UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES

FLÁVIO ALVES DA SILVA

EXPERIÊNCIAS DE PSICÓLOGOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NOS TERRITÓRIOS DE SAÚDE DO ALTO TIETÊ

MOGI DAS CRUZES/SP

2023

UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES

FLÁVIO ALVES DA SILVA

EXPERIÊNCIAS DE PSICÓLOGOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NOS TERRITÓRIOS DE SAÚDE DO ALTO TIETÊ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação da Universidade de Mogi das Cruzes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas.
Área de Concentração: Realidade Regional: Qualidade de Vida e Dignidade Humana

Orientadora: Prof. Dra. Tatiana Ribeiro de Campos Mello

MOGI DAS CRUZES/SP

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica
Universidade de Mogi das Cruzes - Biblioteca Central

S586e

Silva, Flávio Alves da
Experiências de psicólogos da rede de atenção psicossocial nos territórios de saúde do Alto Tietê / Flávio Alves da Silva. -- Mogi das Cruzes, SP: Universidade de Mogi das Cruzes, 2023.
89 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) -- Universidade de Mogi das Cruzes, 2023.
Orientação: Prof. Dra. Tatiana Ribeiro de Campos Mello.
Inclui bibliografia.

1. Reabilitação psiquiátrica 2. Sistemas de apoio psicossocial 3. Política de Saúde 4. Serviços de Saúde Mental 5. Psicologia I. Mello, Tatiana Ribeiro de Campos II. Universidade de Mogi das Cruzes III. Título

CDD 150.92

Elaborada por Maria Cristina Alves Silva Xavier – CRB-8/10077

ATAS

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE APRESENTAÇÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS DA UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES

Às quatorze horas do dia vinte e sete de abril de dois mil e vinte e três, pela Universidade de Mogi das Cruzes, realizou-se a defesa de dissertação intitulada "EXPERIÊNCIAS DE PSICÓLOGOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NOS TERRITÓRIOS DE SAÚDE DO ALTO TIETÊ" pelo(a) candidato(a) **Flávio Alves da Silva,** para obtenção do grau de mestre em políticas públicas. Tendo sido o número de créditos alcançados por ele(a) no total de 36 (trinta e seis), a saber: 24 unidades de crédito em disciplinas de pós-graduação e 12 unidades de crédito no preparo da dissertação, o(a) aluno(a) perfaz assim os requisitos para obtenção do grau de mestre. A comissão examinadora estava constituída dos senhores professores doutores: Tatiana Ribeiro de Campos Mello, e Agnes de Sousa Arruda, da Universidade de Mogi das Cruzes, e Rafael Gomes Ditterich, da Universidade Federal do Paraná, sob a presidência da primeira, como orientadora da dissertação. A sessão pública da defesa foi aberta pela senhora presidenta da comissão, tendo em seguida o(a) candidato(a) realizado a apresentação da dissertação. Concluída a apresentação, tiveram início as arguições pelos membros da comissão examinadora. A seguir a comissão, em sessão secreta, conforme julgamento discriminado por cada membro, considerou o(a) candidato(a).

aprovado (aprovado(a) /reprovado(a)) por unanimidade (unanimidade/maioria)

Mogi das Cruzes, 27 de abril de 2023.

Comissão Examinadora	Julgamento
Rafael Gomes Ditterich	aprovado (aprovado(a)/reprovado(a))
Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich	
Agnes de Sousa Arruda	aprovado (aprovado(a)/reprovado(a))
Profª Drª Agnes de Sousa Arruda	
	aprovado (aprovado(a)/reprovado(a))
Profª Drª Tatiana Ribeiro de Campos Mello	

DEDICATÓRIA

Aos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial que resistiram, resistem e resistirão aos desmontes do SUS e incansavelmente estão engajados na construção e defesa de um sistema público, gratuito e universal de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço todas as pessoas que de alguma maneira contribuíram com este trabalho. Aos profissionais pela gentiliza e disponibilidade de compartilhar suas experiências e histórias.

Aos estudantes do Programa de Iniciação Científica da UMC, pelas contribuições e auxílios na construção deste estudo. Agradecer ao ex-aluno, psicólogo e amigo, Giovanni Galati pelas transcrições (você é incrível, meu amigo).

Agradecer aos familiares e amigos pelo apoio de sempre. Agradeço, todos os dias, à Professora Ana Cristina Arzabe, por tudo, inclusive pelas broncas.

Agradeço à Universidade de Mogi das Cruzes por mais esta oportunidade, dentre tantas outras e por me permitir realizar sonhos que eu nem sabia que tinha. Agradecimento especial à minha orientadora, Professora Tatiana, pela parceria de sempre e pela paciência quase infinita.

Obrigado!

EPÍGRAFE

Nós vos pedimos com insistência:
Nunca digam - Isso é natural!
Diante dos acontecimentos de cada dia,
Numa época em que corre o sangue
Em que o arbitrário tem força de lei,
Em que a humanidade se desumaniza
Não digam nunca: Isso é natural
A fim de que nada passe por imutável.
Bertolt Brecht

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica, e a consequente criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), aponta para uma nova compreensão sobre o adoecimento psíquico, assim como reorienta a organização dos serviços e as práticas em saúde mental. A RAPS pressupõe que o cuidado voltado a pessoas em sofrimento mental deve ser ofertado no território a partir de estratégias diversas que potencializem a reinserção e a preservação dos laços afetivos, familiares e comunitários dos usuários. Este é um estudo analítico de abordagem qualitativa, que teve por objetivo analisar a experiência de psicólogos que atuam na Rede de Atenção Psicossocial nos territórios de saúde da região, bem como possíveis entraves e potencialidades. O estudo se utiliza da História Oral Temática como caminho metodológico e contou com a participação de 7 (sete) psicólogos que atuam na RAPS da região do Alto Tietê. Os resultados evidenciam que a articulação de redes de saúde mental na região encontra diversos entraves e limites que comprometem sua eficácia. Os profissionais atuam em condições precárias para atuação tendo, muitas vezes, a si mesmos como principal ferramenta de trabalho. Estratégias como o apoio matricial, que consiste em um trabalho conjunto entre profissionais de diferentes níveis de formação e especialidades, com o objetivo de compartilhar saberes e experiências, bem como de promover a integração e a coordenação das ações em saúde mental e potencializar o cuidado, ainda não se consolidaram na região, o que leva gera o risco de que a assistência em saúde se organiza a partir de lógicas medicalizantes organizem a rede de forma engessada. As principais práticas em saúde mental são realizadas em grupos e que tais dispositivo potencializam o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e sua inclusão na comunidade, porém, em muitos contextos, os grupos são utilizados como forma de amenizar as dificuldades infraestruturais e as condições precárias de trabalho, como a sobrecarga de trabalho e a falta de profissionais. Verifica-se, também, que as formações em saúde ainda são atravessadas por lógicas manicomiais, que tais concepções perpassam a prestação de assistência em saúde mental, e que muitos profissionais entendem que as formações em saúde não os instrumentalizam para atuar no Sistema Único de Saúde e se percebem despreparados para prestar assistência aos usuários dos serviços da RAPS. A organização dos serviços em rede deve ter como objetivo a ampliação do alcance das políticas em saúde mental e fortalecer a inserção comunitária de pessoas com transtornos mentais, neste sentido, é fundamental que as redes sejam organizadas e preparadas para prestar assistência aos usuários dos serviços, para isso é fundamental que as redes estejam articuladas, tenham estratégias que fortaleçam a ação nos territórios, criem condições adequadas de trabalho e capacitem os trabalhadores para atuar no contexto da saúde mental.

Palavras-Chave: saúde mental; políticas públicas; rede de atenção psicossocial.

ABSTRACT

The psychiatric remodeling, and the consequent creation of the Psychosocial Care Network (PCN), aims to a new comprehension about psychic illness, as well as it redirects the organization of services and the practicing in mental health. The PCN presupposes that the caring to people in mental suffering should be offered in the territory according to several strategies that enhance the user's affective, family and communitarian reintegration and preservation. This is an analytical study with a qualitative approach, which focused on analyzing the experience of psychologists who work in the Psychosocial Care Network in the health territories of the region, as well as possible barriers and potentialities. The study uses Thematic Oral History as a methodological path and counted with the participation of 7 (seven) psychologists who took part in the PCN of the Alto Tietê region. The results show that the articulation of mental health networks in the region en counters several obstacles and limits that compromise its effectiveness. Professionals work in precarious conditions for performance often having themselves as the main work tool. Strategies such as matriarchal support, which consists of joint work between professionals from different levels of education and specialties, with the aim of sharing knowledge and experiences, as well as promoting the integration and coordination of mental health actions and enhancing care, have not yet consolidated in the region , which leads to the risk that health care is organized based on medicalizing logics that organize the network in a rigid way. The main practices in mental health are done in groups and that such devices enhance the development of the subjects' autonomy an d their inclusion in the community, however, in many contexts, groups are used as a way to decrease infrastructural difficulties and precarious working conditions, such as work overload and lack of professionals. It is also checked that health formation is still crossed by insane asylum logics, that such conceptions pervade the provision of mental health care, and that many professionals understand that health formation doesn't equip them to work in the Unified Health System and they feel unready to provide care to users of PCN services. The organization of network services should aim to extend the scope of mental health policies and strengthen the community insertion of people with mental disorders, in this sense, it is essential that networks are organized and prepared to provide assistance to users' service, for this, it is essential that the networks are articulated, have strategies that strengthen action in the territories, create adequate working conditions and train workers to act in the context of men tal health.

Keywords: mental health; public policy; psychosocial care network.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10
1.1 Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica **12**
1.2 A RAPS como instrumento de promoção de cuidado e autonomia **14**
1.3 Os desafios da saúde mental: a sofisticação do manicômio e o desmonte da rede de atenção psicossocial **15**
1.4 Justificativa e Hipótese **18**
2 OBJETIVOS 20
2.1 Objetivo Geral 20
2.2 Objetivos Específicos 20
3 MÉTODO 21
3.1 Delineamento **21**
3.2 Participantes 23
3.3 Aspectos Éticos 24
3.4 Material 24
3.5 Procedimentos 25
4 PLANO DE ANÁLISE 26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 27
5.1 A RAPS: contextos, práticas, limites e potencialidades para atuação de psicólogos **27**
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 48
7 REFERÊNCIAS 51
APÊNDICES 56
ANEXOS 77

1 INTRODUÇÃO

A definição de um conceito de saúde reflete questões conjunturais e tem implicações legais, sociais, econômicas, políticas e culturais. Como construção social, o conceito de saúde é definido e se altera de acordo com a época, o lugar, a classe social e depende de valores individuais, morais, concepções científicas, filosóficas e religiosas. Ou seja, o pensamento sobre o que é saúde está diretamente ligado ao pensamento dominante na sociedade em que foi produzido.

Por exemplo, o hábito do banho diário como prática de saúde é uma construção de países tropicais como o Brasil, prática diferente dos países com o clima mais frio como os países da Escandinávia e da Europa. Assim como toda e qualquer conceituação sobre o que é saúde já produzida pela sociedade ao longo dos séculos, o pensamento sobre o que é doença também segue a mesma lógica e varia de acordo com o contexto histórico em que está inserido, e se modifica de acordo com a época e o lugar e estão diretamente ligados a valores presentes na sociedade e a existência. Estudos do século XVI afirmam que a masturbação era um grave desvio sexual que podia resultar em desnutrição e distúrbios mentais, situação que hoje é considerada como sendo um componente saudável da sexualidade humana. Outros estudos classificam o desejo de fuga dos escravos como enfermidade mental "drapetomania[1]" (SCLIAR, 2007).

O Movimento Antimanicomial que significou uma grande mudança no modo de olhar a saúde/doença mental-loucura e estabeleceu as bases do que se entende por políticas de Saúde Mental no mundo inteiro, é mais um exemplo de como os conceitos se modificam e refletem diretamente na forma de pensar e fazer saúde na sociedade. Foucault (1975) afirma que foi numa época relativamente recente da história que o Ocidente concedeu à loucura um *status* de doença mental, durante muito tempo afirmou-se, e reafirmou-se, que o louco era nada mais que um possuído, e que todas as histórias da Psiquiatria até então quiseram mostrar o louco da Idade Média e do

[1] Houve época em que o desejo de fuga dos escravos era tratado como enfermidade mental e classificado como *drapetomania* (do grego *drapetes*, escravo). O diagnóstico foi proposto em 1851 por Samuel A. Cartwright, médico do estado da Louisiana, no escravagist a sul dos Estados Unidos. O tratamento proposto era o do açoite, também aplicável à "disestesia etiópica", outro diagnóstico do doutor Cartwright, este explicando a falta de motivação para o trabalho entre os negros escravizados.

Renascimento como um doente ignorado, preso no interior da rede rigorosa de significações religiosas e mágicas.

Ou seja, saúde/doença mental estava diretamente ligada a assuntos da fé e religião, e estas se colocavam a serviço de uma elite dominante e excludente. Foucault (1975) afirma que desde então:

> cria-se na Europa estabelecimentos para a internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os p ortadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo, todos aqueles que, em relação da ordem da razão, da moral e da sociedade dão mostras de alteração (FOUCAULT,1975, p.78).

Neste contexto, em que a saúde/doença mental-loucura servia como pretexto para que determinados grupos promovessem limpezas sociais e isolassem os indesejáveis e "alterados" é que o Movimento de Luta Antimanicomial ganha importância ao implicar em mudanças de paradigmas em diversos âmbitos: do teórico ao cultural, passando pelo campo de construção de políticas e modelos de atenção. Buscou-se não só constituir novas práticas no campo da assistência à saúde mental como também produzir transformações no que diz respeito ao lugar social dado à saúde/doença menta-loucura, ao diferente, questionando uma cultura que estigmatiza e marginaliza determinados grupos sociais. Tal proposta acaba por colocar em questão valores e representações sobre a loucura há muito arraigados em nossa sociedade e que estão na base de nossa constituição como sujeitos.

Isto posto, pode-se afirmar que o conceito de saúde se alterou no desenrolar dos séculos, modificou -se e modifica-se diariamente, a cada avanço social e tecnológico, a cada descoberta científica, e não é um conceito pronto. Atualmente o conceito mais aceito é o dado pela Organização Mundial de Saúde que entende saúde como o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência da doença. (OMS, 1985). Tal conceito parte do princípio de que o homem é um ser *biopsicossocial*, ou seja, o homem é compreendido como um organismo vivo, dotado de consciência e inserido em um meio onde atua e interage com outros seres.

1.1 SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica Brasileira aconteceu de forma concomitante com a Reforma Sanitária, que lançou as bases para os princípios do Sistema Único de Saúde. As duas reformas, em suas especificidades, se constituíram como movimentos sociais ligados à luta por direitos e cidadania no que tange à política de saúde do país que contavam com a participação de trabalhadores, usuários e familiares, e com o apoio de parcela maciça da população. A Luta Antimanicomial, que produziu a Reforma, questionava as práticas de saúde, os modelos de assistência e os serviços ofertados para o tratamento de pessoas acometidas por transtornos mentais ou em sofrimento psíquico, os chamados loucos (PITTA, 2011)

No final dos anos 1970, o movimento de Luta Antimanicomial apresentou à sociedade as primeiras denúncias de violência e abandono de pacientes internados em instituições psiquiátricas. As graves denúncias apontavam que os pacientes eram internados indefinidamente, muitos sem diagnóstico, submetidos a maus tratos, morriam por doenças evitáveis, eram colocados em isolamento, celas-fortes ou em sedação química excessiva, sofriam agressões físicas graves. Além disso, identificava a elevada mortalidade dos internos. O movimento denunciava naquele momento o desrespeito aos direitos humanos dos pacientes, as condições de trabalho desfavoráveis para os profissionais de saúde mental; a mercantilização da loucura, que tornavam os hospitais psiquiátricos lucrativos; além de uma estrutura de atendimento e de práticas que se baseavam na ideia de que tratamento psiquiátrico só poderia ser feito em ambiente hospitalar fechado; de que o louco (doente mental, referindo-se especialmente aos pacientes graves) era incapaz, perigoso e não tinha possibilidade de melhorar o bastante para viver fora do confinamento (DELGADO, 2011).

Na medida em que o movimento antimanicomial tomou corpo, os desafios se modificaram e até se ampliaram. O movimento inicialmente se propunha a denunciar, denunciar a violência e ineficácia de um sistema assistencial hospitalocêntrico, asilar, que excluía do tratamento a maior parte da população, que transformava a loucura e problemas em função do uso de drogas em mercadoria, e que se ancorava em uma visão preconceituosa e estigmatizante sobre o sofrimento mental. A Reforma Psiquiátrica tentou enfrentar dois desafios: o primeiro, entrar no sistema asilar para

transformá-lo por dentro, modificando a concepção e as práticas nas instituições asilares e rompendo com práticas de tratamento cristalizadas, e segundo, a ampliação da oferta de atendimento em saúde mental fora dos hospitais, em ambulatórios públicos, numa tentativa de romper com a institucionalização como única forma possível de tratamento.

Nos anos 80, o movimento tinha a clareza de que sem uma ação de âmbito nacional, uma política nacional de saúde mental que tomasse como objeto a mudança dos dois paradigmas, o modelo hospitalocêntrico e a invalidação social e jurídica do usuário dos serviços de Saúde Mental, não haveria mudanças. Assim, iniciou -se a construção de experiências que se mostrassem como alternativa ao manicômio, neste período foi implantado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo, além do fechamento da Casa Anchieta em Santos, conhecida como Casa dos Horrores (DELGADO, 2011)

Na década de 1990 as propostas antimanicomiais começaram a ser inseridas nas orientações da política pública de saúde. O processo de redemocratização do país e os avanços conquistados com a criação do Sistema Único de Saúde possibilitaram que se desenvolvesse propostas de assistência substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, propõe-se aí a criação de uma rede de atenção psicossocial de base comunitária em bases mais institucionais. Neste período, é apresentado ao Congresso Nacional um Projeto de Lei que institui a Reforma Psiquiátrica, de autoria do então deputado Paulo Delgado, também se inicia o processo de redução dos leitos psiquiátricos e desinstitucionalização de pacientes em longas internações, sendo este processo diretamente submetido à fiscalização do SUS, por meio do Ministério da Saúde.

Nos anos 2000 a Reforma Psiquiátrica conquistou alguns avanços como a aprovação e promulgação da Lei n. 10.216, em abril de 2001, que estabeleceu a proteção os direitos de pessoas em sofrimento psíquico e transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Realizou -se III Conferência Nacional de Saúde Mental, que discutia modelos substitutivos ao hospital, a garantia de direitos do “louco”, sendo este tomado como cidadão e não mais como objeto de intervenção e a consolidação da rede comunitária e territorial de serviços de saúde mental, incluindo a formulação de uma política do Ministério da Saúde para u suários de álcool e outras drogas (DA FONTE, 2013).

Atualmente a rede de assistência uma rede muito extensa, ainda bastante precarizada, cujos principais desafios são:

- **sustentabilidade financeira** - aporte regular de recursos dos três níveis de gestão do SUS;
- **sustentabilidade técnica** - assegurar qualificação, supervisão, formação permanente, padrões técnicos de excelência, ampliação da capacidade de acolhimento de novos usuários;
- **sustentabilidade política** - apoio da gestão pública e da população usuária, e enfrentamento das oposições que a proposta da Reforma enfrenta; e
- **sustentabilidade científica** - isto é, aprofundar os mecanismos de produção e divulgação do conhecimento científico sobre a saúde mental comunitária no Brasil (BRASIL, 2007; 2011).

1.2 A RAPS COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DE CUIDADO E AUTONOMIA

A Reforma Psiquiátrica, preconizada pela Lei Federal 10.216/2001 e materializada na Portaria MS 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A portaria foi republicada 2013 com o objetivo de modificar os critérios populacionais para implantação de serviços. Posteriormente foi modificada em 2017 e 2019, e em 2022, o Ministério da Saúde publicou nova portaria, a 5965/22, modificando a forma de financiamento da Rede, e abrindo espaço para o financiamento público de serviços privados e que operam a partir da lógica manicomial.

A RAPS tem como pressuposto de que o cuidado voltado a pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais deve ser ofertado em serviços de base territorial, que garanta acesso e cuidado integral e humanizado, a partir de estratégias diversas que permitam a reinserção e a preservação dos laços afetivos, familiares e comunitários. A rede é composta por serviços do SUS, em todos os níveis de atenção, considerando as suas especificidades e a necessidade do atendido, além de criar equipamentos voltados para o atendimento em saúde mental (BRASIL, 2011).

Para além da existência dos serviços, a Reforma Psiquiátrica e a consequente criação da RAPS aponta para uma nova compreensão do sofrimento mental e do "doente", bem como reorienta as práticas em saúde. A criação da RAPS e de seus dispositivos como CAPS e suas modalidades, SRT's, Atenção Básica e outros serviços surgiram como substitutos aos modelos asilares encontrados por todo país.

Estes modelos são caracterizados pela ausência de recursos para oferecer assistência integral aos pacientes, bem como a não garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais que são apresentados na própria lei, como acesso ao melhor tratamento, pelos meios menos invasivos, de preferência em serviços comunitári os e com objetivos de reinserção social, entre outros (BRASIL, 2013).

