES 2007).

Apenas Lúcia destaca sua colocação no serviço, como Técnica de Referência:

“Eu sou técnica de referência né, que a técnica de referência é uma atribuição que todo técnico em saúde mental tem, a gente é responsável por alguns usuários aqui do CAPS....”

Nessa atribuição, o técnico é quem conduz o caso. Cada profissional é responsável por um número de usuários. Há um vínculo particular, construído com seu técnico específico. A família também se remete a ele, não estando em jogo formação específica, mais sim a disponibilidade que não se aprende na faculdade, de escutar e ponderar, negociar sem imposições e decidir sem arbitrariedade (LOBOSQUE, 2003). Este foi um dado que não emergiu em outros profissionais, já que a maioria se coloca exclusivamente na posição de psicólogo, dentro das atribuições conhecidas anteriormente e que não condizem com uma prática centrada na noção de Clínica Ampliada, tão defendida atualmente no campo da Saúde Pública. Lobosque (1997) pontua que a pertinência da exclusividade dos assuntos da loucura no mundo “psi” é o que contribui, muitas vezes, para a exclusão desse assunto na cultura, de forma que precisa ser abordado em várias linguagens, precisa está em constante movimento, em que não caminha para si mesma, articulando com tudo que se movimenta se transforma na vida, no homem.

Referente à pergunta sobre quais as dificuldades encontradas no trabalho com o portador de transtorno mental, foram encontradas as seguintes categorias: dificuldades de ordem estrutural, dificuldades na rede de saúde, dificuldade no manuseio do paciente em crise, dificuldade em integrar a família no serviço.

Percebemos discursos semelhantes quanto às dificuldades de ordem estrutural, do espaço físico, e não especificamente do usuário em si. O ambiente físico onde se instalam os CAPS ainda não é o ideal, muitos deles possuem uma área pequena, o que configura como impossibilitador para a realização de trabalhos que necessite de mais espaço. A falta de material ainda é um problema que perpassa por todo o cenário da saúde, o número excessivo

de usuários que muitas vezes extrapola a quantidade ideal para o serviço, por falta de um lugar onde esses sujeitos possam recorrer quando estabilizados.

“Não tem grandes dificuldades não, a questão é você saber o que você está fazendo, você está estudando e está preparando para tentar apreender aquilo que o outro trás.” (Paula)

“Com eles as dificuldades não são muitas, mais especificamente com o próprio serviço com a estrutura, à rede em sim, a gente encontra muito mais dificuldades do que com eles em si.” (Dulce)

Outra dificuldade citada foi à questão da própria rede de saúde. Um dos profissionais cita a falta de articulação entre os CAPS ,os PSFs e os NASFS, como também os demais serviços que integram a saúde naquele território. Corroborando com Figueiredo; Rodrigues, (2004) é necessário criar redes que se estendam além das barreiras dos CAPS e do NASF, de modo que é preciso inserir o usuário no seu espaço territorial.

Outra dificuldade relatada refere-se ao manejo do usuário em crise. Essa talvez ascenda a discursão sobre a necessidade ou não de contenção, em situações nas quais a crise é mais severa.

“As dificuldades encontradas no trabalho eu ainda acho que é a questão das crises, eu acho assim que inclusive é uma discursão em saúde mental a questão da contenção, eu ainda acho que é uma grande dificuldade para a gente quando o paciente está em uma crise mais violenta, e ai o que fazer?” (Júlia)

Como aponta o Ministério da Saúde (2004), o CAPS deve ser um ambiente acolhedor, que possa receber o usuário em crise, sem que ele precise ser internado, preconizando que o acolhimento na crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS. Entretanto no discurso da psicóloga não percebemos a naturalidade nem o domínio de algum manuseio eficaz para o usuário que se encontra nessa situação no serviço.

“...porque as vezes é preciso fazer a contenção, porque não vai acabar a equipe todo apanhando do usuário em crise...”(Júlia)

A ideia defendida pela Clínica Ampliada aborda que muitas vezes numa experiência de sofrimento psíquico, se faz necessário desde uma ajuda farmacologia, até uma intervenção psicanalítica. A ação parte subordinada a um projeto político e social, sendo assim, um

usuário que chega ao serviço em crise, necessita de uma ajuda, seja um acompanhamento, medicamento, uma palavra, ou um ato. Eis que, ajudar se coloca na relação com o portador de transtorno mental, mas também nas relações dos homens entre si, de toda maneira ajudar pode representar um risco (LOBOSQUE, 2003).

