

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

ANA TEREZA PEREIRA VITOR BARBOSA

**SERVIÇOS PSICOLÓGICOS EM SAÚDE MENTAL: a percepção dos
psicólogos inseridos nos CAPS, CAISCAS e Ambulatórios de Saúde
Mental de São Luís – MA**

São Luís – MA

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

ANA TEREZA PEREIRA VITOR BARBOSA

**SERVIÇOS PSICOLÓGICOS EM SAÚDE MENTAL: a percepção dos
psicólogos inseridos nos CAPS, CAISCAS e Ambulatórios de Saúde
Mental de São Luís – MA**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia
da Universidade Federal do Maranhão para
obtenção do título de Formação de Psicólogo.

Orientadora: Prof. Ma. Nádia Pinheiro Carozzo

São Luís – MA
2017

ANA TEREZA PEREIRA VITOR BARBOSA

SERVIÇOS PSICOLÓGICOS EM SAÚDE MENTAL: a percepção dos psicólogos inseridos nos CAPS, CAISCAS e Ambulatórios de Saúde Mental de São Luís – MA

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Formação de Psicólogo.

Orientadora: Prof. Ma. Nádia Pinheiro Carozzo

Aprovada em: 24 / 07 / 2017

Banca Examinadora

Nádia Pinheiro Carozzo

Profª Ma. Nádia Pinheiro Carozzo

Orientadora – Presidente da Banca

Cristianne Almeida Carvalho

Profª Dra. Cristianne Almeida Carvalho

Examinadora

Raissa Bezerra Palhano

Profª Esp. Raissa Bezerra Palhano

Examinadora

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Barbosa, Ana Tereza Pereira Vitor.

SERVIÇOS PSICOLÓGICOS EM SAÚDE MENTAL : a percepção dos psicólogos inseridos nos CAPS, CAISCAS e Ambulatórios de Saúde Mental de São Luís - MA / Ana Tereza Pereira Vitor Barbosa. - 2017.

110 f.

Orientador(a): Nádia Pinheiro Carozzo.

Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Psicologia como ciência e profissão. 2. Rede de Atenção Psicossocial. 3. Saúde Mental. I. Carozzo, Nádia Pinheiro. II. Título.

Dedico este trabalho ao meu pai,
meus avós e à minha tia, que não
mediram esforços para ver o meu
crescimento.

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, à Deus e à Nossa Senhora de Fátima, por iluminarem minha jornada, sempre me dando forças e discernimento em meio aos momentos de dificuldades.

À minha família, que me deu o apoio necessário para que eu tomasse minhas decisões. Em especial meu pai, avós, tia, irmãos e sobrinhos, que são a motivação para que eu busque sempre ir mais além.

Ao curso de Psicologia da UFMA, que pôde me presentear com grandes mestres que contribuíram não apenas para minha formação acadêmica, mas, também, pessoal. À minha orientadora, Prof^a Nádia, obrigada por aceitar fazer parte desse momento tão único em minha jornada, compartilhando conhecimento e uma grande referência.

Além disso, tive a chance de participar de com projetos extraclasse que, além do conhecimento adquirido, levaram-me a conhecer pessoas das mais diversas áreas e que, com toda a certeza, levarei sempre com muito carinho. Aos meus companheiros de Grupo de Estudos em Psicologia Jurídica, CAPSI – Gestão Re(Existir), Plantão da Alegria e Liga Acadêmica de Humanização e Cuidados Paliativos, meu sincero agradecimento. O aprendizado que pude ter com vocês e as trocas de experiências são indescritíveis.

À minha turma, digo que não poderia ter tido uma melhor. Foram 4 anos e meio de muito sorriso e muitos momentos especiais. Levo todos vocês com muito carinho, mas, àquelas que terei sempre comigo, meu obrigada extra. Sem vocês, não sei se conseguiria: Carol, Luana, Luiza, Mari e Thalita.

E, a todos meus amigos, obrigada por compreenderem os meus sumiços e ausências, além de todo o suporte que demonstraram ao longo dos anos. Bruna, Ellen, Gabriella, Maria Adélia, Naiana, Paulo e Rayssa, meu mais sincero agradecimento.

Andressa, Julianne e Mariana, não há palavras para descrever a minha gratidão. Em momentos de dificuldades, vocês sempre souberam me entender e, principalmente, ouvir. A presença de vocês (ainda que distante) foi e é essencial para mim. Não poderia pedir por amigas melhores e, se pudesse, ainda assim, seriam vocês.