Se antes da Reforma Psiquiátrica o cuidado era centrado na internação em Hospital Psiquiátrico, tendo o isolamento como principal medida terapêutica, a busca pela normatização dos sujeitos a partir da lógica de instituição total, que viola direitos e captura identidades e subjetividades, a ação do movimento de luta antimanicomial, a criação do SUS e a consequente aprovação da Lei Federal 10.216/2001 possibilitou a criação de ampla rede de cuidado em saúde de base territorial, entendendo que as relações sociais, culturais e o território são elementos importantes para o atendimento e reabilitação em saúde mental, assim também, o objeto de cuidado, no caso o louco, passa a ser compreendido em sua complexidade, necessidades e potencialidades, além disso, amplia-se as práticas e saberes no cuidado em saúde mental, considerando os conhecimentos produzidos pelas diversas ciências de saúde e também os saberes populares e a corresponsabilidade pelo cuidado, ou seja, o usuário do serviço de saúde deixa de ser passivo e mero alvo de intervenção médica DELGADO, 2011).

1.3 OS DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL: A SOFISTICAÇÃO DO MANICÔMIO E O DESMONTE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Desde sua criação, a RAPS vêm passando por inúmeras modificações que, sob a justificativa de aperfeiçoamento e melhor eficácia dos serviços, atingem diretamente suas diretrizes, objetivos e finalidades que refletem o período de instabilidade institucional que vive o país. Neste processo, observa-se que a implantação e financiamento de serviços de base territorial que se contrapunham à internação e ao isolamento como medida terapêutica perdem força e dão espaço para as chamadas “comunidades terapêuticas”. Tais instituições reproduzem em menor escala os antigos manicômios e mantém práticas que, não sói violam direitos, como tolhem a autonomia das pessoas em atendimento.

Segundo o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018), estabelecimentos como as comunidades terapêuticas possuem características asilares e práticas semelhantes às dos antigos hospitais psiquiátricos ainda persistem. Nas 28 Comunidades Terapêuticas vistoriadas em 11 estados, além do Distrito Federal, foi constatado o isolamento e restrição do convívio social como medida terapêutica, incomunicabilidade e visitas restritas, abusos de poder, violação do sigilo de correspondências, trabalho forçado, ausência de projeto terapêutico, ausência de profissionais capacitados – com formadas por ex-internos que permanecem no local e por pessoas que trabalham informalmente e com sem direitos trabalhistas –, internações compulsórias e involuntárias, a presença de trancas e muros, tortura, castigos físicos, punições – como amarras, privação de alimentos, sono, contenção química e isolamento –, o desrespeito às liberdades religiosa e de expressão de gênero e orientação sexual, internação de adolescentes, equipes de trabalho frágeis,

Concomitantemente às violações de direito, percebe-se um processo de desmonte dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, na medida em que o Poder Público vem, sistematicamente, modificando e revogando as diretrizes da RAPS a partir de novas portarias e redirecionando o financiamento. Entre as modificações, destacam-se a Nota Técnica n° 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde que modificou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional sobre Drogas, bem como as portarias que dispõem sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A nota reinterpreta a Lei 10216/2001, e fragiliza a RAPS ao incluir hospitais psiquiátricos e outros serviços de internação - como as comunidades terapêuticas – como serviços de assistência em saúde mental, em detrimento dos serviços da rede substitutiva que passam a assumir um papel secundário no atendimento em saúde mental. Tais mudanças foram realizadas sem consultas à sociedade civil e os movimentos de saúde mental, além de desconsiderar os espaços de formulação de políticas públicas como conselhos, conferências e audiências públicas.

Mais recentemente, em 2022, o Ministério da Cidadania abriu chamamento público para a organizações da sociedade civil que prestem atendimento como hospital psiquiátrico na modalidade internação ou pronto atendimento para a

execução de projetos de cuidado, tratamento e reinserção social de pessoas dependentes químicas. No mesmo ano, e de maneira orquestrada, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 596/22, que susta o Programa e o Incentivo Financeiro de Custeio Mensal para o Programa de Desinstitucionalização Integrante do Componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), além de ampliar o financiamento de comunidades terapêuticas.

De acordo com Pereira (2007) o processo de institucionalização possibilita aos indivíduos inseridos na instituição organizarem sua convivência através de regras e valores construídos com o tempo. O autor ainda coloca que a instituição exerce uma relação de poder sobre o indivíduo quando essa exclui a sua subjetividade que culmina na perda da "autonomia" e sua voz torna-se inativa. Sendo assim, tanto as pessoas que ao logo dos séculos estiveram em internação, quanto aqueles que estão hoje institucionalizados, tendo sua subjetividade descartada dependendo das políticas públicas do país, podem ver, o pouco que foi conquistado de melhoria na saúde mental se escorrer pelo esgoto da ignorância, pois a atual gestão política do Brasil baseando-se em métodos retrógrados tenta mudar através de uma "nota técnica" tanto a Política Nacional de Saúde Mental quanto as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, em que depois de avanços, do trato, da relação do processo saúde doença humanizado e todas as conquistas ocorridas no Brasil, inclusive as citadas, assinala para o início de um retrocesso.

Na contramão da Reforma Psiquiátrica, nota-se que a atual gestão das políticas de saúde mental privilegia a internação e o confinamento como principal intervenção e permite que usuários do SUS sejam inseridos em comunidades terapêuticas na modalidade de moradia, e essas comunidades receberiam, além de pessoas com problemas mentais, "aqueles que vivem nas ruas e os que são egressos de unidades prisionais comuns" (BRASIL, 2019, p. 4). Segundo Fossi e Guareschi (2015) as comunidades têm muitas vezes um caráter confessional e o tratamento baseia-se principalmente na religião. Essas comunidades são instituições privadas que serão inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além de outras modificações, no caso dos dependentes químicos, foi proposto como processo de tratamento o modelo monoterapêutico, o qual consiste em isolamento e abstinência total do indivíduo. Tais perspectivas terapêuticas se baseiam em valores proibicionistas e assumem o confinamento como único modelo viável de tratamento,

se opondo aos princípios norteadores da Reforma que preconizam que o cuidado deve ser realizado em liberdade, junto à família e à comunidade, reforçando a estigmatização e exclusão de pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais, e limitando as possibilidades de viver com dignidade e autonomia (SILVA, 1997).

O trabalho em saúde mental, ao longo da história, sempre se deu em ambientes fechados, como hospitais. O Movimento de Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica preconizam que o cuidado em saúde mental deve se dar em liberdade, em que o usuário possa desenvolver sua autonomia e conservar seus laços sociais e vínculos afetivos, entendendo estes como essenciais para sua saúde, no entanto, ao longo das décadas, nota-se que tais espaços ainda são escassos e as condições para o desenvolvimento do trabalho são precarizadas, sendo que muitas das estruturas disponíveis não atendem os dispositivos legais e as normas técnicas para a implantação destes equipamentos e serviços. Para além disso, pesa o estigma sobre os serviços e, principalmente, sobre os usuários dos serviços de saúde mental, o que pode inviabilizar a relação com a comunidade e abrir espaço para que lógicas manicomiais permeiem o trabalho desenvolvido nestes espaços.

A Política Nacional de Saúde Mental deve ser entendida como um conjunto de ações em saúde para promover e garantir a cidadania àqueles que tiveram suas vozes caladas e histórias apagadas, excluídos da sociedade. Permitir que o Estado vá em direção oposta a essa é colaborar para o surgimento de novas tragédias como a de Barbacena e suas instituições finais tais quais as encontradas no período nazista.

1.4 JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE

A Reforma Psiquiátrica representou avanços no atendimento em saúde mental ao modificar o modelo de atendimento oferecido às pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais. Significou uma de compreensão sobre a loucura e o doente mental, passando este a ser conhecido como sujeito de direitos e de cuidados e buscou romper com lógicas manicomiais que atravessavam, não só as instituições, mas também as práticas profissionais que tinham como principal medida de tratamento o encarceramento e o controle de corpos.

A concretização dos ideais da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial

passa, necessariamente pela articulação de equipamentos e serviços, pela construção de diretrizes que promovam a autonomia dos usuários e a preservação de seus direitos, bem como pela revisão e reformulação de práticas em saúde que garantam o cuidado em liberdade. Em que pese que a Reforma tenha se materializado em diplomas legais, normas e orientações técnicas, que partiam de uma nova compreensão de saúde e que preconizavam cuidado humanizado, garantia de autonomia e fortalecimento dos laços afetivos e sociais ao doente mental, as mudanças pretendidas ainda se encontram em disputa e as lógicas manicomiais ainda se fazem presentes no cotidiano de usuários e profissionais. Neste sentido, este estudo parte da hipótese de que os profissionais de Psicologia, ao atuarem em equipamentos e serviços de saúde mental e atenção psicossocial, se deparam com inúmeras contradições e incompreensões sobre o seu papel e sobre a função da rede de atenção psicossocial, o que pode limitar sua atuação, além das dificuldades advindas de sua própria formação e da falta de sistematização de conhecimento em saúde mental; também acredita-se que o estigma sobre as enfermidades mentais, que consideram que o paciente deve ser medicalizado, encarcerado e invisibilizado vem encontrando espaço no cotidiano em saúde e se manifestam na organização dos serviços e equipamentos bem como na práxis cotidiana, comprometendo os avanços em saúde mental preconizados pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial.

2 OBJETIVOS

2.3 OBJETIVO GERAL

- Analisar a experiência de psicólogos que atuam na Rede de Atenção Psicossocial nos territórios de saúde da região, bem como possíveis entraves e potencialidades.

2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as práticas de profissionais psicólogos em equipamentos e serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Alto Tietê.
- Discutir as lógicas que atravessam às práticas de profissionais da RAPS.
- Identificar o processo de formação e preparo dos profissionais para a atuação na RAPS.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO

Trata-se de estudo analítico de abordagem qualitativa, que se utiliza da metodologia da História Oral Temática, conforme o proposto por Meihy e Holanda (2007).

> História oral é uma prática de apreensão de narrativas feita através do uso de meios eletrônicos e destinada a: recolher testemunhos, promover análises de processos sociais do presente, e facilitar o conhecimento do meio imediato (MEIHY; HOLANDA, 2007, p.18).

Campos afirma que a pesquisa qualitativa

> [...] se fundamenta em uma estratégia baseados em dados coletados em interações sociais ou interpessoais, analisadas a partir dos significados que sujeitos e/ou pesquisador atribuem ao fato. Neste tipo de pesquisa o pesquisador se propõe a participar, compreender e interpretar as informações (CAMPOS, 2004, p.57).

Para Goldenberg (2004), a pesquisa qualitativa busca reunir o maior número de informações detalhadas, se utilizando de diferentes técnicas de pesquisa, com a finalidade de se captar e assimilar a totalidade de uma circunstância e descrever um caso concreto em toda a sua complexidade, a partir de um estudo profundo e exaustivo de um objeto delimitado, que permite a inserção na realidade social, o que não se consegue a partir de uma análise estatística. Segundo a autora, na pesquisa qualitativa há a preocupação com a compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou uma trajetória, e não sua representatividade numérica.

Minayo e Sanches afirmam que:

> Por trabalhar em nível de intensidade das relações sociais, a abordagem qualitativa só pode ser empregada para a compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis mais pelo seu grau de complexidade interna do que pela sua expressão quantitativa. (MINAYO; SANCHES, 1993, p.245)

Para as autoras, a pesquisa qualitativa ajusta-se ao estudo de um de grupo de pessoas que compartilham uma patologia, ao estudo do comportamento de uma instituição, ou da formação de um fenômeno ou processo, não sendo útil para a composição de grandes perfis populacionais ou generalizações, ou de indicadores macroeconômicos e sociais, porém é extremamente importante para acompanhar e examinar alguma questão destacada por estudos quantitativos ou, por outro lado, para

abrir perspectivas e variáveis a serem posteriormente utilizadas em levantamentos estatísticos. (MINAYO E SANCHES, 1993)

Flick (2009) aponta que, embora haja diferentes enfoques teóricos, epistemológicos e metodológicos, além de uma gama de diferentes questões estudadas, é possível identificar algumas características comuns, como por exemplo: o interesse em acessar experiências, interações e documentos em seu contexto natural; a abstenção de estabelecer um conceito bem definido do objeto de estudo e de se construir hipóteses do início para depois testá-las, ao contrário, os conceitos e hipóteses, caso seja utilizadas, são desenvolvidos e aprimorados no processo de pesquisa.

Para Flick (2009), a pesquisa qualitativa parte da premissa de que os métodos e a teoria devem se ajustar àquilo que é estudado, desta forma, se os métodos existentes não contemplam uma determinada questão, eles serão adaptados ou novos métodos e novas abordagens são desenvolvidos; O pesquisador é parte do processo de pesquisa, seja com sua presença, experiência e sua capacidade de reflexão sobre o campo pesquisado, ou membro do campo que se pesquisa; A pesquisa qualitativa dá grande relevância para o contexto e os casos para compreender as questões em estudo;

Parte importante da pesquisa qualitativa está assentada em texto e na escrita, o que abarca notas de campo e transcrições, assim como descrições e interpretações, e, por fim, a interpretação dos resultados e da pesquisa; por fim, mesmo que os métodos sejam adaptados ao objeto de estudo, as abordagens de definição e avaliação da qualidade da pesquisa devem ser analisadas de formas específicas, ajustadas à pesquisa e a abordagem específica dentro dela. (FLICK, 2009)

Sobre a escolha do método para a realização do estudo, Minayo e Sanches (1993) afirmam que o bom método é aquele que permite a reflexão sobre a dinâmica da teoria, além de ser apropriado aos objetivos e executável, as autoras defendem, ainda, que os estudos sociais devem levar em consideração não somente o comportamento humano, mas o significado da ação humana, sendo a fala a matéria-prima dessa investigação compreensiva.

Segundo Gomes (1998, p. 14):

> [...] a pesquisa qualitativa trabalha com **capta**, ou seja, o que é tomado; enquanto a pesquisa quantitativa trabalha com **data**, ou seja, o que é dado. A diferenciação é importante para indicar a natureza desses conhecimentos

> e enfatizar que um critério não substitui nem se opõe ao outro. Desta maneira, quando o foco é um determinado quantificador, um qualificador deve ser tomado como contexto e reversivamente.

Considerando esta premissa e optou-se por realizar um estudo qualitativo sobre a prática cotidiana de profissionais de Saúde Mental, partindo de um entendimento de que este tipo de estudo poderia propiciar uma compreensão maior do fenômeno estudado. Assim resta uma questão: Qual seria a postura dos pesquisadores diante do fenômeno e como esta postura influenciaria e seria influenciada na colheita dos dados? Sobre a postura do pesquisador diante do fenômeno pesquisado, Campos (2004) pontua que todo pesquisador possui valores, crenças, convicções, afetos que são importantes em seu cotidiano, mas que devem ser evitados durante sua prática científica. Já Schimidt (1990, apud DUTRA, 2004, p. 371) afirma que [...] cabe ao pesquisador colocar-se, então, mais com um recolhedor da experiência, inspirado pela vontade de compreender, do que como um analisador à cata de explicações.

Assim, o pesquisador se coloca como recolhedor de vivências, possibilitando que a experiência consciente dos participantes diante do fenômeno estudado pudesse vir à tona, desvelada, compartilhada. Para que isto viesse a acontecer, foi necessário recolher, reunir e estender algumas experiências relatadas pelos depoentes desta pesquisa e sobre elas se debruçar buscando o desocultar do fenômeno. A entrevista serve como caminho para a busca do capta, do que é tomado, vivido, cujo interesse é saber como diferentes pessoas experienciam certas condições que lhes são comuns, é um veículo para explorar o mundo vivido do entrevistado, compreendido como experiência consciente, e está à procura do sentido que este mundo vivido, experienciado, tem para o entrevistado.

3.2 PARTICIPANTES

Participaram deste estudo 07 (sete) profissionais psicólogos, que atuam em serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial na Região do Alto Tietê, a amostra foi definida por conveniência, na medida em que o estudo buscava profissionais que partilhassem de vivências semelhantes no contexto de trabalho. Foram tomados como critérios de inclusão: ser profissional psicólogo devidamente habilitado no Conselho Regional de Psicologia e atuar, há pelo menos um ano, em

serviços específicos de saúde mental e outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, atuação nível de atenção em saúde primário e secundário. Foram excluídos os participantes que atuam em funções administrativas, sem contato direto com os usuários do serviço de saúde ou que não sejam responsáveis pelo atendimento e acompanhamento da demanda de saúde de usuários do equipamento em que estiver lotado, assim como os participantes que apresentarem sensação de desconforto durante a entrevista que demande atendimento individual externo (fora do contexto da entrevista) e que impossibilite o retorno. Por se tratar de estudo qualitativo, o tamanho da amostra foi definido por conveniência.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos e aprovado, conforme o Parecer 5.610.675, datado de 29 de agosto de 2022 (Anexo I). Foi apresentado a cada um dos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo II), contendo os propósitos do estudo, bem como os esclarecimentos necessários para a tomada de decisão pela participação voluntária na pesquisa. Os riscos oferecidos pela pesquisa foram mínimos, mas poderiam ocorrer a partir de lembranças desconfortáveis. Aqueles que aceitaram seguir com a participação nesse estudo tiveram total autonomia para deixar de participar da pesquisa, como também, negar o uso de todo e qualquer material elaborado a partir da amostra coletado com as entrevistas, e caso existisse a necessidade e seu consentimento, o participante seria encaminhado a um atendimento específico de saúde custeado pelo proponente. Foram explicitados os benefícios, o estudo permitiu um maior conhecimento subjetivo sobre si mesmo e sobre seu processo de trabalho, contribuindo para seu autodesenvolvimento; além da contribuição indireta para o avanço do conhecimento sobre os aspectos relacionados as práticas e experiências relacionadas ao trabalho em saúde mental. A participação foi voluntária não acarretando nenhum ônus, assim como não houve qualquer prejuízo, caso o participante desista da participação.

3.4 MATERIAL

Foram utilizados como instrumentos um gravador para a realização de entrevistas; computador e software para entrevistas e transcrição, Ficha de Caracterização da Amostra Anexo III), contendo informações como nome, idade, profissão, tempo de atuação, equipamento, serviço ou projeto que atua ou que atuou e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

3.5 PROCEDIMENTOS

De posse da autorização do CEP e definidos os sujeitos, os participantes foram prospectados a partir de movimentos sociais de luta antimanicomial, sindicatos e organizações de classe, grupos, comunidades virtuais de profissionais de saúde, foram também aceitas indicações de profissionais por colegas de trabalho.

Identificado o interesse em colaborar com o estudo, foi estabelecido con tato telefônico, eletrônico ou via redes sociais com os possíveis participantes, no sentido de apresentar a proposta da pesquisa, seus objetivos, bem como convidar para a participação. Em havendo a aceitação de participar do estudo, foi agendada uma entrevista em local, indicado pelo próprio participante, de acordo com a sua conveniência e comodidade. Foram respeitadas as orientações de biossegurança das autoridades sanitárias em relação a COVID-19.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista aberta e em profundidade que se orienta pelo instrumento de história oral temática, conforme proposto por Meihy (1991), utilizando como pergunta disparadora: *“Pode nos contar sobre sua experiência de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial?”* As entrevistas individuais e foram gravadas, o agendamento é realizado de acordo com a disponibilidade, comodidade e sem custos para o participante. O material gravado foi transcrito, tratado e guardado segundo os termos da legislação vigente e da Resolução CNS 466/12.

4. PLANO DE ANÁLISE

As entrevistas foram transcritas, entendendo-se por transcrever a passagem fiel do que foi dito para a grafia, não se mudando nada. Feitas as transcrições, as entrevistas foram relidas com o objetivo de se localizar e marcar as palavras-chave do relato transcrito que contenham as questões deste estudo (MEIHY, 1991).

Para Meihy, em um processo de transcrição, função da palavra-chave é básica e fundamental. É por ela que se define a musicalidade da entrevista e se afiança o tom pretendido pelo narrador (MEIHY, 1991, p.30). Na etapa seguinte, os textos produzidos pelas transcrições foram tratados de modo que se anule a voz do entrevistador, dando espaço para a fala narrador, passaremos então para um processo de textualização da fala do entrevistado.

Segundo Meihy (1991), a textualização

> [...] é o estágio mais graduado na feitura de um texto de história oral. Consta desta tarefa a reorganização do discurso, obedecendo a estruturação requerida para um texto escrito. Através da soma das palavras-chave, estabelece-se o **corpus**, isto é, a soma dos assuntos que constituem o argumento. Faz parte do momento da textualização, a rearticulação da entrevista de maneira a fazê-la compreensível, literariamente agradável. (MEIHY, 1990, p.30).

Para anular a voz do entrevistador, suprimiu -se as perguntas sendo elas incorporadas ao discurso do depoente, pretende-se com estes recursos, além de possibilitar textos mais agradáveis, provocar a realização e o envolvimento do leitor conforme assinala Meihy (1991).