Mais uma dificuldade relatada se refere a questão da participação familiar no tratamento do usuário, uma dificuldade em inserir estes membros. Assim relata Sabrina:

“A dificuldade que nos encontramos aqui no serviço é em relação à presença dos familiares, a gente sente uma dificuldade muito grande em inserir a família dentro do serviço CAPS”.

Numa pesquisa realizada anteriormente no CAPS II-Novos Tempos, em Campina Grande, muitos usuários apontam que o vazio apresentado pela falta da família é tamponado pela própria instituição CAPS, onde se sentem amparados, compreendidos, em uma família (CIRILO, 2006).

Colvero et al. (2004) aponta que o familiar ainda aparece como simples acompanhante do doente mental, colocando-se na posição de informante das alterações sofridas pelo usuário ou como o responsável pela assimilação do que foi passado pela equipe. Por isso a importância de preconizar um suporte a essas famílias, que, na maioria das vezes, se vêm desorientadas em aceitar esse sujeito, em saber lidar com ele. A família deve ser vista como um parceiro singular, que precisa ser cuidado, levando em conta suas demandas.

Podemos perceber que as dificuldades perpassam mais pela lógica do próprio serviço, ou da própria rede, como é destacado. Dificuldades no que condiz a carga horária extenuante, baixos salários, equipe pequena para o número de usuários, são pontos que merecem ser revistos, readaptados para que ofereça condições mais adequadas para um trabalho que exige empenho e dedicação, sobretudo suporte em toda a rede que circunda o serviço.

Os psicólogos foram questionados em como avaliam o percurso e a situação atual da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande. Das respostas apresentadas pode-se destacar as seguintes categorias: receio de uma estagnação da reforma, avanços somado a constante necessidade de melhorias, o preconceito contra o portador de transtorno mental ainda é frequente, avaliação positiva da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande.

Foi possível identificar nos discursos de alguns psicólogos o receio de uma certa estagnação da Reforma. Uma das queixas é que, ultimamente, a saúde mental em Campina Grande vem preconizando uma atenção mais direcionada aos CAPS infantis. Alguns profissionais apontam a escolha da abordagem Psicanalítica como o motivo dessa atenção

para o infantil, assinalando que, talvez, os investimentos maiores feitos nos CAPS infantis dêem possibilidades para se pensar em uma prevenção ou agravamento do transtorno mental em crianças.

Entretanto alguns profissionais falam dos avanços, somados a uma necessidade de melhorias, já que os serviços de atendimento ao portador de transtorno mental por si só não suprem as demandas. Os avanços na criação desses serviços são visíveis, mas a Reforma Psiquiátrica não é só abertura de instituições, é preciso ver a qualidade desses locais e a ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional (AMARANTE, 1995, p.184). Cirilo (2006) afirma, que o caminho a ser percorrido ainda é longo, exige inovações e constantes modificações de práticas e saberes, constatando que o processo de Reforma Psiquiátrica está longe de ser finalizado.

Relata-se também o fato do preconceito ainda ser visto e identificado pelos profissionais, arraigado na própria sociedade e muitas vezes nos familiares. Esse é um ponto que, apesar da Reforma ter avançado, o “louco” ainda não consegue se despir de certos rótulos. Um fato que contribui ainda mais para essa exclusão, é a falta de trabalhos extra muros.

“...apesar de que se precisa trabalhar mais essa questão de conscientização até mesmo por queixas de usuários e famílias, ainda há muitos preconceitos a respeito disso aí né, então é preciso que nós como equipe possamos trabalhar juntamente com família, sociedade, eu acho que como a gente coloca aqui as atividades extra CAPS ela exatamente vai fortalecer isso aí, vai fortalecer na comunidade, no grupo de mãe, lá na igreja, no grupo de jovens a gente vai exatamente fortalecer isso aí, trabalhar essa conscientização, essa divulgação...”(Carlos)

Uma pesquisa feita na cidade de Campina Grande, no CAPS III- Reviver, aponta essa fragilidade do próprio serviço em adotar dispositivos que envolvam atividades extra muros, mesmo que a proposta da Reforma seja a reintegração social, propondo quebrar as barreiras físicas do serviço para desenvolver uma dimensão sócio cultural, ainda é difícil transformar a questão da loucura no imaginário social, para assim se efetivar as relações entre sociedade e portador de transtorno mental (LIMA et al.).

Outro fato que não finaliza a Reforma e seu desenvolvimento necessário é a questão do número de serviços substitutivos que a cidade possui. Uma das psicólogas entrevistadas aponta que Campina Grande já está devidamente estruturada.