E por último, mas igualmente importante, agradeço aos meus primos, tios e conselheiros de EJNS. Alguns de vocês puderam acompanhar apenas o final de minha jornada. Mas, com toda a certeza, foi no momento em que mais precisei. A espiritualidade e fé que puderam me proporcionar foi de grande auxílio nos momentos de dificuldade.

“É a história mais antiga do mundo. Um dia, você tem 17 anos e está planejando o futuro. E então, sem você perceber, o futuro é hoje. E então, o futuro foi ontem.”

(One Tree Hill, 2012)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Unidades de registros mais frequentes no que se refere às atividades desenvolvidas.....	28
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Unidades de registro e Categorias de Análise acerca dos avanços na RAPS.....	25
Tabela 2: Unidades de registro e Categorias de Análise acerca das dificuldades encontradas na RAPS.....	26
Tabela 3: Unidades de registro e Categoria de Análise acerca da formação acadêmica dos profissionais.....	29
Tabela 4: Unidades de registro e Categorias de Análise acerca da visão dos profissionais da Rede enquanto estudantes de graduação.....	30
Tabela 5: Unidades de registro e Categorias de Análise acerca da inserção do psicólogo nos locais de atuação dos entrevistados.....	32
Tabela 6: Unidades de registro e Categorias de Análise acerca dos serviços oferecidos nos locais.....	33

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
1. INTRODUÇÃO	13
2. MARCO TEÓRICO	15
2.1. A Reforma Psiquiátrica.....	15
2.2 Rede de Atenção Psicossocial	17
2.2.1 Atenção Básica em Saúde.....	17
2.2.2 Atenção de Urgência e Emergência.....	18
2.2.3 Atenção Residencial de Caráter Transitório	18
2.2.4 Atenção Hospitalar	19
2.2.6 Reabilitação Psicossocial	20
2.2.7 Atenção Psicossocial Especializada	20
2.3. A Inserção do psicólogo na Rede de Atenção Psicossocial	20
2.4. Atenção Psicossocial Especializada no município de São Luís, Maranhão	21
3. MÉTODO	23
3.1 Delineamento de Pesquisa.....	23
3.2 Aspectos Éticos	23
3.3 Participantes	23
3.4 Local	23
3.5 Instrumentos e Materiais	24
3.6 Procedimentos	24
Coleta de dados.	24
Análise de dados.	25
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
4.1 Avanços na RAPS.....	26
4.2 Dificuldades encontradas na RAPS.....	27
4.3 Atividades desenvolvidas	28
4.4 Formação acadêmica dos profissionais	30
4.5 Visão da Rede	31
4.6 Inserção do psicólogo	33
4.7 Serviços oferecidos	34
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICES.....	43
<i>APÊNDICE 1: Protocolo de Caracterização Individual</i>	44
<i>APÊNDICE 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	46

APÊNDICE 4: Entrevista 1	48
APÊNDICE 5: Entrevista 2	54
APÊNDICE 6: Entrevista 3	59
APÊNDICE 7: Entrevista 4	67
APÊNDICE 8: Entrevista 5	71
APÊNDICE 9: Entrevista 6	74
APÊNDICE 10: Entrevista 7	77
APÊNDICE 11: Entrevista 8	81
APÊNDICE 12: Entrevista 9	83
APÊNDICE 13: Entrevista 10	89
APÊNDICE 14: Entrevista 11	92
APÊNDICE 15: Entrevista 12	95
APÊNDICE 16: Entrevista 13	103
APÊNDICE 17: Entrevista 14	107

RESUMO

A Luta Antimanicomial possibilitou o abandono do modelo hospitalocêntrico de saúde mental e a adoção do modelo de atenção psicossocial. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) busca atender pessoas com problemas mentais, incluindo, também, os decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A inserção do psicólogo nesse contexto se faz importante na medida em que se constitui em um olhar específico com vistas ao acolhimento e à psicoterapia individual ou em grupo, contribuindo para a promoção e recuperação de saúde mental da população. O objetivo desta pesquisa é analisar a percepção dos psicólogos que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (CAISCAS) e/ou Ambulatórios de Saúde Mental da cidade de São Luís - Maranhão, sobre sua formação, atuação profissional e o serviço de psicologia oferecido na RAPS da capital maranhense. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória, onde se realizou uma entrevista semi-estruturada com 14 (quatorze) psicólogos. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo, com auxílio do software *Iramuteq*. Os resultados indicam a percepção de maior valorização da atuação do psicólogo na saúde mental, assim como um aumento dos serviços psicológicos oferecidos, porém, ainda insuficientes para a demanda dos locais. Sinalizam, também, uma deficiência na formação no que diz respeito à visão acerca da Rede de Atenção Psicossocial, decorrente da formação generalista dos profissionais. Assim, faz-se necessária a revisão dos currículos vigentes, além da ampliação quantitativa da oferta de serviços à população.