Em seguida foi realizada uma leitura flutuante por entre todos os depoimentos identificando neles onde a questão inquietadora se impõe, o conteúdo dos depoimentos foi categorizado a partir dos objetivos do estudo. A partir disto, fragmentos dos relatos foram escolhidos seguindo um critério de exemplaridade. Foram entrelaçados recortes de falas desses depoimentos com reflexões do pesquisador, como tentativa de encontrar sentido e refletir acerca do processo de trabalho de profissionais de saúde na Rede de Atenção Psicossocial.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados sete (07) profissionais, todos psicólogos, que atuam em serviços de saúde mental e atenção psicossocial há pelo menos um ano. No processo de coleta de informação, percebeu -se que o enfoque dado pelo estudo estava em profissionais que tinham contato direto e constante com usuários dos serviços, o que inviabiliza a participação de profissionais cujo contato seja técnico como farmacêuticos que atuam na dispensação de medicamentos e enfermeiros que fazem o acompanhamento de aspectos biológicos de rotina de saúde, neste sentido, o estudo entrevistou apenas psicólogos.

Foram entrevistados profissionais das cidades de Ferraz de Vasconcel os, Guararema, Mogi das Cruzes e Suzano que atuam no âmbito da Atenção Primária e Secundária em Saúde (Unidade Básica de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial e Centro de Convivência e Cooperativa). Nos depoimentos, é possível notar que as redes se organizam de formas distintas, desde a oferta de serviços, número de profissionais e práticas profissionais. Os depoimentos foram analisados e organizados em categorias temáticas de acordo com os objetivos da pesquisa.

5.1 A RAPS: CONTEXTOS, PRÁTICAS, LIMITES E POTENCIALIDADES PARA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGOS

Nos depoimentos é possível notar que muitos profissionais atuam em condições precárias de trabalho, convivem com a falta de recursos necessários para a realização do trabalho. A precarização do trabalho na RAPS é um problema grave que afeta não só os profissionais envolvidos, mas também a qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços.

> Hoje, graças a Deus, temos cadeiras, porque teve uma época que estava difícil ter cadeira, a gente não tinha onde se sentar, tinha que improvisar bancos. Essa sala é uma das melhores, porque temos salas com goteiras, tem sala que está caindo o teto, tem salas interditadas, questão do espaço, vemos essas dificuldades, além da falta de recurso humano mesmo, vemos uma demanda muito grande e a gente não dá conta de atender toda essa demanda, ao mesmo tempo limitado pra atender (P2).

> Tem falta de recursos pra trabalhar mesmo, eu não tenho uma sala. Falta infraestrutura, e apesar de ser uma unidade grande, eu entendo que uma pessoa que está lá diariamente, precisa ter um espaço. Tem dia que eu atendo na sala do oftalmo, tem dia que atendo na sala de outro profissional,

> não tem a sala da Psicologia. Eu uso muito a sala de treinamento, mas não tenho. Acho que a carga horária dif iculta também, 40 horas semanais é muita coisa (P3).
>
> Outra dificuldade que temos é a falta de recursos, as vezes a gente quer fazer algo que sabemos que vai dar resultado, mas não consegue fazer. Pra te dar um exemplo, sabemos que a culinária é muito rica pro paciente, e não conseguimos montar uma oficina de culinária aqui porque não tem recurso. Não temos uma cozinha, um fogão, não temos nada. (P4).

Os profissionais, linha de frente dos serviços, lidam com dificuldades que vão além de suas competências, como falta de investimento do poder público em infraestrutura física do local de trabalho e em materiais para a realização de oficinas. Como profissionais técnicos de um equipamento de saúde mental, as constantes mudanças de endereço, a falta de infraestrutura adequada, dificultam a atuação dos profissionais, impede o serviço de se consolidar como referência comunitária e de fortalecer os laços com o território e a população adscrita que faz uso do serviço. Cappi e Santos (2021) em estudo sobre a atuação de profissionais no atendimento em saúde mental identificaram que muitos profissionais relatam ter dificuldades em atender emergências psiquiátricas, além de conviver com o medo, a vulnerabilidade e a insegurança, situações causadas por dificuldades na formação, pela falta de preparo e pelas condições de trabalhos adversas, como a dificuldade em prestar assistência devida a alta demanda, a superlotação e a falta de estruturas para a realização do trabalho de muitas instituições.

Lima e França (2022) afirmam que o projeto clínico, político e institucional dos serviços da RAPS, em especial os da atenção secundária, atribui aos trabalhadores o duplo papel de agente de cuidados e de agenciador de uma rede de cuidados, em que o trabalho de clínica e gestão se desenvolvem concomitantemente e em parceria com os outros atores do território. No processo de precarização, fica evidente que ao profissional cabe o “uso exacerbado de si” em que o trabalhador tem somente a si, sua criatividade e inventividade, além de seus colegas de equipe como únicas referências.

> Eu me sobrecarregava em atender individual e em grupo, porque eles têm a necessidade. Então entendemos que era necessário esse atendimento individual, mas eu não conseguia fazer tudo sozinha, e acabei fazendo os individuais [...] Há uma questão que sobrecarrega, é a carga horária, nós trabalhamos 40 horas aqui. Nós psicólogos, mas a terapeuta ocupacional, enfermeira, trabalham 30 horas, é uma questão do rh, a terapeuta ocupacional, ela tem já, do conselho dela, eles trabalham 30 horas, a enfermagem não tem, mas eles trabalham 30, acho que por uma questão da prefeitura, mas os psicólogos não, é uma carga horária exaustiva. (P6)

Para Rosa (2021) as políticas neoliberais, fortemente implementadas no contexto brasileiro, precarizam as diversas políticas públicas, agravam as condições de vida da população e cria inúmeros desafios na produção de cuidado em saúde mental. Na expectativa de favorecer os setores econômicos, o Estado reduz investimentos públicos em políticas sociais, e gera uma contradição entre a formalização e garantia de direitos sociais, conquistados em amplas lutas pela democratização do país, e o cenário econômico internacional, fazendo com que países emergentes sigam agendas formuladas por organizações financeiras em busca da estabilidade econômica. Tal situação têm efeito direto nos serviços públicos como os ofertados pela RAPS, neste contexto verifica-se o desmonte de políticas, a imposição de novos modelos de financiamento público, inclusive destinando recursos à iniciativa privada, a terceirização dos serviços de saúde, que agravam as condições de trabalho, reduz a cobertura das políticas e despotencializam a capacidade inventiva e transformadora da rede.

A lógica neoliberal perpassa não só investimen to em políticas públicas, como também constrói modelos que visam desmontar, desregular, desestatizar, o aparato do Estado Brasileiro, neste contexto, a precarização e a desarticulação da RAPS fazem parte da chamada contrarreforma psiquiátrica, expressão do neoliberalismo na saúde mental, que consiste no ataque direto às conquistas da reforma psiquiátrica, com um retorno à lógicas de exclusão, estigmatização e encarceramento como principal estratégia de cuidado. Assim, é fundamental que se avalie criticamente os impactos que os ataques que as redes de atenção e outras políticas públicas vêm recebendo nos últimos anos e suas consequências na garantia de cuidado aos usuários dos serviços de saúde mental, nas condições de trabalho e lógicas que atravessam o cotidiano da RAPS, que precarizam, desconfiguram e produzem a fragmentação do cuidado (Chiabotto; Nunes, 2022).

Fernandes *et al.* (2020) afirmam quando se analisa as políticas em saúde mental e a organização de serviços sob a crescente interferência neoliberal, o que se encontra são processos de individualização do cuidado, que partem da concepção de que o sujeito é o único responsável/culpado pela patologia que o aflige, isolamento das equipes, criação de barreiras para a articulação da rede, baixa resolutivida des e práticas que despotencializam a transformação social e o que se encontra são

processos de medicalização e psiquiatrização da vida cotidiana, ou seja, fenômenos da vida cotidiana são categorizados como problemas médicos

A mais recente ofensiva contra os princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica e conquistas da Luta Antimanicomial se encontra na Nota Técnica MS n° 11/2019 , publicada pelo governo Bolsonaro, que altera a Política Nacional de Saúde Mental e as Política Nacional de Drogas, que, a pretexto de romper com o "viés ideológico" que permeavam tais políticas, enfatiza o hospital psiquiátrico e, consequentemente as internações, como elemento estratégico das ações e políticas em saúde mental, além de preconizar a internação de crianças e adolescentes e legitimar métodos biomédicos como a eletroconvulsoterapia. A Nota ainda cria uma separação entre as políticas de saúde mental e as políticas de álcool e outras drogas, criando espaços como o CAPS-AD-IV e condenando as políticas de redução de danos (SILVA; SILVA, 2020).

> eu sou totalmente contra as internações psiquiátricas, em hospitais e clinicas, ou comunidades terapêuticas que não fazem parte da rede, mas ainda é muito falado e colocado como a única alternativa, como se o serviço não desse conta, o que não é verdade. (P6)

A RAPS se estrutura a partir de referências que se norteiam pela inclusão, construção de vínculos comunitários e familiares, preservação e potencialização da autonomia, contextualização e historicização do sujeito e valorização da subjetividade dos atendidos, porém, no contexto de prática, no cotidiano, ainda há a predominância da objetividade e pragmatismo, onde se valoriza a otimização do tempo e o número de atendidos, ou seja, a lógica da produtividade, ou seja, ao contrário de se priorizar a singularidade e o planejamento de intervenções que dialoguem com as características do caso atendido, verifica-se a formalização técnica das práticas, muitas vezes na forma de protocolos, que se relacionam diretamente com a patologia ou com os sintomas apresentados e invisibilizam o sujeito.

A rede deve ser entendida como um conjunto de unidades, serviços e programas que se articulam e se organizam em rede, e que se fortalecem por meio das trocas entre si, através de diversos fluxos. Neste contexto, nota-se que para além da disponibilidade dos serviços é necessário construir um fluxo que articule os serviços e garanta amplo acesso da população aos serviços de acordo com suas necessidades (BARBOSA; CAVALCANTI *et al.*, 2017). Nas entrevistas, ficou evidente que os municípios organizam seus fluxos e protocolos de formas diferentes, o que

pode limitar o alcance das políticas de saúde mental e o acesso à RAPS. Os municípios de Ferraz de Vasconcelos e Suzano possuem redes mais amplas e articuladas entre a atenção básica e a atenção especializada, com a presença de profissionais psicólogos em ambos os níveis de atenção, o que garante maior oferta de serviços e acesso dos usuários em sofrimento psíquico, enquanto Mogi das Cruzes e Guararema centralizam suas ações em saúde mental na atenção especializada, havendo pouca ou nenhuma presença de psicólogos na APS.

> a gente primeiro faz a triagem dos pacientes, a gente chama de plantão psicológico, onde nós acolhemos a queixa e vai fazer os encaminhamentos devidos. Os encaminhamentos que nos são de direito, são os de neurologista, a gente pode encaminhar pra fonoaudióloga, a gente encaminha pra psicopedagogia, apesar de o município não ofertar esse serviço (P 1)

> O plantão pra vir, precisa de um encaminhamento de um profissional, de um técnico, ou um enfermeiro, médico, professor, conselho tutelar, enfim, tem que vir por esse caminho. Eu diria que aqui a gente faz a escuta e aí já vai fazendo os encaminhamentos devidos, destrinchando tudo isso. A demanda a gente atende todas, depois desse plantão, separamos pelas idades. (P2)

A instituição de fluxos de atendimento na RAPS são fundamentais para a coordenação do cuidado, a articulação da rede e o planejamento de fluxos permitem o acesso de usuários aos serviços e equipamentos e garante que o cuidado seja ofertado em rede. Nas entrevistas, evidencia-se que os municípios possuem fluxos distintos, muitos deles fragmentados e desarticulados da Rede, o que pode gerar desassistência em saúde. Entraves na articulação da rede de serviços acabam por limitar a continuidade do cuidado e contribuem para a fragmentação e desarticulação da rede.

Para Sampaio e Bispo Júnior (2021) a desarticulação dos serviços no território pode gerar a fragmentação e a hierarquização do sistema de saúde mental, como a exigência excessiva de encaminhamentos especializados, assim como rupturas na continuidade do cuidado ofertado. Para os autores, a construção de uma rede e de fluxos predominantemente medicamentosos, sem parâmetros claramente definidos, além das dificuldades na construção de uma atuação multiprofissional e inserida no território acentuam o risco da manutenção de serviços hegemonicamente biomédicos e desarticulados que não dispõem de fluxos de encaminhamento definidos e reconhecidos, desorganizam as portas de entrada, não oferecem portas de saída e fragilizam os processos de descentralização e conexão entre os pontos de atenção.

Hirdes (2015) aponta que quando os fluxos e contrafluxos da rede são burocratizados, o principal prejudicado acaba sendo o usuário que muitas vezes fica

em uma espera interminável pelo acesso ao tratamento. A burocratização da rede pode ser um grande obstáculo para o seu pleno funcionamento, uma vez que pode dificultar o acesso aos serviços de saúde mental e comprometer a qualidade do atendimento oferecido.

> Dificuldade com o profissional médico, como não temos médico aqui, essa parte medicamentosa a gente não consegue conversar a respeito, então a gente registra o que o paciente ou familiar traz, mas a gente não tem acesso ao médico pra discutir o caso, e chega apenas um trecho da história pra gente, não conseguimos montar todo o contexto, por falta de acesso ao médico responsável. (p4)

Situações como regras e protocolos excessivos, falta de flexibili dade, demora nos processos e falta de integração entre os serviços e ausência de retaguardas dificultam o acesso da população aos serviços de saúde mental e aumentam a carga de trabalho dos profissionais envolvidos, engessam os serviços e deixam de atender as necessidades e particularidades dos usuários e dos territórios de saúde, geram demora nos processos de agendamento de consultas, autorização de procedimentos e encaminhamentos e contribuem para o aumento da demanda reprimida na RAPS e para a insatisfação dos usuários com o atendimento recebido, geram ainda a redundância de informações e atrasos no processo de atendimento, além de dificultar o acesso dos usuários aos serviços necessários.

Uma das estratégias para enfrentar o engessamento da rede e garantir o acesso aos serviços é o apoio matricial em saúde mental. Segundo Souza e Honorato (2022) o matriciamento é uma prática grupal entre profissionais de saúde que aproxima as unidades da rede de saúde mental e potencializa as ações no território de saúde, fortalecendo a rede. O matriciamento parte de uma relação horizontalizada e dialógica que estimula novas possibilidades de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e pode ser tomada como uma possibilidade de formação continuada em serviço. O matriciamento é uma estratégia que consiste em um trabalho conjunto entre profissionais de diferentes níveis de formação e especialidades, com o objetivo de compartilhar saberes e experiências, bem como de promover a integração e a coordenação das ações em saúde mental. O apoio matricial tem como maior desafio a sua consolidação como estratégia de capacitação profissional que rompe a fragmentação do cuidado, evita a institucionalização de pacientes e elimina barreiras de acesso dos usuários aos serviços de saúde mental.

Nos depoimentos, para além da sobrecarga de trabalho, percebe-se que o apoio matricial, que potencializa as ações ainda não é uma realidade dentro das redes o que afeta diretamente o processo de trabalho e a oferta dos serviços:

> tive algumas dificuldades porque aqui a gente não trabalha com PSF nem saúde da família, então a cidade tem uma cultura em relação a psicologia, muito voltada pra clínica, consultório particular [...] eu venho de outra cidade e trabalhava com matriciamento, com equipe multiprofissional, foi difícil a princípio, porque era uma coisa mais individualizada, sozinha. (p3)

> Tudo nós precisamos procurar por fora, nós não temos supervisão aqui pro serviço, clínica e institucional, precisa demais de supervisão, temos muitos casos de que não damos conta, e as vezes não tem pra onde encaminhar, ou com quem discutir, e a gente fica patinando com muitos casos. (p6)

> Se a prefeitura comprar um teste, a gente pode usar, fora isso não. O HTP, por exemplo, na verdade a gente não pode usar, mesmo sendo apenas um papel e lápis, só que a gente precisa do manual, e mesmo eu tendo o manual eu não posso usar, porque você está prestando um serviço e você tem que seguir o que a prefeitura oferece. Se eu usar, posso chegar a ser denunciada, e eu posso levar uma advertência por não seguir o que a prefeitura fala. (p2)

> eu acho que acaba sendo uma atuação um pouco isolada, porque temos que buscar sozinho as coisas, se eu quero supervisão, eu tenho que ir atrás, e arcar com essa despesa, psicoterapia também, pra mim. Nós acabamos tendo que assumir muitas coisas, que poderiam ter um apoio maior da rede, do serviço, da prefeitura, então acho que falta um pouquinho isso (p6)

O apoio matricial, além de estratégia pedagógica e terapêutica, tem por objetivo promover o cuidado compartilhado e ampliar a qualificação dos profissionais a partir da troca de saberes uns com os outros, e pode acontecer de maneira intersetorial entre os mais diversos serviços da RAPS (CANGUSSU; GUEDES, 2022). A fragilidade da articulação ou ausência do apoio matricial, acaba por criar a expectativa de que os profissionais psicólogos assumam papeis de acompanhamentos clínicos ambulatoriais, nos moldes mais tradicionais da profissão, desconectando o trabalho do território e do contexto dos usuários dos serviços de saúde, e gerando sobrecarga de trabalho e filas intermináveis. Neste sentido, é preciso compreender que na articulação das redes, é importante garantir o acesso aos usuários e, tão importante quanto, construir espaços de construção compartilhada do cuidado, espaços de trocas pedagógico-terapêuticas entre profissionais, de modo a produzir cuidado integral.

Para Coelho *et al.* (2021), a rede de saúde, em especial a APS, atende uma ampla diversidade de situações que englobam processos de adoecimento físicos e psíquicos em todas as fases da vida, nesse contexto, muitas vezes os profissionais de saúde se encontram sobrecarregados e despreparados para aten der demandas de ordem psicológica e psiquiátrica, em especial quando a o agravamento das

condições de saúde mental dos usuários ou o surgimento de novos sintomas. Tal despreparo reforça a concepção de que as demandas em saúde mental são exclusivas dos serviços da atenção especializada e que somente estas são capazes de prestar a assistência necessária, além de potencializar processos de exclusão e reforçar o estigma que pesa sobre pessoas em sofrimento psíquico.

Souza-Pereira (2020) aponta que a percepção que o atendimento de pessoas em intenso sofrimento psíquico é de responsabilidade da atenção especializada, leva a equipes a considerar a assistência para tais situações correspondem somente ao atendimento médico e a prescrição de medicamentos, o que desconsidera as relações sociais e comunitária e os laços afetivos do usuário como elemento importante de seu processo de saúde.

> Isso é uma coisa que as vezes a gente até é capturado pela rede, porque a conversa com a rede geralmente é através de CID, enfermeiros, psiquiatras... se o profissional não ficar atento, ele cai nessa de colocar ele nesse lugar, e só nesse lugar (P1)

> Ainda existe muito estigma e muito preconceito com essas pessoas, e ele não deve começar por nós profissionais... a sua forma de olhar essa pessoa vai dizer muito de como ela vai conseguir olhar para o resto da sociedade, então se eu sou o primeiro a ter preconceito, a compartimentalizar ela num CID, numa psicopatologia, então você já colocou ela numa caixinha, num lugar, então tá, é psicótico e o que mais essa pessoa é? (P1)

O matriciamento em saúde mental é uma ferramenta de gestão compartilhada em saúde, envolve duas ou mais equipes em um processo de construção coletiva de propostas de intervenção pedagógico-terapêutica para as demandas que surgem no território. Proporciona retaguarda especializada, suporte técnico-pedagógico, vínculo interpessoal e garante o apoio institucional na construção coletiva de projetos terapêuticos junto aos usuários dos serviços e comunidade; potencializa a construção da clínica ampliada e integração dialógica entre equipes de saúde. O matriciamento deve ser compreendido como trabalho em rede de forma sistêmica e orgânica que rompe com tradições medicalizantes e verticalizadas de saúde, onde o sujeito da intervenção não é chamado a participar do processo, logo, é um espaço coletivo de formação e educação permanente. Desta forma, difere do sistema de referência e contrarreferência, pois não se trata de uma forma mecânica de encaminhar os casos, mas uma forma de interação dialógica que reconhece o papel de cada ator no cuidado.

Rezende *et al.* (2020) afirmam que um dos desafios de implantação e consolidação do matriciamento como uma estratégia de educação permanente é a

alta rotatividade de profissionais nos serviços de saúde, que deixa as equipes incompletas, sobrecarregadas e, gera a necessidade de reinício constante do trabalho, assim como a sensibilização e adesão efetiva dos novos profissionais. Além disso, ocorre que muitos serviços de saúde dificultam o acesso da população às unidades da rede, em razão de preconceitos, fluxos burocratizados e práticas engessadas que criam barreiras para a construção do trabalho em rede, o que produz iniquidades em saúde. Os trabalhadores são atravessados pelas diversas concepções sobre a população atendida que dificulta o acesso aos serviços e a comunicação com os usuários, assim, é fundamental que os profissionais das unidades de saúde construam uma relação baseada na comunicação acolhedora e interativa com os usuários dos serviços, proporcionando um cuidado humanizado (Souza *et al*., 2022). O matriciamento e a formação das equipes pode sensibilizar toda a equipe e mudar concepções baseadas em estigmas e preconceitos que pesam sobre os usuários dos serviços, concepções que atravessam o cuidado e repercutem diretamente na vida das pessoas em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais (SAMPAIO; SILVA, 2022).