“Eu acho que Campina Grande está indo muito bem ainda em relação a Reforma Psiquiátrica, nós temos uma rede de saúde mental grande,

considerável, nós temos seis residências terapêuticas, nós temos sete CAPS, um pronto atendimento que foi recém-inaugurado para dar assistência a adolescentes e jovens que fazem uso de substâncias com a desintoxicação, nós temos a emergência psiquiátrica, então nós temos uma rede boa de saúde mental...” (Bruna)

O número de serviços por si só não alavanca o processo da reforma. É preciso estar sempre caminhando e inovando, de maneira que a interlocução entre os serviços de saúde deva configurar-se como intrínseco ao progresso, à promoção de saúde e à prevenção de doenças deve estar diretamente ligado a um olhar para o sujeito global. Dulce cita a importância da interlocução entre os serviços.

“... a gente precisa está vendo isso, o tempo todo vendo se essa rede funciona, porque a própria rede de saúde mental em si não tem uma boa interlocução, um movimento em si, enquanto outros serviços de saúde são necessários, enquanto isso não acontecer, essa reforma não vai acontecer de fato, de direito como ela é proposta, como ela tem que ser...”

Em vista dessa não interlocução tem ocorrido retardos no desenvolvimento. É preciso ações de parceria com o SAMU, inserção da saúde mental na atenção básica, oficinas de geração de renda, enfim, novas práticas que se fazem necessários no novo contexto da saúde mental (Cirilo, 2007). Constatando que a Reforma caminha a passos curtos, é preciso um diálogo maior da saúde com a saúde mental.

Os profissionais também foram perguntados como percebem a atuação do psicólogo na rede de Saúde Pública. O desafio em atuar na Saúde Pública, o CAPS como única referência de atuação do psicólogo na Saúde Pública, a desvalorização do profissional que atua na Saúde Pública foram marcantes nos relatos.

É possível destacar como ponto de semelhança entre os discursos dos profissionais o desafio que é atuar nesses serviços. Eles destacam uma questão curricular da própria unidade formadora, que direciona a prática mais para a clínica individual, não possui uma grade curricular que contemple assuntos referente a Saúde Pública no Brasil, como também sobre o SUS, nem nada específico da Saúde Mental.

“...que eu passei praticamente uma dando choque em um ratinho, pagando cadeira de estatística, pesquisa, muita coisa que eu sabia que nunca ia me servir, de fato fiquei me perguntando para que aquele tempo todinho dando choque em um ratinho, se na verdade a realidade da saúde pública eu sabia que era tão complexa, a gente sabe também que os concursos que tem, cai muito esse tipo de assunto.”(João)

“Eu acho que é um desafio, porque você está passando pela universidade, eu não sei como está à universidade hoje, mais na minha época existia muito a coisa da clinica fechada em quatro paredes, agente escuta muito é... Na minha época eu escutava pouco não tinha tanto essa prática...”(Fernanda)

Confirmando o que Spink, (2007) *apud* Freire; Pichelli, ( 2010) apontam, há uma grande falha na formação dos profissionais de Psicologia, que sempre se dedicaram ao caráter individualista, tentando responder a teorias de caráter terapêutico-curativo-assistencialista de maneira que a atuação nesse novo campo é um desafio. A estrutura da universidade e principalmente dos estágios é um dos requisitos básicos para o funcionamento dos projetos fora do meio acadêmico, entretanto estes direcionam-se para a clinica individual, baseado no consultório particular.

Lobosque (2003) destaca que o descompasso entre o ensino oferecido e o ensino necessário não teria como solução apenas a inclusão de conteúdos referentes à Saúde Pública e a Saúde Mental na grade curricular das universidades, pois essas não são disciplinas dissociadas, ou complementares. Sua presença precisa ser efetiva na formação, o que requer maior circulação e compromisso social da própria universidade.

O único desafio não é esse. Há também a busca individual, o que não se torna admissível um profissional ser indagado sobre a Saúde Pública e direcionar-se apenas a instituição CAPS.

“Eu percebo na verdade um profissional que está desenvolvendo um trabalho com uma grande demanda, é o que a gente vê aqui no CAPS III há uma grande demanda mesmo, nesse intermédio de fechamento dos hospitais psiquiátricos de alguns ambulatorios isso veio aumentar a quantidade de usuários, a quantidade de procura pelo CAPS.” (Carlos)

É notório que ele não identifica a saúde mental além do CAPS, caracterizando essa instituição como o único lugar de atendimento ao portador de transtorno mental, como um apêndice da saúde.