Palavras Chave: Saúde Mental; Psicologia como ciência e profissão; Rede de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The Anti-Asylum Struggle enabled the abandonment of the hospital-centered model of mental health and the adoption of the psychosocial care model. The Psychosocial Attention Network search to attend people with mental health problems, including those related to the use of crack, alcohol and other drugs. The insertion of the psychologist in this context becomes important because it constitutes a specific look focused reception and individual or group psychotherapy and reception, contributing to the promotion and recovery of mental health for the population. The objective of the present research is to analyze the perception of psychologists working at the Psychosocial Attention Center, Integral Attention to the Health of the Child and Adolescent Center and/or Outpatient Mental Health Centers of São Luís city - Maranhão, about their academic education, professional performance and the psychology service offered in the RAPS of the Maranhão capital. It's a qualitative research of exploratory nature, where a semi-structured interview was conducted with 14 (fourteen) psychologists and the data were analyzed through content analysis. The data were analyzed through content analysis, helped by *Iramuteq* software. The results indicate the perception of greater appreciation of the psychologist's performance in mental health, as well as an increase in the psychological services offered, but still insufficient for the great demand of the places. They also indicate a deficiency in academic education regarding the vision about the Psychosocial Attention Network, resulting from the general academic education of professionals. So, it's necessary to review the existing curriculum subjects, in addition to the quantitative expansion of the offer of services to the population.

Keywords: Mental Health; Psychology as science and profession; Psychosocial Attention Network.

1. INTRODUÇÃO

Para se chegar a uma Rede de Assistência Nacional voltada à atenção psicossocial, foram anos de discussões e propostas, tendo seu início na década de 80 e culminando no advento da Reforma Psiquiátrica, relacionada às Conferências Nacionais de Saúde Mental (KRUGER, 2012).

A Reforma Psiquiátrica teve como objetivo integrar esse sistema de saúde por meio de leis e portarias que redirecionam o modelo assistencial psiquiátrico, criando novas práticas terapêuticas que visam a inclusão do usuário na sociedade e na cultura (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008). Assim, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surge na tentativa de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, além da promoção da garantia de articulação e integração dos pontos de atenção por meio de acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (BRASIL, 2011).

A inserção do Psicólogo na RAPS se deu graças à essa mudança que ocorreu devido à luta antimanicomial, tendo seu início em meados da década de 80 (TENÓRIO, 2002). Porém, esse profissional enfrenta dificuldades na sua atuação, principalmente pela sua formação ser pautada em um modelo clínico de consultório, não suficiente para suprir por si só as demandas sociais enfrentadas na rede de assistência básica (OLIVEIRA et al., 2013).

Com a implantação da Rede de Atenção Psicossocial, em abril de 2013 o Brasil contava com 1982 CAPS, 652 Residências Terapêuticas, 60 Unidades de Acolhimento e 81 Consultórios de Rua. A Rede havia proporcionado uma redução de 21.435 leitos em Hospitais Psiquiátricos desde 2002 (BRASIL, 2013). Atualmente, na cidade de São Luís, Maranhão, a Rede de Atenção Psicossocial possui destaque na oferta de serviços em Centros de Atenção Psicossocial e Ambulatórios de Saúde Mental/ CAISCAS.

Os CAPS são locais que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais, onde é possível se realizar um acompanhamento clínico e, principalmente, a reinserção social dessas pessoas (BRASIL, 2005). Já os Ambulatórios de Saúde Mental/CAISCAS oferecem atendimentos ambulatoriais, incluindo atendimentos individuais e/ou em grupos, visitas domiciliares e atividades comunitárias (BRASIL, 1992).

O presente trabalho apresenta como tema a percepção dos psicólogos inseridos em CAPS, CAISCAS e Ambulatórios de Saúde Mental de São Luís, Maranhão. O principal objetivo é analisar essa percepção sobre a formação e o serviço de psicologia ofertado nesses locais. Pela identificação e contextualização dos locais de atuação desses profissionais e a avaliação junto aos mesmos acerca de como se deu sua formação e atuação, pretende-se apresentar os recursos e obstáculos observados na prática, bem como as melhorias notadas ao longo dos anos.