> O meu atendimento é mais como uma psicologia de apoio, não é psicoterapia como numa clínica tradicional, tanto que geralmente os pacientes quando estão em atendimento individual, eles já estão ou em momentos de crise, ou saindo dessa crise. (P6)

> Talvez mais profissionais, ou trabalhar em uma outra lógica, a unidade. Porque a gente ainda tá numa logica muito hospitalo cêntrica, então o médico atende aquela pessoa e aí quando essa pessoa tem o retorno, se ele não tem vaga, ela marca com outro, então eu não sento com você pra discutir um caso, porque você não lembra, porque você não acompanha essa pessoa. (P3)

O contexto dos serviços de saúde se distancia de forma significativa da idealização feita nas salas de aula e nos textos acadêmicos. O que se vê muitas vezes, nesse contexto, é a condição desumana que a população, já bastante cansada de sofrer todas as formas possíveis de injustiças sociais, têm de submeter-se em busca do recebimento de um tratamento adequado. Nestes espaços, o profissional de saúde, muitas vezes irá se deparar com a forma aviltante com um dos direitos básicos que está sendo negado à maioria da população, a saúde. A saúde, em princípio um direito de todos, passou a ser um privilégio de poucos em detrimento de muitos, o que gera mais sofrimentos e pode agravar o quadro do sujeito que adoece (CAMON, 2009).

Humanizar a relação com o doente realmente exige que o trabalhador valorize

a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar (CASATE *et al*., 2005). Porém, tal relação não supõe um ato de caridade exercido por profissionais abnegados e já portadores de qualidades humanas essenciais, mas um encontro entre sujeitos, pessoas humanas, que podem construir uma relação saudável, compartilhando saber, poder e experiência vivida. A relação entre profissionais da equipe multidisciplinar e usuário não deve se restringir somente ao tratamento de doenças, mas se fundamentar na promoção da saúde e na percepção do indivíduo como ser biopsicossocial, que necessita ser escutado e compreendido nas necessidades físicas, emocionais e sociais (FULALIO *et al.*, 2009).

Desse modo, o usuário dos serviços de saúde torna-se sujeito autônomo em suas escolhas e coparticipante da construção da assistência à saúde (PINAFO *et al.*, 2012). No campo saúde, há uma tendência entre os profissionais de cada núcleo trabalharem de forma independente e isolada dos demais, e isso é um o reflexo do modelo formativo que tem imperado por anos, nos moldes de uma educação circunscrita à própria área de atuação, alheia a uma perspectiva dialógica com as demais (PEDUZZI *et al*., 2013).

> Isso é uma coisa que as vezes a gente até é capturado pela rede, porque a conversa com a rede geralmente é através de CID, enfermeiros, psiquiatras... se o profissional não ficar atento, ele cai nessa de colocar ele nesse lugar, e só nesse lugar (P1)

> Ainda existe muito estigma e muito preconceito com essas pessoas, e ele não deve começar por nós profissionais... a sua forma de olhar essa pessoa vai dizer muito de como ela vai conseguir olhar para o resto da sociedade, então se eu sou o primeiro a ter preconceito, a compartimentalizar ela num CID, numa psicopatologia, então você já a colocou numa caixinha, num lugar, então tá, é psicótico e o que mais essa pessoa é? (P1)

De uma maneira geral a relação profissional-paciente é verticalizada expressando uma dominação implícita, obedecendo a circunstâncias nas quais o poder estar previamente determinado e instituído a um dos lados; ou seja, a instituição domina o profissional e este adquire superioridade sobre o paciente. Todavia, há que se ressaltar que a produção do cuidado em saúde exige uma democratização das razões (CANELLA, 2010). Entre profissional e paciente há, uma *relação de poder* assimétrica. De um lado, uma pessoa em estado de demanda, sofrendo, em situação de vulnerabilidade. De outro, alguém que dispõe de um saber.

O profissional poderá desempenhar estritamente um papel técnico, de prestação de serviço, ou abrir-se e oferecer ouvidos atentos e acolhimento,

estabelecendo uma forte interação, condicionada por sentimentos transferenciais e contratransferenciais (BOTTEGA, 2012) Os pacientes gostariam de ter mais tempo para falar, mais tempo para fazer perguntas, mais informação sobre os exames que é preciso realizar e seus eventuais resultados, mais informação sobre o diagnóstico da doença e sobre o seu tratamento e reabilitação e maior sensibil idade para as suas preocupações (TEIXEIRA, 1999).

De fato, a comunicação integra-se a relação interpessoal de tal maneira que os ruídos causados por ela podem produzir uma comunicação ineficiente. Na relação entre o profissional de saúde, paciente e familiar existe o universo psicológico de todas as partes que se encontram em uma dinâmica transferencial. “Na percepção e na comunicação há frequentes distorções e equívocos. Experiências anteriores marcantes influem para que tendamos a viver uma situação nova como se fosse idêntica ou semelhante à situação vivida no passado (GONÇALVES et.al, p.50, 1988).”

A relação humanizada depende do respeito, da consideração e da atenção dispensada ao usuário. O desempenho profissional é expresso pelo interesse demonstrado nas indagações feitas, nas orientações oferecidas e na resolubilidade das condutas adotadas (RAMOS; LIMA, 2003). Nessa relação, o toque, contato físico, por exemplo, pode ser aplicado na conquista da confiança do usuário e, a partir dele, o ouvir, o conversar e o olhar carinhosamente podem fluir naturalmente, sem inviabilizar a técnica necessária ao atendimento. Sendo assim, esse toque pode ser compreendido como toque terapêutico, num significado físico e psíquico que não age só no corpo da pessoa, mas atinge suas emoções, promovendo cura e bem-estar (FULALIO *et al*., 2009).

Neste sentido, uma boa relação profissional-paciente tem papel fundamental para que se atenda o sujeito que adoece em sua integralidade. Assim, os processos de informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica porque podem influenciar significativamente a avaliação que os pacientes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão medicamentosa e comportamental (TEIXEIRA, 1999).

Dessa forma, é necessário investir no trabalhador para a construção de uma assistência humana, considerando, inclusive, as condições adversas de trabalho apontadas como fatores "desumanizantes", tais como baixos salários, número

insuficiente de pessoal, sobrecarga de atividades e jornadas duplas ou triplas de trabalho (CASATE *et al.*, 2005). Nesse contexto, o acolhimento constitui estratégia de superação das dificuldades no processo de trabalho em saúde, que traz novos significados na relação profissional-usuário. A estratégia, que visa o acolhimento, é algo novo, desconhecido e origina conflitos, por fomentar mudanças na dinâmica laboral. Contudo, há usuários que encontram espaço de escuta, boas-vindas, atenção, direcionamento de seus diversos problemas e solidariedade.

É preciso ponderar quanto a tendenciosa tomada de posição que culpabiliza o profissional e exime o usuário na configuração do dano à saúde. A esse respeito Ballint acolhendo as queixas e angústias, inicialmente de médicos de família, acerca das dificuldades de manejo de "pacientes difíceis", propõe um método grupal que viria a se consolidar como importante instrumento terapêutico para auxiliar na lida com tais situações. Os grupos Ballints então, se estruturam a partir da reunião de diferentes clínicos em um *setting* demarcado pelas questões emergentes dentro da sua relação contratransferencial com seus pacientes, mediada pelo contexto do adoecimento (BRANDT, 2009). Para Ballint o paciente difícil seria o sujeito regredido incapaz de ser alcançado pela linguagem adulta (BRANDT, 2009); e, portanto, não aderente e/ou burlador das proposições terapêuticas.

Logo, a qualidade da comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes está relacionada com maior consciencialização dos riscos e motivação para a mudança de comportamentos, facilitação de escolhas complexas em saúde e nas doenças, adaptação à doença e qualidade de vida, comportamentos de adesão e comportamento de procura de cuidados. Ou seja, tem influência sobre o estado de saúde e a utilização dos serviços. Assim, compreender a informação sobre saúde e doenças é um direito de todos nós e melhorar a comunicação em saúde é um imperativo ético para os profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, é uma responsabilidade de todos (TEIXEIRA, 1999).

Quanto às práticas em si, os profissionais se utilizam principalmente de dispositivos grupais como ferramenta de trabalho, e para Zimerman (2007), os grupos podem ser uma excelente forma de trabalhar com saúde mental, e uma forma de trazer pessoas que passaram muito tempo isoladas, de volta ao convívio social. Pessoas que vivem com alguma psicopatologia, ou com comportamentos não aceitos pela sociedade e por suas famílias, são trancadas dentro de casa para "não causar

problemas", e muitas vezes sofrem com uma excessiva medicalização a fim de torna-las dóceis, adaptadas e invisíveis aos olhos da sociedade.

Quando questionados sobre a sua experiência na Rede de Atenção Psicossocial, os depoentes fizeram referência direta ao ambiente de trabalho, ao atendimento prestado aos usuários, às suas trajetórias profissionais e inserção nos equipamentos de saúde mental, as técnicas e as ferramentas utilizadas em seu cotidiano, a preparação para a atuação profissional e as suas dificuldades no dia a dia. Ao longo das entrevistas foi possível identificar que a atuação na RAPS é complexa, comportando um conjunto de técnicas, saberes, afetos e contradições.

Por entre os depoimentos foi possível identificar que os entrevistados entendem a RAPS como um espaço múltiplo e diversificado, que comporta inúmeras práticas em saúde como as terapias individualizadas, atividades grupais e terapias de grupo, atividades artísticas e comunitárias, ou seja, na RAPS *"você tem infinitas possibilidades, cabem todas as teorias, mas você tem que ver qual é o que cabe melhor"* (P1), logo, a organização das atividades, e consequentemente dos espaços, estão diretamente ligadas às necessidades da comunidade e das habilidades dos profissionais envolvidos.

Historicamente, o uso do dispositivo grupal como ferramenta terapêutica iniciou-se nos antigos hospitais psiquiátricos, em especial com a experiência dos grupos operativos inaugurados por Pichon-Rivière, na Argentina. Os grupos, em Psicologia, são tomados como um conjunto de pessoas que se consideram mutuamente e interagem entre si, compartilhando normas em uma tarefa. O grupo, na medida em que o processo grupal se consolida e seus membros se vinculam, deixa de ser um mero aglomerado de pessoas e passa a se constituir como uma nova entidade, com identidade e objetivos próprios (Mesquita, 2022). A experiência em grupos na Saúde permite, a partir da vinculação entre seus membros, a construção de relações afetivas sólidas, percebidas a partir de sentimentos de valorização gratidão e apreço pelo grupo e por seus membros, fortalecimento das relações comunitárias, na medida em que se configuram novas relações entre os membros, profissionais, comunidade e território, e se percebe a construção de relações empáticas e solidárias, assim como a sensação de filiação e pertencimento, onde os sujeitos se percebem como importantes e reconhecidos individualmente e como grupo (MINARE, 2021).

No trabalho com grupos, privilegia-se os vínculos desenvolvidos por seus membros, sendo a vinculação elemento fundamental para que o grupo se estabeleça, não seja um mero agrupamento, e se torne agente de mudança e transformação da realidade na qual seus membros estão inseridos, de modo que o grupo se fortalece e o indivíduo também (COSTA, 2018). Neste sentido, ao utilizar do dispositivo grupal como ferramenta de trabalho, os profissionais de saúde partem do princípio de que o vínculo, com o serviço, profissionais, comunidade e território são elementos fundamentais para as atividades desenvolvidas, além disso, a utilização de diversas modalidades grupais permite, além de otimizar os atendimentos e ampliar o alcance do serviço, promover autonomia e desenvolver habilidades sociais daqueles que deles participam.

Nas práticas mais comuns no contexto da Saúde Mental, o dispositivo grupal – em suas diversas modalidades – se apresentou como a ferramenta de trabalho mais utilizada no contexto da RAPS. Nos depoimentos foi possível identificar a diversidade de modalidades e finalidades com que os dispositivos grupais são utilizados, assim como a variedade de recursos:

> Trabalho principalmente com a arte, com música e expressão corporal. Tenho uma oficina de música, e ela é de expressão musical, não tem nenhum compromisso em aprender uma técnica [...]o objetivo não é a aprendizagem, a aprendizagem atravessa as oficinas, mas não é esse o objetivo (P1)

> As atividades aqui são todas em grupo, algumas em grupo fechado e algumas em grupo aberto, que são grupos de dança, toda sexta a gente faz o dia criativo, que são atividades diferentes, então em uma semana apresentamos um f ilme e aí abrimos pra debate sobre esse f ilme; visitamos um museu, vamos pra São Paulo. Fazemos uma atividade e depois conversamos sobre essa atividade, o que que eles absorveram, fazemos festas, essas são as abertas. (P4)

> Todos os atendimentos em grupo são uma vez por semana, os atendimentos individuais acabam sendo ou semanais ou quinzenais, dependendo da situação e tudo mais, porque assim, a minha atuação aqui, é o que até hoje a gente nunca está 100%. Eu sempre f ico pensando, será que é o melhor? Será que é o certo? Será que dá para melhorar? (P6)

Neste sentido, o que se verifica é que o uso do dispositivo grupal tem a finalidade de fortalecer vínculos, potencializar a autonomia, o desenvolvimento de habilidades e competências, a inserção no território, ao mesmo tempo, que serve como uma forma de enfrentar as limitações do próprio serviço em termos de recursos humanos e infraestrutura. Ou seja, embora o grupo seja uma ferramenta potente e apresente resultados positivos para os usuários dos serviços da RAPS, é inegável que

seu uso se dá, em muitos espaços, como uma forma de amenizar as dificuldades infraestruturais enfrentadas por muitos profissionais:

> "nesses 5 anos que venho trabalhando aqui, foram vários desafios, nós mudamos de vários prédios, esse é o terceiro prédio que estou, já tivemos uma estrutura menor, menos condições de material, menos profissionais." (P6)

> "nós tivemos vários problemas pra conseguir o local para o equipamento, conseguiram uma casa, e aí depois deu problema" (P5).

> "Lá era um problema a questão do espaço mesmo, que a gente dividia com o ambulatório de saúde mental, e conforme o serviço foi ficando conhecido, foi crescendo a demanda, mas a gente não conseguia ampliar muito por conta do espaço" (P5)

> "porque a gente tem salas que uma janela não funciona, e assim, pra gente ter privacidade, pedimos cortinas, mas não deu e a gente pediu pra pintar os vidros... Uma estrutura melhor pra poder atender, hoje graças a Deus temos cadeiras, porque teve uma época que estava difícil ter cadeira, a gente não tinha onde se sentar, tinha que improvisar bancos." (P7)

O trabalho com grupos na saúde mental enfrenta desafios institucionais como a sobreposição de demandas burocráticas à necessidade de criação de dispositivos clínicos, a falta de recursos humanos e de investimento público em saúde mental que, muitas das vezes, sobrecarrega os profissionais e os serviços de saúde. Assim, os grupos, dispositivos de cuidado que potencializam a autonomia e a reinserção social de usuários dos serviços da RAPS, acabam por ser utilizados como estratégia de ampliação de números de atendimentos e esvaziamento de filas, e com a falta de recursos necessários para o desenvolvimento do trabalho proposto pelo profissional, como a falta de recursos técnicos, materiais e insumos para o trabalho, o que faz com que os grupos assumam características de bases manicomiais ainda muito presentes na rede Souza e Honorato (2022) .

> Não se tinha grupos, era só atendimento individual, a psicóloga que estava lá, eram 10 pessoas todos os dias por 45 minutos. Eu pensei que não ia dar conta, seria impossível, e ai eu fui colocando os grupos, acho que foi a maneira que eu encontrei de deixar um pouquinho mais com a cara da saúde pública. (P3).

> Hoje meu trabalho tem sido esse, eu tenho em média 50 pessoas individualmente, mas que eu só atendo quinzenalmente. Falta de profissionais, falta de RH. Uma profissional atende 70% do município (P3).

Assim, as modalidades grupais devem atuar para facilitar a interação entre os membros do grupo, pois assim os membros podem descobrir uns aos outros e descobrir a si mesmos, trazendo novas experiências para todos. As atividades podem ajudar os participantes do grupo a romper barreiras quanto a relações interpessoais

(MOLITERNO et. al., 2012). “As atividades aqui são todas em grupo, algumas em grupo fechado e algumas em grupo aberto” (P4). O trabalho em grupo busca quebrar o paradigma e rompe com modelos tradicionais, baseado no atendimento individual, e isso é reforçado pela fala de P6 “não é psicoterapia como numa clínica tradicional”.

Como Amarante e Nunes (2018), apontam no texto “A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios”, o intuito dos atendimentos devem ser de criar estratégias que fujam dos tradicionais clínicos. A cultura e a arte podem ser envolvidas nestes atendimentos, que é como as Psicólogas P1 e P7 fazem: “Trabalho principalmente com a arte, com música e expressão corporal” e “Trabalhamos muito com arte, com música, com o corpo, e isso enriquece muito o trabalho.

As possibilidades de práticas identificadas no material coletado se diferem das existentes nos antigos hospitais psiquiátricos brasileiros, onde se institucionalizou a violência, as torturas e o abandono, e onde as identidades eram apagadas, as subjetividades e singularidades capturadas e aniquiladas. Ou seja, romper com lógicas manicomiais requer do profissional criatividade, envolvimento, abertura para o diferente, para as trocas, requer que os conhecimentos advindos de sua formação sejam contextualizados, adaptados ao seu espaço de trabalho, exige também que se abra espaço para a troca de conhecimentos, vivências e experiências e compartilhamento do poder, para a apropriação e valorização daquilo que os usuários trazem enquanto valores, cultura.

Os grupos formados pelos profissionais entrevistados são em sua maioria grupos operativos com finalidade terapêutica; até mesmo onde se há a introdução de instrumentos musicais ou dança, não se tem a obrigação de aprender uma técnica ou um conteúdo, mas sim, conviver com as pessoas e trazer seus sentimentos ou questões que lhe causem sofrimento no momento, é convivendo que se aprende a conviver. É na convivência e na relação com o outro que o indivíduo se percebe como sujeito, é na convivência com o diferente que o sujeito se reconhece como único, se apropria de sua história, toma consciência de quem é.

Os membros dos grupos aprendem a conviver com outras pessoas, situação que na maioria dos casos, lhes foi privada no decorrer de sua vida; é muito importante para um usuário de serviço de atenção psicossocial conseguir desenvolver este convívio social, pois este é um dos maiores objetivos do trabalho antimanicomial, além

de promover a desinstitucionalização de pessoas que passaram boa parte de suas vidas trancafiadas em um manicômio. “Acho que é importante trabalhar o corpo e expandir nossas possibilidades... seja no esporte, dança” (P7). É importante salientar que a ideia da Psicologia como prática exclusivamente clínica, assentada na psicoterapia individual, também pode ser parte da cultura da sociedade e do imaginário das pessoas, onde não há ainda o conhecimento das práticas grupais; como pontua P3 “então a cidade tem uma cultura em relação a psicologia, muito voltada pra clínica, consultório particular.”

Os depoentes descreveram que suas práticas objetivam à emancipação do indivíduo, a fim de lhe tornar um sujeito de autonomia, emancipado. Isso significa criar possibilidade de que as pessoas acometidas por um transtorno mental ou em sofrimento psíquico possam circular em ambientes externos, para além dos muros da instituição,

> “quando a gente tá fora desse espaço protegido dos muros [...] a nossa ideia é que o paciente ganhe território, ganhe autonomia pra fazer as coisas sozinho e pra não precisar estar protegido o tempo todo.” (P4)

Frequentar espaços como parques, cinemas e eventos são algumas das programações onde se busca apresentar novas situações para a pessoa, que muitas vezes passou a vida dentro de casa, sem contato com a sociedade, assim como tem a finalidade de apresentar a pessoa à sociedade, desta forma, educa-se o paciente, potencializa suas capacidades, mas também se educa a comunidade para o exercício do respeito, da tolerância, da diversidade.

> “Proposta de focar na saúde e nas potencialidades da pessoa [...] buscar um olhar mais direcionado para as potencialidades do que para um número de CID” (P7)

Tais práticas surgiram com dificuldades na psicologia brasileira, sob influência da clínica de consultório, e devido aos altos custos de se fazer psicoterapia individual, serviço destinado, em geral, a grupos de elite, assim os profissionais devem criar técnicas e ferramentas para se trabalhar com a população menos abastada e com mais necessidade de atendimento (CARVALHO, YAMAMOTO, 1997).

Ao assumir uma perspectiva antimanicomial em sua prática cotidiana, os profissionais necessitam criar ferramentas, que busquem acabar com a lógica de dominação que existiam em hospitais psiquiátricos, e outros espaços de confinamento, como muitas comunidades terapêuticas, onde ainda se silenciam subjetividades, se isolam indivíduos, onde se valoriza o diagnóstico e a

hipermedicalização, onde a violência – em suas diversas manifestações, algumas bem sutis – são a principal ferramenta.

No atual momento histórico, político e social, estes profissionais têm enfrentado dificuldades no que se diz respeito a investimento em saúde mental e assistência social, sentem os efeitos do desmonte da saúde pública, o retrocesso das novas políticas que reabrem espaço para o encarceramento como modelo de tratamento, percebem seu trabalho sendo precarizado, os serviços sendo sucateados, na medida que convivem com a falta material para oficinas, inadequações de espaço, como paredes com mofo e tetos com goteira, o que vai gerar dificuldades na realização dos atendimentos e acabar desmotivando os profissionais a enfrentar outras tantas dificuldades, abrindo espaço para que lógicas centradas em números e metas se imponham. Atualmente o país vive um retrocesso no que se diz respeito às políticas de saúde mental, que envolvem o uso de álcool e outras drogas. É importante que os profissionais atuantes não deixam com que os gestores tragam de volta uma visão conservadora e autoritária para a saúde pública, e que se permitam práticas que não respeitem os Direitos Humanos e o bem-estar das pessoas, e que não haja um retrocesso nos tratamentos e práticas construídas ao longo dos anos (CFP, 2018).