Com relação ao profissional que está no serviço, há uma queixa referente a desvalorização da profissão no meio. Isso dialoga com as condições de reconhecimento da psicologia no Brasil, que dedicava-se apenas às classes dominantes, de modo que o trabalho no serviço público ainda é desvalorizado e desconhecido, percebendo que o próprio psicólogo não sabe bem o que fazer, já que não teve subsídios para se preparar para esse novo campo, entretanto não se caracteriza como finalidade, já que o serviço abre as portas para esse novo profissional.

“Assim na saúde pública eu acho que ganhou muito espaço, principalmente a psicologia com esses programas CREAS, CRAS, NASFS é com o CAPS, eu acho que foi abrindo espaço para a psicologia trabalhar extra consultório... A gente ainda tem que lutar muito, eu ainda acho os psicólogos desunidos uma classe muito desunida...” (Fernanda)

É necessário saber utilizar esse espaço de maneira eficiente, equiparada por uma teoria que identifique as necessidades dos usuários juntamente com os profissionais.

Com o objetivo de entendermos como são feitas as articulações entre os CAPS e os demais serviços da Saúde Pública, os psicólogos foram perguntados se na instituição que eles atuam há um trabalho ligado à atenção básica, aos PSFs e NASFs.

Surgiram as seguintes categorias: articulação entre os serviços na prática não existe, articulação existe através dos encaminhamentos, as interlocuções entre os serviços são esporádicas.

Em relação a essa articulação entre os serviços, observamos nos discursos de alguns profissionais que isso não existe, ficando restritas apenas as normas da instituição, se remetendo tão somente a questões que não passam a aplicabilidade:

“Tem uma ideia que a rede deve ser toda interligada, quando a gente entra aqui o discurso é esse , que a gente possa ter uma articulação que fique bem integrada o serviço, que possa fluir sem problema nenhum, no entanto na prática a gente não vê... acho que fica um pouco á desejar a articulação com outros serviços.” (João)

“A gente de tanto esperar que essa coisa discutida aconteça, que a gente sempre discute nas reuniões mais na prática fica difícil de fazer.” (Dulce)

É possível identificar que em alguns CAPS da cidade as interlocuções entre os serviços são inexistentes, o que ocasiona uma perda especificamente para o usuário. O conceito de território presente no Programa de Saúde da Família (PSF) estabelece uma forte articulação com os princípios da Reforma Psiquiátrica, territorialidade, reponsabilidade pela demanda, construção de um sujeito biopsicossocial desvinculado apenas do modelo biomédico. Essa dinâmica de saúde mental na atenção básica também possibilita ao usuário ser inserido no seu território habitacional, sendo encaminhado para o CAPS apenas quando necessário, isso evitaria uma sobrecarga das instituições, onde muitas vezes observamos um número de pessoas maior do que a estrutura pode suportar (Oliveira et al, 2009).

Nos relatos de alguns psicólogos é perceptível que essa articulação tem sido feita, muitas vezes através dos encaminhamentos feitos pelos profissionais dos CAPS, entretanto alguns apontam a falta de encaminhamentos advindos da atenção básica para os CAPS.

“ Há. A gente faz, inclusive agora já está com um trabalho bem mais intenso, com os NASFS com a atenção básica, de ir para lá, de fazer palestras, de mostrar que paciente seria para CAPS, de poder conversar com eles, sobre os pacientes que são lá da atenção básica, que estão aqui que fazem parte do CAPS, a gente tem feito essas trocas sempre, mensalmente a gente tem feito esse trabalho.” (Júlia)

“Sim temos sim. É tanto que nossos usuários quando recebe alta aqui do serviço a gente encaminha, a gente buscava o PSF, para que eles compreendam que o usuário está recebendo alta, que a partir daquele momento o usuário vai ter uma vivência maior no PSF. E não só quando se trata de alta, a gente sempre busca o PSF até para compreender melhor o dinamismo do usuário, o convívio social, a gente busca sempre essa interlocução.” (Sabrina).

Alguns profissionais dos CAPS tem ido aos PSFs, ao NASFs, à Atenção Básica, tentar amarrar a importância de esses profissionais entenderem a saúde mental, levando um trabalho de cunho informativo, na possibilidade de gerar conhecimentos e aplicabilidades.

Dimenstein et al. (2005) observa que os níveis de informações das equipes de saúde da família acerca da saúde mental ainda são baixos, devido a uma lógica impregnada em muitos desses profissionais que a saúde mental é responsabilidade apenas de psiquiatras e psicólogos.