Para isso, seguiu-se uma estratégia metodológica qualitativa, utilizando-se de uma entrevista semi-estruturada. Foram realizadas 15 entrevistas com profissionais lotados nos CAPS, CAISCAS e Ambulatórios de Saúde Mental da cidade. Após a devida transcrição, a análise se deu por meio da análise de conteúdo utilizando de categorias de análise.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. A Reforma Psiquiátrica

No Brasil, os primeiros manicômios datam de meados do século XIX e foram construídos com o objetivo de excluir da sociedade, aqueles que não eram considerados mentalmente saudáveis, tais como: prostitutas, mendigos, “loucos” etc. Nesses locais, eles eram internados e esquecidos (ARBEX, 2013).

A institucionalização dessas pessoas era justificada pela necessidade de os isolar para evitar que perturbassem a ordem em locais públicos. Com isso, a superlotação das instituições passou a ser comum e, para controlar esses indivíduos, as intervenções realizadas eram pautadas em violência e maus tratos. Nesse cenário, observou-se que tal modelo não gerava resultados e, mais ainda, privava essas pessoas de necessidades humanas básicas; desencadeando a necessidade de se pensar em um novo modelo assistencial (BORBA et al., 2015).

A luta contra esse modelo, denominado manicomial tradicional no Brasil, teve seu início na década de 80. Essa luta foi liderada por profissionais da saúde, principalmente aqueles que atuavam nas, até então, instituições de saúde mental. E contaram com o apoio de familiares de internos que tomaram conhecimento da realidade vivenciada dentro desses locais (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2007).

Inicialmente, deu-se a Reforma Sanitária, onde o principal objetivo era a implementação de um Sistema Único de Saúde, onde o acesso às ações e serviços de saúde deveria se dar de maneira universal à população (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Já a Reforma Psiquiátrica, se faz contemporânea a esse Movimento. Sendo um movimento histórico de caráter político, social e econômico que era influenciado pelos ideais de grupos dominantes, e cujo principal objetivo era a desinstitucionalização por meio da desconstrução de manicômios (GONÇALVES; SENA, 2001).

Ambos os movimentos propunham uma ampliação do conceito de saúde, bem como as formas de prevenção e intervenção e têm seu percurso relacionado às Conferências Nacionais de Saúde Mental (KRUGER, 2012). A I Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1987, e em um dos seus principais desdobramentos, tem-se o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado n. 3.567/1989, que em três artigos definia o impedimento da construção e contratação de novos hospitais psiquiátricos; direcionamento de recursos públicos para a criação

de recursos não-manicomial; e a determinação de que houvesse comunicação de internações compulsórias à uma autoridade judiciária que, então, deveria emitir um parecer legalizando a internação (BRASIL, 1988).

Esse Projeto de Lei só foi consolidado com a homologação da Lei 10.216, de 6 de Abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Porém, mesmo com o longo intervalo de tempo entre a proposta e a lei em si, foi esse projeto que abriu portas para discussões acerca da saúde mental no Brasil (SCHNEIDER, 2015).

A partir dessa lei, passa-se a adotar, oficialmente, um modelo de atenção psicossocial e a saúde mental passa a ser um dos focos da rede de saúde do país. Têm-se a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Residências Terapêuticas, substitutivos dos manicômios. Os CAPS vêm com o objetivo de acolhimento, colocando os profissionais mais próximos da população (BRASIL, 2011). Com o passar do tempo, essa rede de saúde mental necessitou proporcionar apoio e cuidado integral ao indivíduo, levando a uma articulação com a rede de saúde em geral e integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) (SCHNEIDER, 2015).

Assim, ao longo dos anos, várias medidas foram tomadas com o objetivo de fortalecer a saúde mental na atenção básica. Em 2008, criaram-se os Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF). E, em 2010, com a necessidade de inserir ainda mais a saúde mental no SUS, cria-se um sistema integrado de redes chamado Rede de Atenção à Saúde (RAS) (SCHNEIDER, 2015).

A RAS propõe uma maior eficácia na promoção de saúde, além de uma maior eficiência da gestão do sistema de saúde de maneira regional, contribuindo para o avanço da efetivação do SUS por meio da prestação de serviços que atendam à real demanda da população (BRASIL, 2015). Por meio do Decreto Presidencial nº 7508/2011 (BRASIL, 2011), a RAS passa a ser composta por cinco redes temáticas prioritárias, sendo elas: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Viver Sem Limites), Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que passa a ser descrita.