No Brasil, o processo de formação de profissionais de saúde é longo e custoso, muitas vezes distante dos contextos que se apresentam nos equipamentos públicos, o que faz com que, muitas vezes, o profissional se perceba desinstrumentalizado e incapaz de atuar em espaços tão complexos como os serviços do Sistema Único de Saúde. Quanto à formação para atuar em serviços públicos de saúde, os participantes apontam que se perceberam preparados após anos de prática e que a graduação, embora seja importante, não dá todas as ferramentas necessárias para a atuação na RAPS:

> "mas eu acho que não prepara para o atendimento público, a faculdade está muito distante da realidade social, de CAPS, de CRAS, de UBS, então a gente estuda nas abordagens mais tradicionais, mas eu acho que ainda está muito ligado a clínica particular tradicional" (P6)

> "Não me sentia muito segura, porque eu não tinha tanta prática, mas sentia que dava para ir... considero que a minha bagagem de vida ajudou, pois entrei mais velha na faculdade e os estágios ajudam muito, fazem com que você se sinta mais à vontade para atender". (P7)

Tais situações demonstram que as formações em saúde centram seus esforços na formação de profissionais liberais e de consultórios, o que distancia o futuro profissional de situações mais complexas como as que se apresentam no SUS, assim,

formam-se profissionais aptos a atuarem em espaços individuais e distantes da realidade social brasileira. Ao se manter isolada dos contextos de saúde, o processo formativo pode se tornar inacessível para parcela da população brasileira, seja por seu custo elevado, que elitiza os estudantes e inviabiliza o acesso das camadas mais pobres da população à graduação, seja pelas ideias que circulam no ambiente acadêmico, que em geral representam ideias e ideias de uma classe dominante, ideias estas que se mostram na dificuldade que os profissionais de saúde têm em dialogar, compreender, ser compreendido, e em lidar com a população em geral, e principalmente com a população mais pobre.

Além disso, a formação pode favorecer modelos de atendimento cujo pilar central seja o ajustamento, o controle, a adaptação e favorecer modelos em que os tidos como indesejáveis sejam confinados ou adaptados a partir da medicalização, por exemplo. Uma formação que não considere a complexidade da realidade brasileira, do sistema e dispositivos de saúde mental pode possibilitar a permanên cia de modelos manicomiais. Em um contexto de prática profissional, tal processo pode criar entraves para uma atuação mais próxima da comunidade em que atua, de entender o contexto em que as pessoas estão inseridas, de mobilizá-las para que protagonizem seus processos de saúde.

A dificuldade de acesso, a elitização dos serviços psicológicos e da formação, o distanciamento do que se ensina faz com que profissionais de decepcionem e percebam as contradições que atravessam o seu cotidiano, como a ausência de recursos e ferramentas para o trabalho, a falta de investimentos, a precarização e sucateamento dos serviços:

> “outra coisa que eu aprendi na faculdade e eu tive que adaptar pra realidade daqui. Quando eu aprendi, cada criança deveria ter a sua caixa lúdica, cada criança tem que ter a sua família, seus brinquedos, a sua caixa... se ela quebrou um brinquedo dela, na outra sessão a gente vai ter que trabalhar isso, enfim, tem toda essa questão, cada criança tem que ter a sua, só que aqui não funciona assim... os brinquedos, tem alguns que a prefeitura compra e tal” (P2)

O abismo que separa as universidades da população usuária de serviços públicos também foi apontado pelos depoentes também aponta essa diferença entre a prática na graduação e a prática no serviço de saúde público, que se dá em condições distintas do ambiente universitário:

> “eu percebo que é muito complexo de pensar o que é ensinado lá, pra uma vivência de serviço público, de SUS, que você não tem setting, que você não tem recursos.” (P3)

Além da diferença de realidade, existe a falta de investimento do poder público em políticas de saúde mental, o que cria entraves para uma maior inserção de profissionais com formação na área de saúde mental no Sistema Único de Saúde. Para o CFP (2018), é baixo o número de profissionais atuantes em serviços públicos de saúde, que tenham algum tipo de especialização em saúde. Pode-se realizar uma extensa crítica quanto as motivações da pouca especialização, como a falta de incentivo também por parte do Estado para que estes profissionais possam estudar e aprimorar seus conhecimentos, que com certeza trariam muitos benefícios aos usuários.

Desta forma, para romper como lógicas manicomiais, é preciso que se construa e ofereça uma formação comprometida com a promoção de saúde e garantia de acesso de toda a população e que durante o processo de formação, seja oportunizado ao estudante amplos conhecimentos e contato com o Sistema Único de Saúde, de forma que o profissional tenha compreensão de seu papel e dimensão de como a sua prática, mesmo as que se dão no âmbito privado, se relacionam com a saúde da população:

> "acho que faltou um pouco a formação, mesmo os estudantes que não vão pra essa área, precisam saber um pouco mais" (P5).

É importante se pensar na grade curricular dos cursos de graduação, para que estes possam trazer o preparo para os futuros profissionais que em algum momento possam vir a trabalhar com saúde pública e saúde mental. A formação de um psicólogo que atue em Saúde Pública, e isso deve se refletir em suas práticas, deve levar o profissional a considerar que as pessoas têm modos de vida das pessoas nem sempre são iguais aos do terapeuta, e não existem modos corretos ou prontos para se viver. Patto (2012) traz uma crítica sobre o modelo de ensino atual, que engloba a graduação em Psicologia:

> empresas que vendem produtos que certamente não são o ensino ou a educação, mas "maquinário para a produção massificada dos alunos". Em outras palavras, quando o ensino o ensino é mercadoria, os professores são balconistas e os alunos são consumidores exigentes na cobrança de seu direito de não estudar, o que se vende é mesmo um diploma, o que só engrossa estatísticas mentirosas sobre a porcentagem da população com nível universitário superior e ilude seus possuidores quanto à aquisição de um passaporte poderoso para o mundo do sucesso pessoal (PATTO, 2012. P. 14)

As dificuldades e defasagens na formação levam a dificuldades de refletir sobre

as próprias práticas e afetam diretamente a relação profissional-usuário. As relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários estão entre os temas desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde, sendo, dessa forma, essenciais à plena implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Por mais que o Sistema esteja ancorado em leis com status de políticas de Estado, a sua concretização também depende das relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e os usuários (LIMA *et al*., 2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da rede substitutiva em saúde mental e atenção psicossocial se deu após a reforma psiquiátrica, quando se formou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), onde estão serviços como o CAPS e os Ambulatórios de Saúde Mental (BRASIL, 2011). Estes equipamentos visam construir novas estratégias de cuidado a pessoas em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais, tal cuidado deve ter como base a autonomia e a liberdade, em contraposição ao modelo manicomial que tinha por base a institucionalização, o isolamento, o controle e a contenção, usando para isso de mecanismos violentos. Além disso, a organização dos serviços em rede deve ter como objetivo a ampliação do alcance das políticas em saúde mental e fortalecer a inserção comunitária de pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico.

No entanto, parte significativa dos municípios brasileiros ainda não contam com equipamentos específicos de saúde mental, não organizam os fluxos e protocolos de atendimento e nem se utilizam do apoio matricial como estratégia de cuidado nos equipamentos da RAPS. Tal situação gera um conjunto de dificuldades para as pessoas em sofrimento psíquico ou acometidas por transtornos mentais, e leva muitos trabalhadores da saúde e pacientes a utilizarem os hospitais como serviço de referência e tratamentos que não preconizam o direito à autonomia do paciente ainda persistam nas redes de saúde.

Na região do Alto Tietê, os municípios em que os profissionais entrevistados atuam apresentam dificuldades diversas em articu lar e fortalecer as suas redes, dificuldades como a sobrecarga, falta de recursos humanos, insumos materiais se fazem presentes no cotidiano de psicólogo, o que gera a burocratização dos fluxos, atendimentos pontuais, desvio de finalidade de estratégias terapêuticas e engessamento da própria rede. O que se percebe é que a organização das redes de atenção em saúde mental são atravessados pela concepção de o atendimento às pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico devem ser atendidos em níveis de atenção mais complexos que a APS, neste sentido, percebe-se uma ênfase nos serviços especializados como os CAPS, assim como a oferta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, no entanto, a disponibilidade destes serviços é

insuficiente para atender as demandas das cidades, o que gera desassistência e viola direitos dos cidadãos da região e potencializa o agravamento das condições de saúde dos usuários.

Nota-se, ainda que ferramentas como o matriciamento em saúde mental, que têm condições de preparar os profissionais para reconhecimento e atendimento das demandas em saúde mental ainda não é uma estratégia compreendida e utilizada no contexto de trabalho das redes locais, sendo esta muitas vezes subutilizadas e, quando utilizadas, acabam sendo tomadas como m espaço burocrático e hierarquizado, em que os saberes da das equipes se hierarquizam e onde não há espaço para trocas. Além disso, o estudo identificou que a principal prática de psicólogos na assistência aos usuários dos serviços são os dispositivos grupais, configurados como grupos operativos, porém, tais práticas cumprem a função de enfrentar a alta demanda de usuários que buscam os serviços, o que inviabiliza o funcionamento do dispositivo, conforme preconiza o fundador da técnica, Pichón Rivière.

Considera-se que os objetivos propostos foram atendidos, no entanto, por se tratar de estudo exploratório de abordagem qualitativa, sugere a realização de estudos mais amplos, que abranja os demais atores da rede e ofereçam maior compreensão sobre o trabalho na Saúde Mental, na medida que o presente estudo não permite generalizações.

Reinserir socialmente pessoas sem sofrimento psíquico ou com transtornos mentais, que passaram longos períodos de sua vida em instituições asilares como um hospital psiquiátrico, ou também isoladas dentro de suas casas, como propõe a lógica manicomial, requer, por um lado, que o profissional atue no sentido de acolher e oferecer vivências ao usuário do serviço que lhe permitam adquirir novos conhecimentos, novas pautas comportamentais, novas formas de lidar com a vida cotidiana; e por outro, requer um investimento na comunidade, que em geral, vê no encarceramento e na medicalização excessiva a melhor forma de tratar aqueles que são tomados como desiguais. Neste sentido, o profissional deve estar atento para os compromissos e lógicas que atravessam suas ações, assim, o trabalho com grupos deve ser realizado no sentido de promover a autonomia, a autodeterminação e o desenvolvimento de potencialidades do sujeito, bem como deve ter clareza da dimensão pedagógica do seu trabalho. Neste sentido, fica evidente que os municípios

da região têm o desafio de ampliar o alcance da RAPS, articular melhor os serviços, organizando seus fluxos de atendimento e fortalecendo estratégias de matriciando das equipes de saúde, em especial as que atuam na Atenção Básica, de modo a poder prestar garantir atendimento humanizado a todos que dele necessitam.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067- 2074, jun. 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 01 mar. 2023.

BARBOSA B. V. F.; CAVALCANTI A.; ALCÂNTARA M. C. A; *et al*. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. Rev Fund Care Online. 2017 jul/set; 9(3):659-668. DOI: http://dx.doi. org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.659-668

BRASIL. **Lei Federal nº 10.216/2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 01 mar. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3088/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).. . Brasília, DF, 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF:Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf. Acesso em: dia mês ano.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 596/22, Brasília, DF, 22 de março de 2022.

BOTEGA, N. J. (org). **Prática psiquiátrica no hospital geral**: inter consulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2012. 718 p.

BRANDT, J. A. Grupo Balint: aspectos que marcam a sua especificidade. Vínculo, São Paulo , v. 6, n. 2, p. 199-208, dez. 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 abr. 2023.

CAMON, V. A. A. O Psicólogo no Hospital. *In*: CAMON, Valdemar Augusto Angerami. (Org.). **Psicologia Hospitalar:** Teoria e Prática. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010. p. 07-08.

CAMPOS, L. F. L.; **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia.** Campinas,SP:

Editora Alínea., 2004.

CANELLA, P. **Relação Médico-Cliente**. *In*: MELLO FILHO, J.; BURD, M. Psicossomática Hoje. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CANGUSSU, Y. E. S.; GUEDES, L. Alcances Terapêuticos e Matriciais: Uma Experiência de Grupo de Saúde Mental na Atenção Básica. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 11, p. e4046-e4046, 2022.

CAPPI, A. C. B. S.; DOS SANTOS, E.M. Desafios na atenção à crise em saúde mental no contexto da rede de atenção psicossocial. Saúde Mental, Ed. Científica p. 23-34, 2021.

CARVALHO, D. B.; YAMAMOTO, O. H.. Psicol. Am. Lat., México , n. 0, ago. 2002 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2002000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 abr. 2023.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K.. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 105-111, fev. 2005. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692005000100017. acessos em 05 abr. 2023.

CHIABOTTO, C. C.; NUNES, I. S.; AGUIAR, K. S. P. Contrarreforma psiquiátrica e seus reflexos no cuidado ao usuário e à família. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 20, n. 49, 2022.

COELHO, N. A. *et al*. A percepção dos profissionais sobre as ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial em Belo Horizonte. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Ministério Público Federal. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**. Brasília DF: CFP, 2018. *E-book*. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 01 mar. 2023.

COSTA, J. T.; SILVA, F. S.; SILVEIRA, C.A.B. As práticas grupais e a atuação do psicólogo: intervenções em grupo no Estágio de Processos Grupais. **Vínculo**, São Paulo , v. 15, n. 2, p. 57-81, 2018 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902018000200005&lng=pt&nrm=iso>. ac

essos em 01 mar. 2023. http://dx.doi.org/75d323ad165443c59fb-33b3.

DELGADO, P. G.. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. Arquivos Brasileiros de Psicologia, São Paulo: CRP SP, 2011.

DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. Ciênc. saúde coletiva, 2020 25(2), p. 595–602, fev. 2020.**

DUTRA, E.; Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *In*: **Estudos de Psicologia**, 9 (2), 381-387, Natal/RN, 2004.

FERNANDES, A. D. S. A., MATSUKURA, T. S., LUSSI, I. A. O., FERIGATO, S. H., & MORATO, G. G. (2020). Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 28(2), 725-740. https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1870

FLICK, U. Qualidade na Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 94-115, abr. 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 abr. 2023.

FOUCAULT, M.; Doença Mental e Psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FULALIO, M. C.; SANTOS, E. R. F.; ALBUQUERQUE, T. P. Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem-usuário no contexto do Programa Saúde da Família. **Rev Gaúch Enferm**, v. 30, n. 4, p. 708-15. 2009.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOMES, W. B.; Apresentação: Fenomenologia e pesquisa em Psicologia. In: _____(org.). **Fenomenologia e pesquisa em Psicologia.** Porto Alegre, RS: Editora da Universidade/UFRGS, 1998.

GONÇALVES, C. S. **Lições de psicodrama**: Introdução ao Pensamento de J. L. Moreno, São Paulo: Âgora, 1988.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2015, v. 20, n. 2 [Acessado 28 Março 2023] , pp. 371-382. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.11122014>.

LIMA, C. A. *et al*. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev bioét**, v. 22, n. 1, p. 152-60. 2014.

LIMA, C. C.; FRANÇA, V. N. Desafios para a Clínica em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do Distrito Federal. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 43-58, ago. 2022. ISSN 2447-1798. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/385/271>. Acesso em: 28 mar. 2023.

MEIHY, J. C. S. B.; **Canto de morte Kaiowá, história oral de vida**. São Paulo:

Edições Loyola, 1991.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, Fabíola. **História oral**: como fazer, como penar. São Paulo: Contexto, 2007.

MESQUITA COSTA, L. T. *et al*. A prática dos grupos na área da saúde. **Redes - Revista Interdisciplinar do IELUSC**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 51-60, nov. 2022. ISSN 2595-4423. Disponível em: <http://revistaredes.ielusc.br/index.php/revistaredes/article/view/149>. Acesso em: 11 abr. 2023.

MINARE, N. F.; CARDOSO, C. L. Grupo comunitário de saúde mental: relações estabelecidas por participantes regulares de longo prazo. **Vínculo**, São Paulo , v. 18, n. 1, p. 80-89, abr. 2021 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902021000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 mar. 2023. http://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v18nesp.p388-406.

MINAYO, M. C.S e SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo**: Oposição ou Complementaridade? Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

LIMA, C. A. *et al*. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. Rev bioét, v. 22, n. 1, p. 152-60. 2014.

LIMA, D. D.; ALVES, V. L. A.; TURATO, E. R. Reflexões sobre a dor crônica: a superação do modelo biomédico e as influências da fenomenologia existencial nobolhar biopisicossocial. *In*: II CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE E CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 2., 2011, São Paulo. **Anais** [...] São Paulo: Metodista, 2011. p. 1-17.

[acesso em 03 dez 2022].

MOLITERNO, I. M**. A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO COM GRUPOS TERAPÊUTICOS.** Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits, Maceió, v. 1, n. 1, p. 95-98, nov. 2012.

PATTO, M. H. S. Introdução. In: PATTO, Maria Helena de Souza (Org.). **Formação de Psicólogos e Relações de Poder:** sobre a miséria da psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p. 9-16

PITTA, A. M. F.. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 12, p. 4579–4589, dez. 2011.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I. J.; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, G. C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO).

http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420130000400029.

PINAFO, E.; NUNES, E. F. P. A.; GONZÁLEZ, A. D. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva, v. 17, n. 7, p.1825-32. 2012

RAMOS, D.D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública, v.19, n. 1, p. 27-34. 2003.

REZENDE, J. N.; VALENTE, G. C. S.; MESSIAS, C. M.; CORTEZ, E. A.; GALVÃO, V T. L. S.; ABRANTES, E. G. S. V. A educação permanente como instrumento para o matriciamento em saúde mental. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 7, p. 1-1, 16 jun. 2020. Research, Society and Development. http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4685.

ROSA, E.Z. Trajetórias da Reforma Psiquiátrica brasileira:: entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 13, n. 37, p. 1-22, 2021.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312007000100003.

SILVA, B. L.; SILVA, A. X. A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. **Serviço Social em Revista**, v. 23, n. 1, p. 99-119, 2020.

SILVA, M. M.; SILVA, P. E.; SILVA, J. B.; LEITE, V. T. O matriciamento em saúde mental e a participação dos trabalhadores: o relato de uma experiência em meio à pandemia de covid-19. **Saúde em Redes**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 155-164, 23 jul. 2021. Associacao Brasileira da Rede Unida. http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n1supp155-164.

SOUZA PEREIRA, S. *et al*. Pet Saúde interprofissionalidade: dificuldades apontadas pelas equipes de atenção básica em relação à saúde mental. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e948975240-e948975240, 2020.

SOUZA, D. C.; HONORATO, E. J. S. (2022). PRÁTICAS GRUPAIS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – REVISÃO DA LITERATURA. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas E Tecnologia*, *10*(3), 1465–1474. https://doi.org/10.16891/2317 - 434X.v10.e3.a2022.pp1465-1474

SOUZA, E. S.; ROCHA, E. S. C.; TOLEDO, N. N; PINA, R. M. P.; PEREIRA, R. S. F. Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade:

volume 2. **Associação Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 0, n. 0, p. 0-0, 28 jun. 2022. Editora Aben. http://dx.doi.org/10.51234/aben.22.e12.

TEIXEIRA, J. A. C. Comunicação em saúde: Relação Profissionais de Saúde - Utentes. Aná. Psicológica, Lisboa , v. 22, n. 3, p. 615-620, set. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870- 82312004000300021&lng=pt&nrm=iso>.

ZIMERMAN, D. **A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade**. Vínculo, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 1-10, dez. 2007.