Alguns profissionais apontam que há trabalhos, entretanto não são sistematizados, apenas esporádicos, nos quais quem atua é o psicólogo de forma individual, sem muita conversação nas próprias instituições sobre a necessidade dessa articulação atenção básica e CAPS ser algo permanente. Em pesquisa feita nas unidades de saúde da região norte de Natal-RN, os resultados apontam uma falta de articulação entre os serviços de saúde mental e as práticas de ações básicas de saúde desenvolvidas no Sistema Único de Saúde-SUS, apesar de referenciadas pelo princípio da interdisciplinaridade e intersetorialidade, enfocando a articulação entre suas ações, os atores sociais da saúde mental precisam ainda construir caminhos para efetivar essa articulação, corroborando com dados dessa pesquisa.

Os psicólogos ainda foram perguntados sobre qual a importância do profissional de psicologia trabalhar nas equipes multiprofissionais, as categorias encontradas foram as seguintes: trabalho nas equipes multiprofissionais é visto como importante, o psicólogo se coloca no lugar de profissional que mais contribui na equipe.

A grande parte dos entrevistados assegura que é muito importante esse trabalho em uma equipe diversificada, de maneira que o profissional precisa estar aberto para receber

outros conhecimentos. A divisão dos serviços em saúde, composta por uma equipe multiprofissional cria condições favoráveis na instituição para troca de informações e construção do projeto terapêutico. Esse trabalho coletivo evita a diluição da responsabilidade e a omissão diante de algum fato desconhecido ou imprevisto (CAMPOS, 2003).

“Penso sim que é importante, minha avaliação é que o psicólogo de fato ele consegue trabalhar bem no ambiente multiprofissional, eu acho que as demandas que surgem, as novas realidades que a gente está inserido, de fato o contexto mostra que é importante a gente ter uma sensibilidade, capacidade para trabalhar em equipe.” (João).

“...o trabalho em grupo com profissionais de outras áreas é interessante, até para você perceber também seu papel...”(Dulce)

“Acho muito importante, a gente precisa dos outros profissionais no nosso trabalho...”(Júlia)

“...a gente precisa de outros profissionais, e dentro da multiprofissionalidade, é preciso que exista a interdisciplinaridade, ou seja, essa troca dos saberes, que existe aqui, existe aqui no CAPS...”(Júlia)

Em alguns dos relatos foi possível identificar posições em que o psicólogo se coloca como detentor do “saber” na saúde mental, observou-se muitos profissionais com um olhar individualista e excessivo quanto às suas contribuições no serviço, em detrimento aos demais profissionais que formam a equipe.

“Ah o psicólogo não por eu ser psicóloga né, mais o psicólogo é uma base muito forte né, não só no CAPS mais em toda saúde, na saúde mental. O papel do psicólogo é importantíssimo, é fundamental, é ele que faz a escuta, é ele que tem a sensibilidade de entender aquele usuário, de saber aquela problemática.”(Bruna)

“...eu acho que o psicólogo é diferente de qualquer forma, quando o psicólogo participa de uma oficina, de um grupo, de um acolhimento, qualquer que seja a atividade ele tem um outro olhar.”( Dulce)

“...o psicólogo eu acho assim que é o profissional quem tem digamos assim um olhar mais generalista...Um feeling mais aguçado para determinados aspectos.”(Lúcia)

Dimenstein (2000) aponta a importância do psicólogo se desnudar dessa posição que muitos acabam assumindo nas equipes multiprofissionais de detentores de todo o aporte teórico, tentando buscar superar as dificuldades em compartilhar e refazer suas ações com outros profissionais e usuários. Foi possível perceber que essa posição de suposto saber ainda faz parte do ideário de alguns profissionais que atuam nos CAPS de Campina Grande. Esse

pode ser um dado que completa o motivo das dificuldades que alguns deles citaram em trabalhar na equipe multiprofissional.

Constatamos a importância desse trabalho multiprofissional no CAPS, ainda que seja um campo no qual muitos saberes se intercalam, conseguimos perceber que o respeito pelo lugar de cada um dentro da equipe existe, ainda que haja desavenças ou receios. É possível identificar essas trocas nas reuniões que as equipes realizam diariamente e semanalmente. O modelo que o CAPS emprega para cada profissional denominado de Técnico de Referência faz com que os profissionais se encontrem no mesmo patamar, tendo que exercer várias funções, entretanto quando chamado a sua especificidade saber atuar de maneira eficiente, conseguindo se implicar na demanda do serviço e do usuário.