2.2 Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) presta serviços de apoio e acolhimento a pessoas com sofrimento ou problemas mentais, decorrentes ou não do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). Os objetivos gerais da RAPS são:

I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011, p. 2).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), a RAPS é formada por 7 componentes: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial. Cada um desses componentes é responsável por uma parcela de serviços ofertados à população.

2.2.1 Atenção Básica em Saúde

Na rede de Atenção Básica em Saúde, tem-se as Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas e Centros de Convivência (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006, p. 1).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são o principal local de atuação das equipes de atenção básica. São nelas onde a população tem acesso a atendimentos básicos e gratuitos de Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia (BRASIL, 2011).

As Equipes de Atenção Básica para populações específicas são formadas por equipes de consultório de rua e equipes de apoio aos serviços do componente “Atenção Residencial de Caráter Transitório¹”, onde desenvolvem ações que

¹ Ver item 2.2.3

priorizem os grupos de risco, além de realizar acolhimento com escuta qualificada, atenção de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade (Ministério da Saúde, 2011). Em conjunto com as UBS, formam a rede de atenção primária.

Os Centros de Convivência e Cultura foram implantados com o objetivo de retirar pacientes institucionalizados em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Sua atuação se dá aumentando as interações dos pacientes com a comunidade, por meio de grupos sociais e culturais (BRASIL, 2005).

2.2.2 Atenção de Urgência e Emergência

A Atenção de Urgência e Emergência busca o acolhimento com classificação de risco e resolutividade, objetivando ampliar e qualificar o acesso aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

É composta por SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel), salas de estabilização, UPA 24 horas (Unidade de Pronto Atendimento), portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde etc. Além, também, do apoio dos CAPS, que fazem o acolhimento de pessoas em fase aguda do transtorno mental (BRASIL, 2012).

Essa atenção perpassa tanto pelo caráter primário (com as UBS), quanto pelo nível intermediário (SAMU e UPA), além dos atendimentos de média e alta complexidade oferecidos pelos hospitais (BRASIL, 2011).

2.2.3 Atenção Residencial de Caráter Transitório

As Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial formam a Atenção Residencial de Caráter Transitório. Além, também, do apoio e reforço ao cuidado clínico por meio da atenção básica e acolhimento e acompanhamento dos CAPS. São consideradas de caráter transitório por oferecerem serviços durante um período de até 9 meses para adultos com necessidades clínicas decorrentes da utilização de álcool e/ou outras drogas (BRASIL, 2011).

As Unidades de Acolhimento funcionam de duas formas: o acolhimento Adulto e Infanto-Juvenil. O Acolhimento Adulto é destinado a pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos, e possui disponibilidade de 10 a 15 vagas. Já o Acolhimento

Infanto-Juvenil é destinado a crianças e adolescente entre 10 e 18 anos, de ambos os sexos, e com disponibilidade de 10 vagas (BRASIL, 2012).

Por sua vez, os Serviços de Atenção em Regime Residencial também são voltados a pessoas com dificuldades provenientes do consumo de álcool e/ou outras drogas, sendo constituído pelas Comunidades Terapêuticas, onde é oferecida assistência por meio de um ambiente residencial, cujo instrumento terapêutico principal é a convivência entre pares. As comunidades possuem capacidade máxima de 30 residentes (BRASIL, 2013).

2.2.4 Atenção Hospitalar

A Atenção Hospitalar é formada pela Enfermaria Especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência. Esse tipo de atendimento tem sua atenção voltada às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades provenientes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2012).

O Serviço Hospitalar de Referência pode funcionar em leitos de clínicas médicas ou leitos de pediatria qualificados. Porém, quando ultrapassam 10 leitos implantados, devem funcionar como Enfermaria Especializada destinada ao atendimento desses indivíduos (BRASIL, 2012).

2.2.5 Estratégias de Desinstitucionalização

As Estratégias de Desinstitucionalização são formadas por Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e suas iniciativas visam garantir aos usuários da rede, em situações de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva de garantir direitos por meio da promoção de autonomia e exercício de cidadania, buscando a inclusão social progressiva (BRASIL, 2011).