APÊNDICE – Depoimentos

DEPOIMENTO - P1

P1 - Vou falar um pouco do meu histórico de graduação, porque antes de trabalhar com saúde mental, eu só tive as aulas da graduação. Eu me formei na Unesp de Assis no ano de 2007, e essa base acadêmica ela é importante porque se não fosse ela, eu não sei o que faria... eu ingressei pra trabalhar com saúde pública em 2012 no concurso de Mogi e me apaixonei, ainda mais pelo trabalho do CECCO, que é o trabalho que eu estou faz 8 anos, e trabalho com saúde pública, eu acho que uma das características importantes é você ter afeto, principalmente com saúde mental, porque muitas vezes você empresta esse afeto para o usuário, o paciente que está ali, seja ele portador de um transtorno mental, psicótico, enfim... e as vezes essa pessoa ela viveu muito tempo isolada e ela não tem muitas possibilidades de troca na sociedade, então o CECCO é justamente um dispositivo que ela pode fazer isso. Ainda existe muito estigma e muito preconceito com essas pessoas, e ele não deve começar por nós profissionais... a sua forma de olhar essa pessoa vai dizer muito de como ela vai conseguir olhar para o resto da sociedade, então se eu sou o primeiro a ter preconceito, a compartimentalizar ela num CID, numa psicopatologia, então você já colocou ela numa caixinha, num lugar, então tá, é psicótico e o que mais essa pessoa é? Isso é uma coisa que as vezes a gente até é capturado pela rede, porque a conversa com a rede geralmente é através de CID, enfermeiros, psiquiatras... se o profissional não ficar atento, ele cai nessa de colocar ele nesse lugar, e só nesse lugar. Se você querer, você tem infinitas possibilidades, cabem todas as teorias, mas você tem que ver qual é o que cabe melhor, por exemplo, eu nunca tive um específico, apesar de ter a base psicanalista, atualmente estou me percebendo em Jung, tanto os psicólogos que trabalham nas UBS, no caps, a gente aqui, a gente trabalha muito em justamente sair com essas pessoas, trabalhamos com eventos, passeios, coisas que não são só específicas da psicologia, como terapia de grupo ou clínica individual, que é o que você menos vai fazer na saúde pública. É uma das ferramentas que você tem, mas não pode ser o seu norteador, porque tem uma abrangência de precisar atender muita população. Usa muita arte também. Trabalho principalmente com a arte, com música e expressão corporal. Tenho uma oficina de música, e ela é de expressão musical, não tem nenhum compromisso em aprender uma técnica. O CECCO no geral, o objetivo não é a aprendizagem, a aprendizagem atravessa as oficinas, mas não é esse o objetivo

DEPOIMENTO – P2

P2 - Eu estou aqui no ambulatório de saúde mental de Ferraz faz 7 anos. Foi o meu primeiro serviço realmente em saúde mental, em psicopatologia. Minha rotina, a gente primeiro faz a triagem dos pacientes, a gente chama de plantão psicológico, onde nós acolhemos a queixa e vai fazer os encaminhamentos devidos. Os encaminhamentos que nos são de direito, são os de neurologista, a gente pode encaminhar pra fonoaudióloga, a gente encaminha pra psicopedagogia, apesar de o município não ofertar esse serviço, mas a gente faz o encaminhamento, pra criar essa demanda, para que a secretaria da educação veja a importância de se criar mediante a procura das pessoas. A gente também faz o serviço da rede, CAPS-AD, e pro CAPS-2, que atendem os casos mais graves. O CAPS nosso, ele tem suas particularidades, então eles atendem os pacientes com sintomas produtivos, onde precisa mesmo de um acompanhamento, sem apoio familiar, para ser criar uma estrutura, tem a questão da medicação, pra pessoa tomar nos horários. Nós falamos que somos um caps gigante, acabamos englobando de tudo. A princípio a gente atende todas as demandas, no plantão a gente atende de 0 anos até 90, 100, o que vier, homens, mulheres. O plantão pra vir, precisa de um encaminhamento de um profissional, de um técnico, ou um enfermeiro, médico, professor, conselho tutelar, enfim, tem que vir por esse caminho. Eu diria que aqui a gente faz a escuta e aí já vai fazendo os encaminhamentos devidos, destrinchando tudo isso. A demanda a gente atende todas, depois desse plantão, separamos pelas idades. Começamos com as crianças de seis anos, porque entendemos que antes dessa idade, é mais interessante trabalhar com os pais. Claro que a criança também precisa de atendimento, mas pensando em serviço público, pensando nas nossas limitações e tudo mais. Aprendi isso trabalhando no serviço público, tentamos não mensurar sofrimento, mas temos que eleger prioridades, e percebemos que quando uma criança está com dificuldade, vamos supor, fiz o plantão, a criança tem dois anos de idade, é mais efetivo fazer o acompanhamento com os pais, uma orientação familiar, porque são eles que estarão diretamente com essa criança, e aí sim eles irão começar a reproduzir um comportamento mais assertivo, e aí vamos tendo um resultado; a gente ficar com essa criança uma hora por semana, e as vezes elas tem dificuldade de ficar sozinhas na sala. Isso não é fixo, rígido, se houver a necessidade, a gente tem a liberdade de poder atender se quiser, mas assim, a gente vê que é mais efetivo com os pais. Quando a criança começa a apresentar alguma dificuldade, na verdade sabe muito bem que é ela é um bode expiatório da família, não é via de regra, mas normalmente é ela que vem mostrando todos os sintomas da problemática da família. Precisamos trabalhar a família para se criar um melhor ambiente para essa criança. Complicado essa questão. A gente na medida do possível, eu vou falar por mim, o básico do básico, acho que estou preparada, mas

sempre é uma caixinha de surpresa, sempre temos que aprender mais. Cada paciente novo, é sempre um mundo novo que a gente vai pegar, é sempre uma amplitude, e aí eu acho que a própria necessidade faz você aprender cada vez mais, buscar mais. A gente sempre está numa construção, acho que a gente não pode dar por encerrado, sempre muito dinâmico. Eu não vejo o conhecimento como uma coisa estática. Quando eu entrei aqui, com certeza não estava preparada, muito insegura, tanto que a equipe super abraça, porque todo mundo passa por essas mesmas dificuldades, até porque quase todos são psicólogos, todo mundo aqui entende isso. No começo, os plantões a gente faz assistido, até para a gente poder entender e começar a perceber, até pra entender como a rede funciona e o que ela nos possibilita. A gente faz isso por um período, e aí a gente sempre discute porque no final do plantão temos que determinar a conduta e as vezes gera dúvida e tudo mais, e é sempre bom ter o colega para discutir e com isso nós vamos nos apropriando. A gente também tem a possibilidade de fazer retorno de plantão também, vendo essa necessidade. No começo é muito assustador, mas depois você aos poucos vai pegando confiança. A ideia que eu tinha quando eu saí da faculdade e vivendo na prática, tem uma diferença. Preparou, mas a gente vê que as vezes a gente sente uma diferença. Na época em que eu me formei, faz 15 anos, eu percebi um pouco a questão da Psicologia elitizada, apesar que na época eu fiz estágio com adolescentes em liberdade assistida, fizemos trabalhos sociais em favelas, mas eu digo na questão reflexiva, subjetivar. Num atendimento, eu percebo que as vezes tem dificuldade de os pacientes subjetivarem, as vezes a gente tenta a letra a mais sabe, meio que não dá pra dar aquele toque e deixar a pessoa chegar na conclusão. As vezes as pessoas concordam, e aí dá pra começar a trabalhar, tem outras pessoas que não concordam, pode ser resistência ou outra coisa. Eu tive uma professora que falava que nos atendimentos tinha que pensar como se você tivesse colocando roupa no varal, e tudo o que o paciente falar, você vai colocando no varal, e aí você tendo que analisar. Mas você também não pode pendurar tudo, o que ele vai trazendo você vai pendurando algumas coisas no varal, outras não. Quando você retorna o atendimento, você busca nesse varal, então tem certas informações que você volta a utilizar. Eu vejo que na prática a gente aprende muito mais, nos habilita mais. Quando a gente estuda, mesmo na escola, você aprende todo o aparelho digestivo por exemplo, acabou o digestivo você vai pro circulatório, então a gente aprende assim, só que se a gente for ver bem, o nosso organismo enquanto acontece uma coisa, acontece outra junto, a circulação, com o digestivo, então é tudo junto e misturado. É isso que a gente vê na prática do atendimento, o que a gente aprende isolado, atendemos tudo junto. Uma crise ansiosa, ou se é realmente algum delírio ou alucinação, fica tudo muito junto e você precisa que o tempo te dê essa, e sem a prática não tem como você ir aprendendo e crescendo na questão do seu conhecimento. Pra mim isso é claro, e isso ainda é pouco. Aqui a prefeitura, como a gente trabalha pra eles, temos

que seguir, só podemos fazer o que a prefeitura oferece, e no nosso caso, testes psicológicos, nós não podemos usar nenhum. Se a prefeitura comprar um teste, a gente pode usar, fora isso não. O HTP, por exemplo, na verdade a gente não pode usar, mesmo sendo apenas um papel e lápis, só que a gente precisa do manual, e mesmo eu tendo o manual eu não posso usar, porque você está prestando um serviço e você tem que seguir o que a prefeitura oferece. Se eu usar, posso chegar a ser denunciada, e eu posso levar uma advertência por não seguir o que a prefeitura fala. As vezes nós usamos alguns questionários, inventários, ainda tudo bem, mas testes psicológicos que nos ajudariam bastante, não podemos usar. Em um mundo imaginários, se pudéssemos usar testes, manuais... enfim. O que a gente trabalha mesmo, é a fala. Com as crianças trabalhamos o lúdico, que também é uma outra coisa que eu aprendi na faculdade e eu tive que adaptar pra realidade daqui. Quando eu aprendi, cada criança deveria ter a sua caixa lúdica, cada criança tem que ter a sua família, seus brinquedos, a sua caixa... se ela quebrou um brinquedo dela, na outra sessão a gente vai ter que trabalhar isso, enfim, tem toda essa questão, cada criança tem que ter a sua, só que aqui não funciona assim... os brinquedos, tem alguns que a prefeitura compra e tal, mas a maioria dos brinquedos são doados, então alguns já vem quebrados... são detalhes que eu senti, mas a gente não deixa de atender por causa disso, mas precisamos adaptar, existe o mundo real e o mundo ideal. Com as crianças a gente trabalha o lúdico, eu costumo trabalhar com a técnica do Valter Trinca, que é uma técnica que não é um teste, isso me dá abertura pra poder interpretar alguma coisa, e com os adultos é mais a questão verbal mesmo, eu tive um paciente que no começo, era um pré adolescente ele tinha dificuldade em conversar, falava dos seus sintomas, mas quando a gente ia trabalhar na psicologia, ele não conseguia encontrar palavras pra verbalizar o que ele sentia, ele sentia e não saia nada, então o veículo que a gente encontrou de comunicação foi através de desenho, ele desenhava cenas, era complicado pra mim, porque as vezes ele queria que não falasse, ele queria que eu desenhasse, e eu não sei desenhar. A gente vai vendo a particularidade de cada um, e a gente tenta trabalhar com o material que a gente tem. São os testes mesmo, uma sala mais preparada pros atendimentos, mais adequada, porque a gente tem salas que uma janela não funciona, e assim, pra gente ter privacidade, pedimos cortinas, mas não deu e a gente pediu pra pintar os vidros... Uma estrutura melhor pra poder atender, hoje graças a Deus temos cadeiras, porque teve uma época que estava difícil ter cadeira, a gente não tinha onde se sentar, tinha que improvisar bancos. Essa sala é uma das melhores, porque temos salas com goteiras, tem sala que está caindo o teto, tem salas interditadas, questão do espaço, vemos essas dificuldades, além da falta de recurso humano mesmo, vemos uma demanda muito grande e a gente não dá conta de atender toda essa demanda, ao mesmo tempo limitado pra atender. A gente vê a dificuldade, tem alguns pacientes que estão mais abertos ao

atendimento, querem mesmo um tratamento psicológico, e tem outros que não querem, normal..., mas a gente vê que os pacientes não vêm, não porque eles não querem, simplesmente porque não tem dinheiro pra condução, as vezes a rua que mora fica alagada e não consegue sair de casa... a falta de estrutura social, acaba limitando. Se as pessoas tivessem direito pelo menos ao bilhete para tratamento, fiquei sabendo que no Rio, eles liberam um cartão de saúde, então você só pode usar pra ir em serviços de saúde.

DEPOIMENTO – P3

P3 - Eu vou falar um pouco da minha história aqui. Eu trabalho aqui em Guararema já tem 3 anos, sempre na atenção básica, tive algumas dificuldades porque aqui a gente não trabalha com PSF nem saúde da família, então a cidade tem uma cultura em relação a psicologia, muito voltada pra clínica, consultório particular. E como eu venho de São Paulo e eu venho da assistência social e trabalhava com matriciamento, com equipe multiprofissional, foi difícil a princípio, porque era uma coisa mais individualizada, sozinha. Eu trabalhei no núcleo de apoio a inclusão de pessoas com deficiência, eu acompanhava as famílias. Aqui, o meu trabalho além dos atendimentos individuais, psicoterapia e acolhimento, eu realizo alguns grupos, tenho grupo psicoterapêutico, faço um grupo com uma nutricionista pra pessoas que farão a cirurgia bariátrica, um grupo de tabagismo, e quando eu consigo apoio de algum profissional, eu faço algum grupo de observação lúdica de crianças. Hoje meu trabalho tem sido esse, eu tenho em média 50 pessoas individualmente, mas que eu só atendo quinzenalmente. É porta aberta, a gente as vezes fica quebrando a cabeça se deveria ser assim na atenção básica, porque o CAPS é mais estruturado, tem um público mais específico, lá vem de tudo, todas as demandas aparecem lá. Aparece mais depressão e ansiedade, claro que quando você senta e escuta, sempre tem mais questões. Guararema não é uma cidade dependente do SUS, então é bem diferente de um SUS de São Paulo, onde a maior parte da população é vulnerável. Aqui, eu já trabalhei nas 3 unidades do município, e tem diferença de público. Tem uma unidade que é muito rural, então é o trabalhador, o caseiro de chácaras, tem uma unidade que é mais distante, mas é uma unidade que eu acho que se assemelha mais a uma unidade básica de saúde, porque é bem no meio do bairro. Aqui, como a unidade que eu estou é um centro de especialidades, e a cidade sofre com a invasão de pessoas de outras cidades ao redor, então você tem de tudo. Como nós não temos PSF, fica difícil ter um controle, se tivesse um agente comunitário de saúde, pra ir na casa, ver quantas pessoas moram, a gente não tem isso. Até onde eu sei, pra pessoas fazer o cadastro, a pessoa precisa de um termo reconhecido em cartório e aí abre o cadastro aqui na cidade, então eu até vivencio isso na minha prática, as pessoas acabam falando que não moram aqui, e pelo sigilo você não pode fazer nada. Tive uma disciplina, me formei em 2012. Estudei 1 ano pra concurso, e aí trabalhei 1 ano com recursos humanos, aí eu trabalhei numa ong que fazia inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, começou a não fazer sentido e eu sai. Comecei a procurar emprego e aí entrei no CAPS-AD, que eram 20 horas, e comecei a trabalhar com homecare, então saia ao meio dia e ia fazendo as visitas. Depois de uns 2 ou 3 anos, eu fui chamada para cá, e a minha experiência de saúde pública veio dos meus estudos, do concurso que eu

sempre quis fazer. Tudo o que eu sabia até então, foi o que eu acabei buscando. Hoje eu não me sinto preparada para atuar. Digo não, porque a atuação, pelo menos a minha aqui, ela te convoca para reinventar uma prática. Sou pós graduada em psicopatologia e psicossomática, e atualmente eu tenho feito uma formação em Gestalt-terapia, e eu percebo que é muito complexo de pensar o que é ensinado lá, pra uma vivencia de serviço público, de sus, que você não tem setting, que você não tem recursos. Olha, nem precisa estar no serviço público, você acha que a pessoa vai chegar com a demanda redondinha, e não é assim. Tem pessoas que chegam e falam que estão com problemas de nervo; você para e pensa, o que é um problema de nervo? Aí você tem que usar uma outra linguagem para você conseguir acessar aquela pessoa, e isso não está no livro. Com gagueira, como eu atendo? E vem, com sofrimento que é legítimo. Pessoas que não tem nenhuma rede de apoio, o vínculo que a pessoa tem é você o clínico. Pessoas que as vezes esquecem o som da voz, porque não conversam com ninguém. É desafiador o tempo todo, porque você além de estar ali com aquela pessoa, você tem uma lista de espera também, e o nosso trabalho precisa de tempo. Eu sempre acho que eu não estou preparada, acho que a gente nunca está, e que bom, penso que é positivo. Falta de profissionais, falta de RH. Uma profissional atende 70% do município, a cidade tem 30 mil pessoas, mas contamos com as pessoas que não são daqui, então acho que são mais de 60 mil. Eu não faço atendimento de crianças, tento fazer grupos de observação, mas sempre com apoio de alguém, então crianças de 0 a 9, que não são casos graves. Tem umas 100 crianças que estão sem atendimento. Tem essa porta aberta, então não sabemos se são casos que precisam de um acompanhamento. Tem falta de recursos para trabalhar mesmo, eu não tenho uma sala. Falta infraestrutura, e apesar de ser uma unidade grande, eu entendo que uma pessoa que está lá diariamente, precisa ter um espaço. Tem dia que eu atendo na sala do oftalmo, tem dia que atendo na sala de outro profissional, não tem a sala da Psicologia. Eu uso muito a sala de treinamento, mas não tenho. Acho que a carga horária dificulta também, 40 horas semanais é muita coisa. Que pergunta difícil. Acho que o meu recurso é a minha criatividade, eu tento ser criativa, mas acho que falho porque as vezes eu não tenho esse tempo, acaba acontecendo de com os adultos fluir um pouco mais, porque acho que você não precisa tanto de material. A Gestalt usa muitos recursos materiais, e eu tento me adaptar dentro do que eu consigo, tento ser criativa. Antes de eu vir para cá, não se tinha grupos, era só atendimento individual, a psicóloga que estava lá, eram 10 pessoas todos os dias por 45 minutos. Eu pensei que não ia dar conta, seria impossível, e aí eu fui colocando os grupos, acho que foi a maneira que eu encontrei de deixar um pouquinho mais com a cara da saúde pública. Talvez mais profissionais, ou trabalhar em uma outra lógica, a unidade. Porque a gente ainda está numa logica muito hospitalocêntrica, então o médico atende aquela pessoa e aí quando essa pessoa tem o retorno, se ele não tem vaga,

ela marca com outro, então eu não sento com você pra discutir um caso, porque você não lembra, porque você não acompanha essa pessoa.

DEPOIMENTO – P4

P4 - Eu comecei há 15 anos aqui em Mogi, e a minha primeira experiencia foi em UBS, com psicoterapia individual, na época a gente não trabalhava tanto com grupo, depois começamos o trabalho em grupo, foi uma experiência muito gratificante, passei um tempo por dependência química, trabalhei um tempo com dependente químico, aí mudei de UBS e ai o trabalho em grupo foi bem maior. Comecei a trabalhar com tabagismo também, seguindo o protocolo do ministério da saúde, depois vim para o CECCO. Aqui estou faz 7 anos, que é um trabalho totalmente diferente do que se faz em UBS, é outra abordagem, embora seja o mesmo público-alvo, é uma abordagem completamente diferente. A gente entende que na UBS, a gente faz uma reabilitação, e no CECCO faz a atenção primária, a gente prevenção aqui. Prevenção de recaída e prevenção do adoecimento que seria de fato a atenção primária. Aqui no CECCO a gente recebe o paciente que é o que a gente chama de acolhimento, e aí é uma triagem que a gente faz, que é para conhecer o paciente. Aqui é porta aberta, vem tanto com encaminhamento, mas a pessoa pode passar na rua e entrar. A gente faz esse primeiro atendimento e aí a gente pega todos os dados possíveis do paciente, todo o contexto de vida dele, tanto de saúde mental, como de saúde física, social, contexto social dele, a gente tenta ser o mais amplo possível, tanto que ficamos mais de uma hora com o paciente. Essa é a única vez que ele vai ter contato individual com o psicólogo. Depois disso, a partir do momento que conhecemos esse paciente, oferecemos as atividades que ele se encaixaria. As atividades aqui são todas em grupo, algumas em grupo fechado e algumas em grupo aberto, que são grupos de dança, toda sexta a gente faz o CECCO criativo, que são atividades diferentes, então em uma semana apresentamos um filme e aí abrimos pra debate sobre esse filme; visitamos um museu, vamos pra São Paulo. Fazemos uma atividade e depois conversamos sobre essa atividade, o que que eles absorveram, fazemos festas, essas são as abertas. As fechadas são as oficinas mesmo, temos toda a parte manual, então de artesanato, tem a parte de expressão verbal, temos a oficina da memória, grupos para os idosos, essa parte de expressão verbal é muito rica e acaba precisando de um psicólogo junto, porque emergem muitas coisas. Todas as atividades contam com um psicólogo, inclusive as manuais, temos um artesão que ensina a pintura, o bordado, e junto tem um psicólogo. A gente usa o artesanato como uma estratégia de acesso ao paciente, então enquanto ele está ali fazendo, as conversas estão emergindo, as dores, as alegrias, as emoções, e a gente vai trabalhando isso. O artesanato é um viés para a gente chegar aonde a gente quer. Todas elas tem ou um psicólogo ou um terapeuta ocupacional, mas via de regra aqui no CECCO, a parte em que emergem as emoções ficam com os psicólogos, e a parte mais de atividade física fica