## **5 CONCLUSÃO**

A Reforma Psiquiátrica foi um movimento que ganhou grande impulso desde os anos 1980 e com o passar das décadas vem ganhando mais impacto e repercussões positivas no cenário Brasileiro. A criação do Sistema Único de Saúde-SUS também possibilitou novos cenários na Saúde Pública, entretanto é algo que precisa ser constantemente renovado e exige o empenho de todas as instâncias da sociedade. Campina Grande, como outras cidades do Brasil, conseguiu fechar seu hospital psiquiátrico, o que possibilitou a criação de uma rede de serviços substitutivos.

O estudo feito nos CAPS da cidade, com os profissionais de psicologia, permite vislumbrar muitos avanços, mas sobretudo lacunas ainda existentes nas práticas. Os psicólogos compartilham da experiência de atuar nos CAPS com outros profissionais, entretanto enfocando o fazer psicológico constatou-se que alguns profissionais estão no caminho certo, de criticar, reivindicar, melhorar, mas já outros estagnaram com o passar da efervescência da Reforma e se acomodaram no tempo.

É preciso redirecionar a atenção para toda a situação que forma a Saúde Pública Brasileira. O trabalho em rede dá possibilidades para um prática mais equiparada, condizente com a realidade de cada comunidade. A proposta da Clínica Ampliada também permite perceber o sujeito como um todo e não esfacelado, com um olhar direcionado para um sujeito global, no qual todas as formas de atuação tem sua contribuição importante.

Dando visibilidade aos resultados, conseguimos compreender muito da dinâmica que circunda os CAPS, atividades rotineiras, onde a possibilidade de fazer um trabalho extra

muros não aparece, por isso a necessidade da saúde está sempre em movimento, homem, cultura, vida. A estrutura dos serviços ainda figura como umas das principais dificuldades. A questão do usuário em crise também é umas das problemáticas citadas. A Reforma Psiquiátrica avançou na cidade, mas há uma certa preocupação que ela perca seu foco de abrangência quando direciona sua atenção mais para o serviço infantil, e sobretudo o número de serviços na cidade por si só não supre a demanda nem dá indícios de estagnação. É preciso um trabalho de qualidade e não apenas quantidade. A família ainda é apontada como umas das dificuldades, em que na maioria das vezes tem receio de se inserir no serviço. É necessário uma atenção voltada para esse familiar, considerando também suas necessidades, pois sua implicação será um auxiliar no tratamento do usuário.

A articulação entre saúde e saúde mental ainda é muito escassa, a incidência de profissionais não capacitados na atenção básica e na própria saúde mental, somado a mecanismos ineficazes de trocas entre os serviços, permite que o trabalho em rede seja feito apenas a título de encaminhamentos, é preciso mais, é necessário informações, é preciso conhecimentos, trabalhar na lógica da intersetorialidade defendendo que a saúde mental possa ser responsabilidade de todos.

O psicólogo precisa estar mais preparado para esse campo que lhe é ofertado, uma das defasagens são as universidades, que direcionam a prática para o setor individual e não possuem nem sequer uma grade curricular que contemple Saúde Pública, nem Saúde Mental.

As falhas não são apenas essas. As teorias precisam conter uma abrangência maior, com possibilidades de intervenções no meio público. A hegemonia de alguns saberes não supre por si só a demanda do serviço público, o espaço é outro, os usuários também. O trabalho na equipe multiprofissional deve se guiar pela troca. O psicólogo precisa se desnudar do seu caráter teórico “tão bem estabelecido”, dando possibilidades para se abrir ao novo. A questão não é perder sua singularidade enquanto profissional, mas saber agir quando convocado a questões que não são de sua especificidade.

A psicologia, como uma das áreas mais novas a se inserir no contexto da Saúde Pública, tem contribuído tentando buscar uma nova reconfiguração do seu saber, em meio as limitações da própria profissão, como do estudo aqui feito. É necessário disponibilidade para aprender, no mais íntimo sentido da palavra: reelaborar, reconstruir conhecimento, ser capaz de dialogar, reconstruir significados, aprender para desfazer práticas individualistas. É preciso se unir para essa nova lógica de atuação ganhar movimento e respaldo nas mais variadas instâncias da saúde. A importância de novos estudos que trate da questão da Saúde Pública articulando com a Saúde Mental em meio às práticas dos psicólogos, faz surgir reflexões em

toda a classe, de maneira que causa inquietações e o desejo da profissão responder aonde é convocada.