Os SRTs devem acolher pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Possuindo duas modalidades, os de tipo I, são moradias e devem acolher, no máximo, oito moradores com transtorno mental em processo de desinstitucionalização. Já os de tipo II são destinados a pessoas com transtorno mental e um acentuado nível de dependência, principalmente em decorrência do comprometimento físico, necessitando de cuidados permanentes específicos. Devem acolher, no máximo, dez moradores (BRASIL, 2011).

2.2.6 Reabilitação Psicossocial

A Reabilitação Psicossocial possui iniciativas de geração de trabalho e renda, além de empreendimentos solidários e cooperativas sociais. O principal foco é a inclusão produtiva, formação e qualificação (BRASIL, 2011).

Para Saraceno (2001), também é possível considerar a reabilitação psicossocial como um “processo pelo qual se facilita, ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade” (p.84).

2.2.7 Atenção Psicossocial Especializada

A Atenção Psicossocial Especializada é formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas mais diversas modalidades (Ministério da Saúde, 2011). Os CAPS são divididos em I, II, III, AD e “i” (Brasil, Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002). “Cabe a este estratégico serviço a resposta pela atenção diária e intensiva às pessoas com sofrimento mental, oferecendo acolhimento, cuidado e suporte” (p.93)

O CAPS I, II e III cumprem a mesma função no atendimento à população, sendo organizados de acordo com a abrangência populacional. O CAPS I atende uma população de 20 mil a 70 mil habitantes, o CAPS II de 70 mil a 200 mil e o CAPS III acima de 200 mil habitantes. O CAPS I presta serviço de atenção psicossocial para crianças e adolescentes, enquanto o CAPS-AD é voltado para pacientes com transtornos provenientes da dependência de álcool e/ou outras drogas (BRASIL, 2002).

2.3. A Inserção do psicólogo na Rede de Atenção Psicossocial

Segundo o Código de Ética do Profissional do Psicólogo (CFP, 2014), é um dever fundamental do psicólogo “prestar serviços profissionais em situações de calamidade pública ou de emergência, sem visar benefício pessoal” (p.8).

A inserção de psicólogos na assistência básica de saúde se dá, dentre outros fatores, pelo próprio desenvolvimento da psicologia como profissão no Brasil, já que, segundo Bock (1999), em meados da década de 70 foi possível assistir a uma grande ampliação do número de psicólogas(os) e de escolas de Psicologia no país. Com a luta antimanicomial e a regulamentação da profissão, os profissionais da saúde passaram por uma mudança de visão não só das instituições de saúde, como

também do que era considerado o homem saudável, e em quais eixos era possível atuar visando melhores condições de vida para esse indivíduo (CANTELE et al., 2012).

Assim, a ideia de cura passa a ser substituída pela prevenção, promovendo o indivíduo como um ser biopsicossocial e, assim, fazendo-se importante a atuação de outros profissionais que não somente os médicos (CANTELE et al., 2012). Com o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à saúde mental, observa-se uma forte atuação de psicólogos(os) nos Centros de Assistência Psicossocial (CAPS). A atuação nesses locais é pautada no acolhimento das pessoas em sofrimento (BRASIL, 2011).

De acordo com as Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS (CFP, 2013), os profissionais psicólogos(os) participaram de maneira ativa nos movimentos de Reforma Sanitária do país.

Portanto, a significativa inserção dos psicólogos no Sistema Único de Saúde e nos serviços de saúde mental do SUS, impulsionados pelo projeto antimanicomial forjado desde um movimento social, produziu um redirecionamento da Psicologia, ao lado de outras profissões da saúde, em relação à sua tradição histórica relativa às orientações éticas, teóricas e metodológicas (p. 78)

O psicólogo inserido na Rede de Atenção Psicossocial deve atuar a partir da proposta da Clínica Ampliada do Ministério da Saúde, onde os profissionais devem pautar suas ações voltadas para o compromisso do indivíduo a partir da escuta e do acolhimento, tendo sempre em vista o ambiente em que esse sujeito se encontra inserido (BRASIL, 2004b). Em conjunto com psiquiatras e assistentes sociais (bem como médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares e agentes comunitários), compõem a equipe técnica de saúde mental (GUIMARÃES et al., 2013)

Segundo estudo feito por Guimarães et al. (2013), as principais atividades desenvolvidas pelos psicólogos inseridos em equipamentos de saúde mental consistem em atendimento individual ou em grupo, visitas e reuniões com as Equipes de Saúde na Família, acolhimento em Saúde Mental e, em alguns casos, atividades educativas como palestras e visitas em escolas.