com a terapeuta ocupacional. Eu sou formada na Unesp de Assis, depois de dois anos de formada eu já entrei aqui. Depois daqui eu fiz pós-graduação em saúde pública que era a minha área de atuação mesmo, eu tenho essa especialização, fiz curso de psicodrama, mas acabei não usando muito aqui, não uso muito aqui. A parte de saúde pública, o que eu aprendi na pós é bem mais aplicável na prática; fiz de psicanálise, mas não a formação de psicanálise, alguns cursos. Eu tenho a sensação de que eu saí sem saber nada. Na época a gente saiu achando que sabia muito, mas quando chega na prática vê que não sabe muita coisa. Toda abordagem que eu fui fazer, como por exemplo eu fui trabalhar com dependente químico, eu tive que estudar muito. Estudo mais depois de formada do que eu estudei durante a graduação. A gente sai da graduação com uma visão geral, muito amplo. Quando a gente chega na prática, é aí que começa o estudo de verdade. Eu tive aula de saúde pública na faculdade, e o estágio foi em saúde pública. A Unesp abre possibilidade de fazer estágios em várias áreas, e você escolhe uma área, e eu foquei mais em saúde pública. Eu já sabia o que eu queria. Cada serviço te permite uma abordagem diferente, quando eu estava na UBS eu não conseguia fazer coisas que eu faço aqui, de prevenção, porque lá a pessoa já chega com uma psicopatologia, com uma dor para ser tratada, pra pedir auxílio, e aqui não. Como aqui é porta aberta e atendemos população geral, e os grupos são mistos, a ideia é que 50% seja de população geral e 50% seja de pacientes da psiquiatria, que já tomam medicação, a ideia é que seja misto, então você consegue fazer prevenção, de recaída por que esse paciente que é da psiquiatria está se tratando também em outro lugar, ou ele está no CAPS ou no ambulatório, então ele vem pra cá mais "leve", e a população geral que vem, busca uma atividade, uma ocupação e encontra aqui o convívio com o outro, o aprendizado com o outro. Funciona muito bem esses grupos. Tem usuário que chega com bastante preconceito, não sabe como lidar com essa diferença, com a patologia do outro, e com o tempo vai quebrando esse medo, vai quebrando esse estigma. Uma coisa que a gente percebe, geralmente a população geral, quando a gente vai viajar, pra praia, pra Guararema, quando a gente tá fora desse espaço protegido dos muros do CECCO, a população geral super protege o paciente, é muito curioso isso, eles tem essa proteção, e a gente pede para que deixe, porque a nossa ideia é que o paciente ganhe território, ganhe autonomia pra fazer as coisas sozinhas e pra não precisar estar protegido o tempo todo, principalmente os esquizofrênicos que sempre estão acompanhados por alguém, e a nossa intenção é que ele consiga mais autonomia, que ele consiga ganhar o espaço ao redor dele, então a gente fala "deixa ele ir", mas é muito interessante. Na UBS a gente usa muito, como eu seguia uma linha psicanalítica, eu usava muitas técnicas. Aqui no CECCO, a gente usa muito o feeling do que cada paciente precisa. A gente observa, vê o que os pacientes trazem, e usa muito o que eles trazem, de volta para eles. Então a gente busca sempre inovar, aqui a gente sempre está olhando algo novo, aqui

a novidade é o tempo todo, o CECCO exige uma criatividade constante, aqui não para, é muito diferente do trabalho da UBS, que eu vejo como mais engessado. Pela expectativa do paciente, como aqui tem população geral, acho que essa mistura é muito produtiva, segundo que o próprio perfil do serviço. Lá na UBS, tem cobrança, pro ser um serviço público, tem cobrança de número de atendimentos, o perfil do lugar já é um lugar da doença circulando, as pessoas vão quando elas estão doentes, em buscar de uma melhora, de uma recuperação. Aqui não, aqui é um a mais, aqui é realmente uma reabilitação e uma prevenção. Então aqui é um trabalho mais livre, aqui podemos sair, na UBS o profissional não pode sair, tem essa liberdade de colocar num trem, levar pra São Paulo. A gente faz muita coisa do acompanhamento terapêutico, de poder. Nenhum, a gente usa muito das doações, os próprios pacientes. Agora vamos fazer o carnaval, usamos muitas coisas que os pacientes trazem de casa, doação de familiar de paciente que percebe o quanto o paciente está melhorando, percebe mesmo, o quanto eles estão melhorando e doam material. A gente faz rifa, a gente faz pano de prato, vendo o pano de prato e compra mais tinta e mais pano. Essa é a nossa forma de se manter, o respaldo do serviço público, é insuficiente. A gente não consegue manter tudo o que gente faz. Eu tô sempre estudando um pouco mais (risos). Acho que o que eu sei é bastante, mas sempre eu preciso buscar mais e mais, então tem vezes que chega um paciente novo que a gente fica na dúvida e vai todo mundo estudar pra conseguir atender, estudar a melhor abordagem pra ele, a gente tá sempre tentando estudar mais e mais. O ser humano é difícil (risos). Uma dificuldade que as vezes acontece, dentre os profissionais, porque aqui a gente trabalha realmente em equipe. O paciente chega, e ele não é meu paciente, ele é paciente da equipe, ele é usuário do CECCO. Toda a equipe conhece o caso desse paciente, as vezes uma dificuldade que eu tenho, eu quero dar uma linha pra esse paciente, e a outra profissional prefere uma linha diferente, e aí a gente tem que sentar, discutir e entrar num acordo, pra ver qual será a melhor abordagem pra esse paciente. Temos essa dificuldade de toda a equipe chegar a um acordo e pensar da mesma forma, pra pensar a melhor prática. Embora seja rico pro paciente, mas vários profissionais com formações diferentes, eu tive uma formação bem clínica no começo da carreira, outras profissionais daqui vieram da área social, então acabamos pensando nisso, tentamos juntar tudo isso, somar em vez de fragmentar. Outra dificuldade que temos é a falta de recursos, as vezes a gente quer fazer algo que sabemos que vai dar resultado, mas não consegue fazer. Pra te dar um exemplo, sabemos que a culinária é muito rica pro paciente, e não conseguimos montar uma oficina de culinária aqui porque não tem recurso. Não temos uma cozinha, um fogão, não temos nada. Já lemos várias pesquisas sobre o efeito das oficinas de culinária pra paciente psiquiátricos, mas não conseguimos trazer pra cá. Lidar com familiar também é difícil, muitas vezes o familiar acha que aqui funciona como uma creche, então passa de manhã e deixa o paciente, e quando

queremos conversar sobre o paciente e atribuir responsabilidade, ele não quer. As vezes um paciente está em risco de suicídio e a gente chama o familiar, porque é ele que vai tá na casa, que vai tá junto do paciente a noite, ele que vai proteger, e a gente chama e as vezes o familiar não vem, ou vem e não quer ouvir, quer só que a gente resolva né, então isso também é uma dificuldade que a gente tem. Dificuldade com o profissional médico, como não temos médico aqui, essa parte medicamentosa a gente não consegue conversar a respeito, então a gente registra o que o paciente ou familiar traz, mas a gente não tem acesso ao médico pra discutir o caso, e chega apenas um trecho da história pra gente, não conseguimos montar todo o contexto, por falta de acesso ao médico responsável.

DEPOIMENTO – P5

P5 - Bom, obrigado pelo convite, espero que eu consiga contribuir pra pesquisa. Eu sou psicólogo formado em 2009, e eu tive outras experiencias na assistência social e vou pra saúde mental em 2012, quando eu sou chamado num concurso aqui pra região, em Ferraz de Vasconcelos, eu não sou da região, eu sou de São Paulo, mas é isso. Eu venho pra cá, e Ferraz estava implantando seu CAPS Ad, e eu fiquei no CAPS ad de 2012 até 2015, se você for pesquisar a história do CAPS ad em Ferraz, ele é inaugurado no final de 2015, existia um equipe de atenção em álcool e outras drogas dentro do ambulatório de saúde mental, então se formou uma equipe, e nós tivemos vários problemas pra conseguir o local pro CAPS, conseguiram uma casa, e ai depois deu problema. E aí já no fim, eu estava já há mais de 3 anos com essa equipe, surgiu a possibilidade, e eu manifestei desejo em ser da outra equipe do CAPS, do outro CAPS do município que é o CAPS adulto. Fiquei lá desde outubro de 2015, peguei uma licença no início de 2016, porque eu fui acompanhar a minha ex-companheira, ela foi fazer uma residência em saúde mental com a população do campo lá em Pernambuco, e aí eu peguei uma licença de um ano, de maio de 2016 até março de 2017, ai eu retorno e assim que eu retorno eu sou convidado a ser o gerente do CAPS de Ferraz, aí eu fiquei na gerência do CAPS até fevereiro de 2019, e aí então eu desde março eu tô numa equipe multiprofissional que vai atender pessoas que estão numa linha de cuidado de obesidade, porque é um programa do estado e a prefeitura está assumindo. É o seguinte, teve muito da minha postura individual de entender que eu queria já atuar nessa política pública, eu já achava que trabalhar com CAPS era uma coisa muito legal, eu tenho uma questão familiar ,de a minha mãe ser psicóloga, de eu já conhecer a política de saúde mental antes mesmo de entrar na faculdade, e eu lembro que a gente fez um evento lá onde eu estudei que a gente chamou uma psicóloga que fez um trabalho junto ao MST e ela tinha um trabalho no CAPS também, e aí ela falou que quando ela foi atuar na saúde mental, ela falou assim "eu quero melhorar esse pedacinho de Brasil", e isso me marcou, acho que eu também quero escolher um pedacinho de Brasil pra melhorar, então eu coincidentemente acabei que quando cheguei em Ferraz existia essa possibilidade pra atuar em saúde mental. Voltando pra formação, eu tinha muita leitura, então eu conhecia Paulo Amarante, eu não tive Paulo Amarante na faculdade, mas eu tinha livro dele em casa, eu sabia do movimento da luta antimanicomial mas eu tive pouquíssima coisa, uma aula em que a professora citou o movimento, mas não foi uma coisa estimulada, a participação em movimentos sociais, leituras de autores importantes da reforma psiquiátrica brasileira, ficou muito por minha conta pessoal, então lembro que quando fui conhecer o CAPS Itapeva, foi numa eletiva, não era uma coisa

obrigatória, mas eu quis conhecer, acho que faltou um pouco a formação, mesmo os estudantes que não vão pra essa área, precisam saber um pouco mais. No CAPS AD, era uma coisa nova, mesmo no município era uma coisa nova, a gente foi muito visitando outros serviços, conversando com colegas, pegando publicações a respeito do tema, vendo os grupos, como que funcionava em outros locais, e como poderíamos adaptar para a nossa realidade, não foi uma coisa que eu cheguei e falei "tô pronto", aliás isso é uma coisa que é sempre bom a gente ter uma vontade de aprender e inovar, estudar e conhecer, isso penso eu que eu mantenho, mas naquela oportunidade, pensando em relação a hoje, o meu preparo é outro. Acho que eu era bem mais cru em relação a formação mesmo, depois eu fui me inserindo nos movimentos aqui na região do Alto Tietê, que não tinha um movimento de discussão de drogas, chegou a acontecer um fórum de drogas no ano retrasado, se encontrava presencialmente e tudo, mas ai eu ia pra São Paulo, tinham 2 fóruns lá, o Fórum estadual de redução de drogas, e o Fórum de drogas e direitos humanos, aí eu tinha muito contato com eles, pelas publicações, e a galera que estava na luta mesmo, eu penso que desde a minha formação em movimento estudantil, tem que ver quem está na luta, quem está se propondo a questionar, não apenas a ficar criticando, mas sim implementar, ver quem está discutindo, ver quem está criticando essa realidade, enfim. Eu lembro que em 2013 eu fui pra um congresso em Brasília, Congresso Internacional de Drogas. A galera era do Renato Maucher, era o Dartil, que eu já conhecia de antes, mas o Dartil foi nesse também, o Henrique Carneiro, que é historiador. Isso acho que deu uma impulsionada na minha atuação, eu me senti bem mais seguro pra atender, pra me colocar diante da equipe, acho que foi um momento bacana. É uma imersão. Ali no CAPS, o recurso primordial ainda é a palavra, a gente se sentava em roda e falava. Sempre em grupo, com o tempo fomos entendendo que os grupos, as pessoas não é porque usam drogas, que são todas iguais, então pra pensar a questão da identificação tem que pensar critérios como idade, até perfil socio econômico que a gente não diferenciou, ninguém por renda, até porque quem procurava o CAPS ad, era a galera que não tinha tanta grana assim, gênero era uma questão importante, então tinha grupo de mulheres, mas por exemplo quando a gente pegava senhor que tinha problema com álcool, e ai o jovem que tinha problema com múltiplas drogas, não fazia muito sentido os dois estarem no mesmo espaço, as questões que eles traziam, mesmo que os dois estivessem sofrendo exclusão, preconceito, são questões que é mais difícil você conseguir conciliar num grupo. Lembro que fizemos um grupo de usuários de álcool, e aí foi muito bacana, tivemos um bom retorno. A droga também escolhe as pessoas que ela vai ferrar com a vida, o álcool era bem grupo de senhor. Não escolhemos fazer um grupo acima de 60 anos, mas quando as pessoas chegavam, eram quase todos senhores acima de 60 anos. Lá era um problema a questão do espaço mesmo, que a gente dividia com o ambulatório de saúde mental, e conforme o serviço

foi ficando conhecido, foi crescendo a demanda, mas a gente não conseguia ampliar muito por conta do espaço. Muitas equipes que atendem essa população tem uma visão muito proibicionista né, então entendiam que o problema da pessoa é porque ela usava drogas, quando que na verdade isso não era o problema, era a consequência, então a discussão na equipe, era difícil a gente chegar em determinados consensos. As vezes a pessoa conseguia reduzir o uso da substância, ou ela conseguia interromper com outras, e isso não era valorizado pela equipe, o valorizado era apenas a abstinência, então era um conflito que a gente não tinha um consenso. O consenso é difícil, mas no CAPS adulto, isso era muito mais tranquilo do que no CAPS ad, tinha mais conflitos lá. No CAPS adulto, a gente recebia verba do governo federal, tinha problema com RH, o município não chama ninguém faz muito tempo, então Ferraz perdeu muitos trabalhadores. Acaba afetando muito o atendimento e o cuidado com os usuários.

DEPOIMENTO – P6

P6 - Sim, eu sou psicóloga, sou profissional aqui do CAPS há 5 anos, nesses 5 anos eu sempre trabalhei no CAPS aqui na prefeitura. Eu fui convocada num concurso e já entrei no serviço, e aqui nosso CAPS é CAPS 1, fazemos atendimento a transtornos mentais graves e persistentes, incluindo também o autismo e a dependência química, de todas as faixas etárias, pelo porte do município, por ser menor, então acaba sendo mesmo só possível no momento o CAPS 1, tem as outras modalidades de serviço, mas não é a nossa realidade hoje. Então nós nesses 5 anos que venho trabalhando aqui, foram vários desafios, nós mudamos de vários prédios, esse é o terceiro prédio que estou, já tivemos uma estrutura menor, menos condições de material, menos profissionais, hoje em dia acredito que estamos um pouco melhor sim, a minha prática de atendimento hoje, ela é de adultos, faço atendimentos com adolescentes também, e a outra profissional atende os casos infantis, mas assim, no início eu atendia todas as demandas, dependentes químicos em grupo. Hoje o grupo de apoio quem conduz é um enfermeiro, aqui é multiprofissional, então todos os profissionais acabam fazendo atendimento, tem terapeuta ocupacional, pessoal da enfermagem, então a gente divide bem o trabalho. Eu hoje atendo principalmente casos de transtorno de personalidade, depressão grave, inclui bastante as tentativas de suicídio, automutilação, principalmente entre os adolescentes, então eu faço dois grupos de adolescentes, acabamos dividindo por masculino e feminino, porque aí eles ficam mais a vontade de falar e participar. Mas assim, é a demanda que chega pra gente também, a gente sabe que acontece nas escolas, em outros espaços, que acabam não chegando, o que é uma questão tanto de encaminhamento quanto de procura espontânea. Hoje os meus atendimentos são mais nesse sentido, os médicos pedem apoio, também pros atendimentos, nós fazemos grupos de mulheres, a queixa principal também é depressão, síndrome do pânico, acho que maioria é em relação a isso. Mas eu também faço oficinas de artesanato, com um outro perfil de usuários do serviço, e eu atendo a parte de dependência química, dou um suporte individual. Não faço mais atendimento em grupo, mas só quem participa dos grupos, porque nós temos uma dificuldade de adesão. Eu me sobrecarregava em atender individual e em grupo, porque eles têm a necessidade. Então entendemos que era necessário esse atendimento individual, mas eu não conseguia fazer tudo sozinha, e acabei fazendo os individuais. Quando eles buscam esse acompanhamento, esse tratamento, muitos querem medicação, passar com o médico, não aderem aos grupos, buscam a medicação ou a internação, e aí é uma questão complicada. Então pra gente tentar incentivar eles a participar, mostrar que a medicação não é o único caminho, e os grupos de apoio, as oficinas de culinária, que é a enfermeira que conduz, e eu fico com atendimentos

individuais. Temos observado uma melhoria, uma adesão maior também, eu faço os grupos de familiares também. Todos os atendimentos em grupo são uma vez por semana, os atendimentos individuais acabam sendo ou semanais ou quinzenais, dependendo da situação e tudo mais, porque assim, a minha atuação aqui, é o que até hoje a gente nunca está 100%. Eu sempre fico pensando, será que é o melhor? Será que é o certo? Será que dá para melhorar? Só que falta muita referência de como seria um atendimento mais específico, porque o nosso foco no CAPS é grupo, na ressocialização, no fortalecimento de vínculo familiar, social, comunitário, e se fica só no individual, acaba que reproduzimos um modelo de clínica, o que não é a nossa intenção. O meu atendimento é mais como uma psicologia de apoio, não é psicoterapia como numa clínica tradicional, tanto que geralmente os pacientes quando estão em atendimento individual, eles já estão ou em momentos de crise, ou saindo dessa crise. Mas assim, eu observo que também apesar de gerar uma sensação de será que dá para melhorar? O que é possível hoje, eu acredito que fazemos. Acredito que 100%, não, porque eu acredito que é uma área complexa, trabalhar com saúde mental, no CAPS grave, demanda sim muito preparo e é uma constante capacitação, tem que tá sempre buscando, sempre participo de algumas capacitações, sobre suicídio, depressão, dependência química, estamos buscando sempre uma atualização, porém como a minha dificuldade, que eu vejo maior, é essa questão de ser demandas completamente diferentes, não é só depressão, atendemos de tudo, então pra conseguir, a gente meio que vai tentando saber um pouquinho de cada coisa. Eu sou formada há 8 anos, eu não sei como que está hoje em dia, mas eu acho que não prepara para o atendimento público, a faculdade está muito distante da realidade social, de CAPS, de CRAS, de UBS, então a gente estuda nas abordagens mais tradicionais, mas eu acho que ainda está muito ligado a clínica particular tradicional, e quando a gente vai pro serviço público, é um choque, porque a gente tem que adaptar da forma que é possível, dentro da realidade social, e até da compreensão dos usuários, porque muitos não tem compreensão, a gente tem quem usar outra linguagem. A graduação em si, ela é boa, os cursos são bons, porém pra realidade do atendimento público, acho que não. Você diz de que eu mesmo procuro? Eu tento fazer os cursos possíveis, porque assim, quando a gente acaba voltando mais para as questões de psicopatologia geral, não só de abordagens teóricas, é importante, mas eu acho que é como se eu cobrisse uma parte, e descobrisse outra. Acaba não sendo suficiente para ao atendimento de forma geral. Então eu busco entender os transtornos, sintomas, tratamentos, e psicoterapia também, eu busco fazer, é algo que ajuda também, as minhas questões no meu trabalho também, nós nos sobrecarregamos demais. Eu acho que hoje já estou mais adaptada, no começo foi bem difícil entender como funcionava, qual seria a minha atuação aqui, mas hoje eu estou mais adaptada, já se passaram 5 anos, mas é um trabalho cansativo, eu acho que precisaria ter mais profissionais,

mais psicólogos, até pra gente conseguir atender todas as demandas, são demandas graves, e as vezes chega um caso que nunca chegou, e ai por exemplo, quando chegou o primeiro caso de transtorno alimentar, você fala “nunca atendi uma pessoa com essa demanda aqui nesse serviço”, então é como se eu estivesse em constante busca de conhecimento, pra tentar entender como que dá pra fazer dentro da nossa realidade, se precisamos encaminhar para outros serviços. Teve um caso em relação a transtornos alimentares, que foi encaminhado para o HC, porque a gente não consegue dar conta de tudo, fechar aqui e conseguir fazer tudo, mas quando chegam casos específicos, acho que é o mais difícil, porque precisa se aprofundar, se especializar (risos). Eu acredito que essa questão de, por mais que tenha de vez em quando cursos de capacitação, acredito que poderiam ter mais. São cursos que a Secretaria do Estado de Saúde, são disponibilizados para quem tem interesse, e geralmente a gente participa; São em Mogi a maior parte das vezes, mas as vezes tem algum congresso, algo que eu me interesso, e eu preciso solicitar a liberação, e geralmente eles liberam, não tem problema essas coisas. Mas tem que pedir com antecedência, só que assim, é a liberação, não tem incentivo financeiro, se eu quiser fazer um curso X, eu tenho que arcar com as despesas, com deslocamento e tudo mais, e eu acredito que há uma questão que sobrecarrega, é a carga horária, nós trabalhamos 40 horas aqui. Nós psicólogos, mas a terapeuta ocupacional, enfermeira, trabalham 30 horas, é uma questão do RH, a terapeuta ocupacional, ela tem já, do conselho dela, eles trabalham 30 horas, a enfermagem não tem, mas eles trabalham 30, acho que por uma questão da prefeitura, mas os psicólogos não, é uma carga horária exaustiva. Eu acho é assim, alguém deveria ser questionado, pelo menos 30 horas, pros serviços público, porque esgota demais o profissional. Quando a gente está aqui, temos a nossa agenda, os grupos. Se chega acolhimento, chegam casos as vezes que a gente não espera, a gente vai tendo que absorver, e chega uma hora que fica realmente difícil e cansativo. Tudo nós precisamos procurar por fora, nós não temos supervisão aqui pro serviço, clínica e institucional, precisa demais de supervisão, temos muitos casos de que não damos conta, e as vezes não tem pra onde encaminhar, ou com quem discutir, e a gente fica patinando com muitos casos. Eu acho que acaba sendo uma atuação um pouco isolada, porque temos que buscar sozinho as coisas, se eu quero supervisão, eu tenho que ir atrás, e arcar com essa despesa, psicoterapia também, pra mim. Nós acabamos tendo que assumir muitas coisas, que poderiam ter um apoio maior da rede, do serviço, da prefeitura, então acho que falta um pouquinho isso. Eu participo também do Fórum de Saúde Mental do Alto Tietê, que é um grupo de profissionais não só psicólogos, que trabalhem em serviços de saúde, principalmente CAPS, tem um CECCO, da região do alto tiete, todos os municípios, e uma vez nós nos reunimos, discutimos questões do serviço, das práticas, e isso acaba sendo uma ótima ferramenta pra dividir um pouco, compartilhar, não ficar se sobrecarregando sozinho.