### ABSTRACT

This study has as its object the Psychiatric Reform and Public Health, its possible connections with the work of psychologists in Psychosocial Care Centers-CAPS Campina Grande-PB. It aims to identify the characteristics and performance of the professionals who work in psychology CAPS, see if the professionals envision the role of mental health services in parallel with health, reflect on the importance of work in a multidisciplinary team and know what the difficulties in work with the mentally ill are. Through content analysis studies on the speeches of nine professional services, it was concluded that the activities are more routine, such as therapy groups, workshops, individual assistance, the most frequently mentioned difficulties are structural in nature, the dialogue between the CAPS and other health services is sporadic, work in multidisciplinary team is important. Pointed out that the psychiatric reform in the city has evolved, but the number of substitute services alone does not characterize the fundamental advance. The Psychosocial Care Centers need greater coordination with primary care, so that the exchange of knowledge should be implemented, this will require greater training of professional psychology that are still very attached to individual care, so we must redirect the look, and learn to handle with the new demands of public service.

KEYWORDS: Psychiatric Reform. Public Health. CAPS. Psychologist.

### REFERÊNCIAS

ALVES, C.F.O.; RIBAS, V.R.; ROCHA ALVES, E.V; VIANA. M.T; GUERRA RIBAS, R. M.; JÚNIOR, L. P. M.; MARTINS, H.A.L.; LIMA, M. D. C; SOUGEY. E.B.; CASTRO, R. M. Um breve histórico da reforma psiquiátrica. Recife, 2006. Estudo realizado na Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento-Universidade Federal do Pernambuco-UFPE, Recife.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro v.11, n.3, p. 491-494, 1995.

AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n.1, 2009.

BARCHFONTEINE, C. de P. **Saúde pública é bioética?** São Paulo: Paulus, 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.

BERNARDES, J. S.; GAMBA, E. A. C.; SANTOS, L.; SPINK, M.J.P. 2007. 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 J. Paris. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo. Casa do psicólogo, 2007, cap.2, p.53-79.

BRAGA, T.M.S.; PIRES, A.C.T. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção social. In: **Rev: Temas em Psicologia**, v.17, p.1. 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 51-162. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm) Acesso dia 02 de setembro, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **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](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf). Acesso: 27 de agosto de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO Psicossocial**. Brasília, 2004.

BIRMAN, J. e COSTA, J. F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: Paulo Amarante (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994 (p. 41-71).

BRITO, F. S. L **Andanças que cortam os caminhos da razão**: as vivências insanas e a atuação da reforma psiquiátrica em campina grande – PB. Recife, 2011. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, Recife.

BRITO, S. M. de O. **Questionário**: Instrumento de coleta de dados na pesquisa quantitativa e qualitativa. Texto elaborado para a disciplina Psicologia Experimental IV, do Curso de Psicologia da UEPB, nos períodos letivos 96.1 e 96.2.

Campina Grande possui sete CAPS e supera parâmetro nacional, 2010. Disponível em: <http://prefeitura-campina-grande-pb.jusbrasil.com.br/politica/5142104/campina-grande-possui-sete-caps-e-supera-parametro-nacional>. Acesso: 22 de setembro, 2011.

CAMPOS, F. C. B.; GUARIDO, E. L. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procuram. In SPINK, Mary J. Paris. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. cap.3, p.81-100.

CAMPOS, W, G de S. **Saúde Paidéia**. ed.3. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARVALHO, D. B.; YAMAMOTO, O. H. **Psicologia e políticas públicas de saúde**: anotações para uma análise da experiência brasileira In: Psicologia para América Latina. México, 2002.

CAVALCANTI, N. M. T; FERREIRA, M.S.; MESQUITA, J.F. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um Novo Olhar Sobre o Paradigma da Saúde Mental. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs\\_pdf/eixo\\_4/abep2010\\_2526.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf). Acesso: 10 de setembro, 2011.

CHAVES, S. S. S.; FONSÊCA, P. N.; Trabalho docente: Que aspectos sociodemográficos e ocupacionais predizem o bem-estar subjetivo? In: **Psico**. Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 75-81, 2006.

CIRILO, L.S. **Novos tempos**: saúde mental, CAPS e cidadania nos discursos de usuários e familiares. Campina Grande, 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba-UEPB, Campina Grande.

COLVERO, L DE A.; COSTARDI IDE, C.A; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc Enferm.** p.197-205,2004.

Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro- CRPRJ. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/noticias/2006/0524-eventos-preparatorios-para-forum-regional-de-saude-mental-discutem-participacao-do-psicologo-no-sus.html>. Acesso: dia 09 de setembro, 2011.