2.4. Atenção Psicossocial Especializada no município de São Luís, Maranhão

Em São Luís, a Atenção Psicossocial Especializada é composta por Ambulatórios de Saúde Mental, Centros de Atenção Psicossocial e Unidade de

Acolhimento do Adulto. De acordo com a Superintendência de Ações da Saúde, a saúde mental na cidade tem como objetivos principais assegurar o direito e a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais para uma assistência humanizada, visando sua reinserção familiar, comunitária e profissional; prestação de assistência psicossocial a usuários com transtornos mentais e a dependentes de substâncias psicoativas na perspectiva de ampliar a abrangência de serviços substitutivos da atenção diária, partindo de critérios populacionais; tornar-se referência assistencial dos Programas de Tabagismo, Diabetes e Hipertensão com funcionamento semi-integral e não integral (Em: <https://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_subpagina.asp?site=1252>.)

A partir da Portaria nº 227, de 1º de março de 2013, foi habilitado o primeiro CAPS III na cidade, que possuía gestão conjunta do município e do estado. Hoje, os Centros de Atenção Psicossocial na capital maranhense funcionam em 5 locais, contando com funcionamento 24 horas ou de forma semi-integral. A rede conta com um CAPS II (Olho D'Água), um CAPS III (Monte Castelo), um CAPS-i (Turu) e dois CAPS-AD (Filipinho e Monte Castelo), estaduais ou municipais.

Os Ambulatórios de Saúde Mental funcionam atendendo tanto adultos quanto crianças e adolescentes. O atendimento a adultos é voltado à assistência a pessoas com transtornos mentais e usuários/dependentes de álcool e outras drogas. Já o atendimento para crianças e adolescentes, além de ofertar a mesma assistência, também auxilia no tratamento de TDAH e outros problemas psicossociais.

O atendimento ambulatorial é dividido em turno matutino e vespertino, de acordo com o público-alvo. Nos turnos em que presta atendimento a crianças e adolescentes de até 17 anos e 11 meses, os Ambulatórios de Saúde Mental são também chamados de Centro de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, também conhecido por CAISCAS, localizados nos bairros Anjo da Guarda e Filipinho.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, para que seja possível analisar a percepção dos psicólogos sobre serviços de atendimento psicossocial na cidade de São Luís, Maranhão. Segundo Malhotra (2001, p. 155), a pesquisa qualitativa “é uma metodologia de pesquisa não-estruturada, exploratória, baseada em pequenas amostras que proporcionam insights e compreensão do contexto do problema”. Para Roesch (1999), é na pesquisa qualitativa que o pesquisador pode, através de suas perguntas, melhor captar as perspectivas do entrevistado.

3.2 Aspectos Éticos

Esta pesquisa obedeceu aos critérios éticos propostos pela Resolução CNS 466/2012 e complementares, tendo sido submetida ao Comitê de Ética da UFMA (CAEE: 68465417.5.0000.5087).

3.3 Participantes

Participaram desta pesquisa, 15 psicólogos inscritos no Conselho Regional de Psicologia do Maranhão - 22ª região, inseridos nos CAPS, CAISCAS e Ambulatórios de Saúde Mental de São Luís, Maranhão. Porém, uma das entrevistadas se recusou a ter sua entrevista gravada, para evitar possíveis equívocos, optou-se por excluí-la da amostra. Dessa forma, a amostra foi composta por 14 profissionais. Sendo 10 entrevistados do sexo feminino e 4 do sexo masculino. Dez profissionais fizeram a graduação em São Luís, um em Belém – PA, um em Brasília – DF, um em São Paulo – SP e um em Maceió – AL. Os anos de conclusão variam entre 1982 e 2011; dez possuem pós-graduação em Saúde Mental e/ou Psicologia Hospitalar.

Em termos de contrato de trabalho, sete são efetivos, cinco são serviços prestados e dois terceirizadas, com tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial variando entre 5 a 31 anos.

3.4 Local

Os locais onde a pesquisa foi realizada são os CAPS, CAISCAS e Ambulatórios de Saúde Mental de São Luís, que fazem parte da RAPS: um CAPS III estadual, localizado no bairro Monte Castelo; um CAPS-AD estadual, também

localizado no Monte Castelo; um CAPS-II municipal, no bairro do Olho D'Água; um CAPSi municipal, no bairro do Turu; um CAPS-AD municipal, no Filipinho; um Ambulatório de Saúde Mental/CAISCAS, localizado no Anjo da Guarda; e um Ambulatório de Saúde Mental/CAISCAS, localizado no Filipinho.