Está esvaziado um pouco o movimento, pois é um movimento muito a favor da luta antimanicomial, acho muito importante participar, é bem legal. Então nós buscamos isso pra nossa própria sobrevivência, eu diria assim, pra nos fortalecer, nesse cenário que não é fácil, eu acho que a saúde mental ela precisa ser defendida, o SUS de maneira geral, são serviços essenciais, então eu sou totalmente contra as internações psiquiátricas, em hospitais e clinicas, ou comunidades terapêuticas que não fazem parte da rede, mas ainda é muito falado e colocado como a única alternativa, como se o serviço não desse conta, o que não é verdade. Eu acho que tudo o que é investido nesses outros locais, e investisse no público, seria muito melhor, então acho que devemos defender mesmo os serviços. Existe muito o preconceito com o paciente psiquiátrico, com o dependente químico, mas só que vive perto dessa realidade, é que dá pra descontruir essa visão. Acredito que o trabalho no serviço público nos faz olhar de maneira diferente para esses casos, nós nos humanizamos muito. As universidades deveriam ter mais estágios, deveria ser muito mais forte na graduação.

DEPOIMENTO – P7

P7 - Vou colocar como o serviço se estrutura, e aí a coisa vai fluindo, porque eu falo bastante. De manhã a gente faz um plantão, cada profissional, que é o acolhimento dos casos novos, então a gente tem ali cada um atende um caso, geralmente tem um pra cada um mesmo, depois desse plantão, após isso a gente atende os casos agendados, os grupos, individuais, oficinais... Aqui nós fazemos atualmente 12 grupos, 12 individuais e os plantões. Os plantões vêm encaminhados. Quando eu entrei, só atendia com encaminhamento, mas se você encontra uma pessoa aqui na porta pedindo ajuda, "não tô bem, me ajuda", você percebe que é um caso de saúde mental, não é manipulação nem nada, se você percebe, dá um jeito. A minha gerente tem uma postura, que não tem ninguém que fez antes, nós adotamos essa postura, então a gente vai e abraça. Não é porta aberta, mas tem casos extremos, tem casos que a gente entende que precisa. Tem uma brincadeira nossa, que as vezes a gente sai pra comprar uma bala, vê um caso na rua e aborda (risos). Entendemos que é a nossa função; tem esses grupos, e aí tem o pessoal que mais gosta de atender criança, e tem o pessoal que tem outra pegada, mais adulto e outros mais adolescentes. Eu comecei aqui atendendo tudo, entendendo que eu tenho que atender tudo, só que como a gente vai percebendo que o pessoal tem preferências, eu também fui aprendendo a procurar as minhas, então hoje eu atendo adultos de várias idades, adolescentes e no individual eu não tenho mais grupo de adolescentes nem de criança, eu tinha mas agora não. Adolescente que eu atendo hoje, são psicóticos, adolescente que está psicotizando, e outros casos eu deixo mais pro colega que tem mais identificação com o caso. Não me sentia muito segura, porque eu não tinha tanta prática, mas sentia que dava para ir... considero que a minha bagagem de vida ajudou, pois entrei mais velha na faculdade e os estágios ajudam muito, fazem com que você se sinta mais à vontade para atender.

ANEXO A – Parecer CEP/UMC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL E REMANICOMIALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO
Pesquisador: Flávio Alves
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 61727022.4.0000.5497
Instituição Proponente: ORGANIZACAO MOGIANA DE EDUCACAO E CULTURA SOCIEDADE SIMPLES
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.610.675

Apresentação do Projeto:
De acordo com informações obtidas diretamente do arquivo de Informações Básicas do Projeto, bem como do próprio texto do projeto detalhado, trata-se de um projeto de mestrado do programa de políticas públicas da Universidade de Mogi das Cruzes. É um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, no qual serão entrevistados 15 profissional de serviços de saúde, públicos ou privados que atuam na RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Poderão ocorrer lembranças desconfortáveis ou pensamentos negativos/desconfortáveis sendo oferecido o suporte necessário ao participante. O benefício ao participante será o autodesenvolvimento; além da contribuição indireta para o avanço do conhecimento sobre os aspectos relacionados as práticas e experiências relacionadas ao trabalho em saúde mental. As entrevistas serão transcritas e analisadas por processo de textualização da fala do entrevistado e rearticulação da entrevista. Foi estabelecido gasto de R$ 590,00.

Objetivo da Pesquisa:
Em texto informado pelo pesquisador, são os seguintes os objetivos deste protocolo de pesquisa:

OBJETIVO GERAL
Analisar desdobramentos das mudanças das diretrizes nacionais nas práticas e organização dos serviços e equipamentos de saúde mental e processos de manicomialização da Rede de Atenção

Endereço: Av. Dr. Cândido Xavier de Almeida Souza, 200, Prédio 2, Sala 21-21 - Centro Cívico
Bairro: Prédio II, sala 2121(UMC) **CEP:** 08.780-911
UF: SP **Município:** MOGI DAS CRUZES
Telefone: (11)4798-7085 **Fax:** (11)4798-7085 **E-mail:** cep@umc.br

Psicossocial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar e descrever as práticas de profissionais de saúde mental nos serviços e equipamentos de saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial.

Analisar as lógicas que atravessam às práticas de profissionais da Rede de Atenção psicossocial.

Analisar o processo de articulação e concretização da Rede de Atenção Psicossocial no território de saúde, bem como possíveis entraves e potencialidades.

Identificar as consequências das novas diretrizes em saúde mental na prática de profissionais e na relação com os usuários dos serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em texto informado pelo pesquisador, são os seguintes os riscos e benefícios deste protocolo de pesquisa.

Os riscos oferecidos pela pesquisa são mínimos, mas podem acontecer a partir de lembranças desconfortáveis ou pensamentos negativos/desconfortáveis. Aqueles que aceitaram seguir com a participação nesse estudo terão total autonomia para deixar de participar da pesquisa, como também, negar o uso de todo e qualquer material elaborado a partir da amostra coletado com as entrevistas, e caso exista a necessidade e seu consentimento, o mesmo será encaminhado a um atendimento específico de saúde custeado pelo proponente.

Serão explicitados os benefícios, pois permitirá um maior conhecimento subjetivo sobre si mesmo, em relação a sua saúde psicológica e social, contribuindo para seu autodesenvolvimento; além da contribuição indireta para o avanço do conhecimento sobre os aspectos relacionados as práticas e experiências relacionadas ao trabalho em saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o projeto, hipotetiza-se disputas entre concepção de tratamento e práticas em saúde mental no contexto atual do Brasil. Para responder a essa hipótese, os pesquisadores pretendem avaliar os impactos das mudanças nas diretrizes nacionais sobre as práticas, serviços, equipamentos e processos de manicomialização da RAPS entrevistando profissionais de saúde que atuam na RAPS. Ou seja, entender o que as mudanças causaram no processo de atendimento ao indivíduo tomando como testemunho a visão do profissional da área. Sugere-se atenção à metodologia: VER O ITEM RECOMENDAÇÕES

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos TCLE e FOLHA DE ROSTO foram anexados na plataforma pelo pesquisador.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido menciona todos os procedimentos a que os participantes serão submetidos com informações claras estabelecendo todos direitos, riscos, benefícios, procedimentos e assistência quando necessárias.

Recomendações:

1) Ao analisar a metodologia, observa-se que o estudo promoverá um maior conhecimento subjetivo sobre si mesmo, em relação à saúde psicológica e social do participante. Se o participante terá o benefício de se auto-conhecer no contexto de saúde psicológica e social, não ficam claros os objetivos definidos no estudo. Como a avaliação das mudanças nas diretrizes promoveriam esses benefícios para um autodesenvolvimento se o foco é avaliar o impacto de mudanças sobre o processo de atendimento ao indivíduo dependente da RAPS?

2) Em relação ao desfecho primário não é definido o que se espera encontrar após a realização das entrevistas. O desfecho primário em função de suas características tem íntima correlação com a hipótese. Nesse sentido, o que foi apresentado como desfecho primário trata-se apenas de desfecho secundário. Ou seja, caso se confirme a hipótese estabelecida, o que se propõem a fazer com esses resultados encontrados, os quais não foram definidos no desfecho primário. Portanto, deve-se estabelecer com clareza o desfecho primário, isto é, o que se espera encontrar após realização do estudo.

3) Em relação ao desfecho secundário o texto "Os resultados do presente estudo podem contribuir para a construção de conhecimentos mais aprofundados sobre o papel dos profissionais de saúde na garantia do direito à saúde" se enquadra perfeitamente a um desfecho secundário, pois estabelece a contribuição do estudo ou ao participante, ou à sociedade, ou a utilização dos resultados para promover ações de benefício individual ou geral. Assim sendo, o desfecho secundário tem íntima relação com os benefícios, não necessariamente ao participante. Além disso, o texto "demonstrar como o cotidiano do trabalho em saúde reproduz lógicas e contradições presentes na sociedade brasileira como preconceitos e discriminações,.." diz respeito a algo a ser observado e se enquadra a desfecho primário.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente projeto não apresenta pendências ou inadequações no que concerne ao atendimento aos preceitos estabelecidos na resolução 466/12.

Endereço: Av. Dr. Cândido Xavier de Almeida Souza, 200, Prédio 2, Sala 21-21 - Centro Cívico
Bairro: Prédio II, sala 2121(UMC) **CEP:** 08.780-911
UF: SP **Município:** MOGI DAS CRUZES
Telefone: (11)4798-7085 **Fax:** (11)4798-7085 **E-mail:** cep@umc.br

Continuação do Parecer: 5.610.675

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, solicita ao pesquisador responsável que encaminhe o relatório final ou cópia da publicação do artigo ou resumo referentes a este projeto, através de NOTIFICAÇÃO, quando da conclusão do projeto.

Havendo qualquer evento adverso ou qualquer mudança no projeto que envolva direta ou indiretamente o participante da pesquisa, deve o pesquisador entrar em contato imediatamente com o sistema CEP/CONEP.

Mudanças que não descaracterizam o projeto aprovado como ampliação de amostra ou vigência do projeto, dentre outras, podem ser submetidas através de EMENDA para análise e aprovação por este CEP.

Quanto ao direito à assistência, segundo o item V.6 da resolução 466/12, "o pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, nos termos do item II.3, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa."

Em relação à proteção dos dados, o pesquisador deve respeitar também na sua pesquisa os termos da lei n. 13.709/18 (LGPD), responsabilizando-se por eventual vazamento ou uso indevido dos dados coletados dos participantes

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1993411.pdf	16/08/2022 17:37:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	16/08/2022 17:37:44	Flávio Alves	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	16/08/2022 17:37:04	Flávio Alves	Aceito

Endereço: Av. Dr. Cândido Xavier de Almeida Souza, 200, Prédio 2, Sala 21-21 - Centro Cívico
Bairro: Prédio II, sala 2121(UMC) **CEP:** 08.780-911
UF: SP **Município:** MOGI DAS CRUZES
Telefone: (11)4798-7085 **Fax:** (11)4798-7085 **E-mail:** cep@umc.br

Continuação do Parecer: 5.610.675

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/08/2022 17:45:47	Flávio Alves	Aceito
Outros	ficha.pdf	03/08/2022 17:06:17	Flávio Alves	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	03/08/2022 17:05:53	Flávio Alves	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	03/08/2022 17:05:40	Flávio Alves	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

MOGI DAS CRUZES, 29 de Agosto de 2022

Assinado por:
Camila Batista da Silva de Araujo Candido
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Cândido Xavier de Almeida Souza, 200, Prédio 2, Sala 21-21 - Centro Cívico
Bairro: Prédio II, sala 2121(UMC) **CEP:** 08.780-911
UF: SP **Município:** MOGI DAS CRUZES
Telefone: (11)4798-7085 **Fax:** (11)4798-7085 **E-mail:** cep@umc.br

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do Estudo: Saúde Mental e remanicomialização da Rede de Atenção Psicossocial
Investigador Principal: Flavio Alves da Silva
Vínculo Institucional: Universidade Mogi das Cruzes
Telefone para Contato com o investigador principal: (11) 97382-6118
E-mail do investigador principal: flaviosilva@umc.br

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo científico, sendo que as informações sobre o mesmo estão descritas nos itens que se seguem. É importante que você leia, ou que alguém leia para você, esse documento com atenção e, em caso de qualquer dúvida ou informação que não entenda, peça ao pesquisador responsável pelo estudo que explique a você. Você não é obrigado(a) a participar desta pesquisa. Caso aceite participar, você assinará esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma delas deverá ficar com você. Caso precise de mais tempo, você poderá levar este Termo para casa, para revisar e discutir com a sua família. Você pode se recusar ou se retirar do estudo a qualquer momento, sem ter que dar maiores explicações, não implicando em qualquer prejuízo o seu tratamento.

Este estudo **foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Mogi das Cruzes**, sob protocolo XXX (colocar no lugar do XXX o número do parecer consubstanciado em que o projeto foi dado como APROVADO. Esse parecer será gerado pelo CEP somente após aprovação do projeto) que avaliou o estudo e as condições necessárias para a sua proteção e o respeito aos seus direitos como participante da pesquisa. Um Comitê de Ética em Pesquisa (também conhecido como CEP) é um órgão responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de estudos que envolvem seres humanos, com o objetivo de assegurar a dignidade, os direitos, a segurança, a proteção e o bem-estar de todos os participantes.

Por que este estudo está sendo realizado?

Você tem o perfil adequado e necessário e está sendo convidado para participar voluntariamente da pesquisa intitulada ***Saúde Mental e remanicomialização da Rede de Atenção Psicossocial,*** *pois atua como profissional da RAPS há pelo menos 1 ano. O estudo tem como objetivo geral: Analisar desdobramentos das mudanças das diretrizes nacionais nas práticas e organização dos serviços e equipamentos de saúde mental e processos de manicomialização da Rede de Atenção Psicossocial; e como objetivos específicos: a) Identificar e descrever as práticas de profissionais de saúde mental nos serviços e equipamentos de saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial; b) Analisar as lógicas que atravessam às práticas de profissionais da Rede de Atenção psicossocial; c) Analisar o processo de articulação e concretização da Rede de Atenção Psicossocial no território de saúde, bem como possíveis entraves e potencialidades; e d) Identificar as consequências das novas diretrizes em saúde mental na prática de profissionais e na relação com os usuários dos serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial.*

Rubrica do Participante: _____ ***Rubrica do Pesquisador:*** _____

Se eu aceitar participar, a que procedimentos estarei sendo submetido?

Caso você aceite participar, será necessário preencher uma ficha de caracterização de participante, e participar de uma entrevista aberta e em profundidade, cujas questões versarão, exclusivamente, sobre a sua experiência diante da temática abordada nessa pesquisa. A entrevista será gravada em áudio e posteriormente, transcritas e retextualizadas, possibilitando assim análise do material. Você receberá uma cópia do material tratado para que legitime e autorize o seu uso antes das análises do estudo, caso não a reconheça como sua, a entrevista e todo material gerado por ela será descartado.

Se eu aceitar participar, quais os Riscos e Desconfortos envolvidos?

A atividade que será realizada é considerada de risco mínimo, porém se este procedimento gerar desconforto, constrangimento ou outra situação desagradável qualquer, a participação poderá ser interrompida, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para qualquer das partes. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízos quaisquer. Caso seja necessário, o pesquisador poderá te encaminhar para atendimento psicológico individual custeado pelo proponente.

Se eu aceitar participar do estudo, terei algum benefício?

A participação na entrevista vai te proporcionar benefícios indiretos, pois permitirá um maior conhecimento e reflexão sobre suas práticas profissionais no ambiente hospitalar, um maior conhecimento subjetivo sobre si mesmo, em relação a sua saúde psicológica e social, contribuindo para seu autodesenvolvimento; além da contribuição indireta para o avanço do conhecimento sobre os aspectos relacionados as práticas e experiências relacionadas ao trabalho em saúde mental.

Se eu aceitar participar, quais os meus direitos?

Se depois de ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido até o final, ou ele ter sido lido para você por alguém, e ter todas as explicações dadas pelo(s) pesquisador(es) e todas as dúvidas sanadas por este(s) você aceitar participar do estudo, deverá assinar as duas vias deste documento, entregar uma para o pesquisador e levar outra para casa. Se precisar de mais tempo, você poderá levar este Termo para casa para revisar e discutir com a sua família ou que outras pessoas que possam te ajudar na decisão. Ao participar dessa pesquisa você não abrirá mão de seus direitos, incluindo o direito de pedir indenização e assistência a que legalmente tenha direito.

Vou ser pago para participar deste estudo?

A sua participação nesse estudo é voluntária, ou seja, você não será pago para participar dele. No entanto, você não terá quaisquer gastos ao participar desta pesquisa., mas terá a garantia de ressarcimento de todas as despesas necessárias e acordadas para a realização da pesquisa. Ao término da pesquisa você será informado (a) dos resultados.

Vou ter minha identidade mantida em segredo?

Rubrica do Participante: _____ ***Rubrica do Pesquisador:*** _____

Durante sua participação, a equipe envolvida nesta pesquisa coletará algumas informações pessoais suas. Essas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa. Todos os dados coletados durante o estudo serão identificados através de suas iniciais, número de seleção e número do participante, ou de outra forma que não seja possível saber quem você é, garantindo a sua confidencialidade e o sigilo nas informações coletadas. Nenhum dado capaz de identificá-lo será publicado. Sua identidade será mantida em segredo quando os resultados do estudo forem publicados. Ao documentar os resultados deste estudo, garantimos também o sigilo de sua identidade. O acesso às suas informações pessoais, assim como todos os documentos do estudo que o(a) identificarem, serão mantidos em sigilo, conforme exigido pelas normas brasileiras. Se algum dado for relatado em publicações ou discussões científicas, você não será em momento algum identificado(a).

Mesmo tendo aceitado, posso desistir posteriormente de participar deste estudo?

Você não é obrigado(a) a participar desta pesquisa. Você pode optar por não participar, ou deixar o estudo a qualquer momento. A sua decisão não implicará em quaisquer penalidades ou perda de benefícios que tenha por direito. Além disso, o pesquisador responsável poderá, em alguma eventualidade, interromper o estudo a qualquer momento. Neste caso ele deverá notificar você após ter informado o ***Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Mogi das Cruzes,*** *que avaliou e aprovou o estudo.*

Em casos de dúvidas para quem eu devo ligar?

Em caso de dúvidas ou perguntas, ou caso deseje desistir de participar da pesquisa, você deverá entrar em contato com um dos pesquisadores abaixo:

Prof. M.e Flavio Alves da Silva, psicólogo, CRP/06 105.812, pelo telefone (11) 97382- 6118, e-mail: flaviosilva@umc.br

Profª. Dra. Tatiana Ribeiro de Campos Mello, orientadora, pelo telefone (11) 4798- 7288 e-mail: tatianar@umc.br

Em caso de quaisquer perguntas, preocupações ou reclamações com relação aos seus direitos como participante do estudo, você poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Mogi das Cruzes, Av. Dr. Cândido Xavier de Almeida e Souza nº 200 – Mogi das Cruzes /SP - Cep: 08780-911 Tel/Fax: (011) 4798-7085, E-mail: cep@umc.br, horário de funcionamento: segunda a sexta-feira, das 12 às 18h.** Caso se faça necessário direcionamento do problema a instâncias superiores, você poderá **entrar** em contato diretamente com a **CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, pelo telefone (61)3315-5877 ou pelo e-mail conep@saude.gov.br.**

Rubrica do Participante: _____ ***Rubrica do Pesquisador:*** _____

TERMO DE ACEITE

Eu,

_____,

declaro que concordo em participar desta pesquisa.

Assinatura do participante da pesquisa: *Data:* ____/____/_____

Assinatura da testemunha imparcial (SE NECESSÁRIO):

Data: ____/____/_____

* Uma testemunha será necessária se o sujeito não puder ler (por exemplo, se for cego ou analfabeto) ou se for indicado pelo plano do estudo. A testemunha deverá participar de toda a discussão do consentimento do participante. Ao assinar este termo, a testemunha garante que as informações contidas neste termo foram explicadas ao participante, que ele entendeu o que foi explicado a ele e que ele decidiu participar do estudo por vontade própria.

Nome do pesquisador que aplicou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Assinatura do pesquisador que aplicou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Este documento foi formulado em acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e carta circular nº 51 - SEI/2017-CONEP/SECNS/MS - 28/09/2017.

Rubrica do Participante: _____ ***Rubrica do Pesquisador:*** _____