COSTA, J.F. Saúde Mental, Produto da Educação? (1986). Disponível em: [http://jfreirecosta.sites.uol.com.br/artigos/artigos\\_pdf/saude\\_mental.pdf](http://jfreirecosta.sites.uol.com.br/artigos/artigos_pdf/saude_mental.pdf). Acesso: 26 de agosto de 2011.

COHEN, L.; MANION, L. Investigación descriptiva. **Métodos de investigación educativa.** 2ª ed. Madrid, 2002. p. 101 – 130.

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

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. In: **Psicologia em Estudos:** Maringá, v. 6, n. 2, pg. 57-63, 2001.

DIMENSTEIN, M.; BRITO, M.; MORAIS, C.. SANTOS, Y.F; SEVERO,A.K. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental,** Barbacena v. 3. n. 5, 2005.

DIMENSTEIN, M.; SALES, A.L.L.F. Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução? In: **Psicologia em Estudo:** Maringá, v.14, n.2, p.277-285, 2009.

FERREIRA, G. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio política. In: **Psicanálise & Barroco-Revista de Psicanálise,** v.4, n.1, p. 77-85, 2006.

FIGUEIREDO, V.V ; RODRIGUES, M.M.P. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NOS CAPS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. **Psicologia em Estudo:** Maringá, v. 9, n. 2, p. 173-181, mai./ago. 2004.

FREIRE, F. M. S.; PICHELLI, A.A. W. S. Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica: em busca da integralidade. **Psicologia Ciência e Profissão:** Brasília, v.3, n.4, 2010.

GILL, R. Análise de discurso. In: GASKELL, G. & BAUER, M. W. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. Petrópolis: Vozes. ed. 2, 2003.

LIMA, M. Atuação Psicológica Coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. **Psicologia em Estudo**: Maringá, v. 10, n.3, 2005.

LIMA, G. DA S.; ALMEIDA, R. DE M.; COSTA, T.C.B.; NASCIMENTO, R. B.; NEVES, D. B.; SILVA, M.V.A.CAPS III – REVIVER - CAMPINA GRANDE - PB E REFORMA PSQUIÁTRICA: algumas considerações necessárias. XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba 1. Disponível em:  
[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2010/anais/arquivos/0337\\_0230\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/0337_0230_01.pdf). Acesso, 22 de outubro, 2011.

LOBOSQUE, A.M. **Princípios para uma clínica antimanicomial**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, A.M. **Clinica em Movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MATTA, G.C; SPINK, M.J. A prática profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In SPINK, Mary J. Paris. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo. Casa do psicólogo, 2007, cap.1, p.25-48.

MERHY, E.E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores. Disponível em:  
<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf> . Acesso 16 de agosto de 2011.

MORAES R.; PADILHA, C.S. II Encontro Nacional dos Residenciais Terapêuticos e do Programa de Volta para Casa. Porto Alegre, 2010. Disponível em:  
[http://paginas.ufrgs.br/encredenciais2010/programacao/arquivos\\_posters/FRANCO%20ROTELLI%20CONTRIBUICOES%20PARA%20REPENSAR%20O%20PARADIGMA%20PSIQUIATRICO.pdf](http://paginas.ufrgs.br/encredenciais2010/programacao/arquivos_posters/FRANCO%20ROTELLI%20CONTRIBUICOES%20PARA%20REPENSAR%20O%20PARADIGMA%20PSIQUIATRICO.pdf). Acesso: 26 de agosto de 2011.

MOREIRA, K. M.A; ARRUDA, A.A.A. Programa de intervenção precoce em saúde mental sob a perspectiva psicanalítica e abordagem interdisciplinar. **Revista de Biologia E farmácia-BIOFAR**, Campina Grande v.5, 2011.

Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. (2001). A Resolução de Problemas de Saúde Mental. **In: Relatório sobre a saúde no mundo**, 2001 (pp. 79-107). OMS.

PEREIRA, F. M.; PEREIRA NETO, A. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. **Psicologia e estudos**: Maringá, v. 8, n. 2, p. 19-27, 2003.

PORTAL BRASIL. Saúde habilita 26 novos CAPS para atendimento em saúde mental, 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/05/04/saude-habilita-26-novos-caps-para-atendimento-em-saude-mental>. Acesso, 10 de setembro, 2011.

RONZANI, T. M.; RODRIGUES, M. C. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 26, n. 1, p.132-146, 2006.

SAEKI, T.; SOARES, S.R R.. .O centro de atenção psicossocial sob a ótica dos usuários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.6, p.923-929, 2006.

SILVEIRA, C. L. BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito da loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13 n.4, 2005.