3.5 Instrumentos e Materiais

Protocolo de Caracterização Individual (PCI). O PCI é formado por dados de identificação do entrevistado, sendo um registro que descreve o perfil do profissional de psicologia que atua na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (APÊNDICE 1).

Roteiro de entrevista. O roteiro de entrevista é de caráter semi-estruturado. A entrevista, realizada de forma oral, possui questões voltadas para a atuação do profissional na Rede, bem como seu processo de formação enquanto graduando de psicologia (APÊNDICE 2).

Gravador. Aparelho de gravação e reprodução de sons acoplado a um dispositivo de celular iPhone 6, da marca *Apple*, ano 2017.

3.6 Procedimentos

Coleta de dados.

Inicialmente, entrou-se em contato com Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e a Secretaria do Estado de Saúde (SES) para que se obtivesse autorização para realização da pesquisa, momento no qual foi solicitada a Carta de Liberação dos Locais para anexar na Plataforma Brasil e submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA.

Após isso, a pesquisadora se dirigiu às instituições onde os psicólogos estão lotados. Apresentou-se à direção e convidou os psicólogos para participar da pesquisa. Em dia e horário agendado com o profissional, a pesquisadora se dirigiu ao local para a realização da entrevista. Foi feita a apresentação da pesquisadora; descritos os objetivos da pesquisa; leitura, entrega, assinatura e devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE 3); solicitada autorização para a gravação de áudio; e, somente então, a entrevista foi iniciada.

Análise de dados.

No primeiro momento, foi feita a transcrição completa das entrevistas. Posteriormente, por meio do programa *Iramuteq*, foi feito o processamento dos dados coletados e, com omissão de termos coloquiais para que não influenciassem no resultado final, optou-se pela análise por meio da *nuvem de palavras*. Assim, foi possível a identificação da frequência de palavras nas respostas dos entrevistados.

Em seguida, utilizando-se o método de análise de conteúdo, os dados foram identificados em unidades de registros, organizados em categorias de análise e discutidos. Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadoras (sendo elas, quantitativos ou não), permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para Bardin (2009), essa análise é feita em três fases: pré-análise (onde é feita uma leitura geral do material eleito para a análise e, no caso de análise de entrevistas, estas já deverão estar transcritas); exploração do material (o texto das entrevistas e de todo o material coletado é recortado em unidades de registro); e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (que consiste em captar os conteúdos presentes e ausentes contidos em todo o material coletado, sejam eles a própria entrevista ou documentos e a observação).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Avanços na RAPS

Unidades de registro	Categorias de Análise
Cresceu, Informar	Ampliação da Rede
Melhoria, Integrar, Interação, Comunicação, Próxima	Integração dos serviços

Tabela 1: Unidades de registro e Categorias de Análise acerca dos avanços na RAPS

Ao serem questionados acerca dos avanços percebidos durante o tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial, observa-se duas categorias de análise: ampliação da rede e integração dos serviços.

Essa ampliação se faz necessária na medida em que, por meio tanto da divulgação dos locais de atuação, quanto da conscientização da população acerca da importância da saúde mental para a vida diária, há um aumento na procura por esses serviços.

Como se sabe, os CAPS só foram criados em 2001, a partir da Lei 10.216 com o objetivo de substituir os manicômios vigentes na época (SCHNEIDER, 2015). O número de indivíduos que necessitam desses serviços e não são atendidos comparece de maneira elevada até hoje, de forma que o aumento no quantitativo de locais que oferece serviços de saúde mental se faz de extrema importância para atender a população, bem como a devida divulgação do funcionamento desses serviços.

“O avanço da rede é que ela cresceu e também é que ela conseguiu passar informações sobre saúde mental para as pessoas. Ela começou a cumprir um dos papéis, que é informar as pessoas que existe a saúde mental e que ela pode ser tratada.” (Entrevistado 8)

Segundo Pires e Braga (2009), a inserção do psicólogo na rede foi baseada na demanda psiquiátrica, com a proposta de mudança da cultura de hospitalização do doente. A entrevistada 12 traz que:

“(...) houve uma desconstrução daquilo que era psiquiatria. A exclusão social do paciente, a quebra dos muros, as pessoas terem mais acesso à informação do que era doença, que hoje não se chama mais doença, se chama transtorno. Psiquiatria, ninguém usa mais essa denominação, se chama hoje saúde mental. Alguns estigmas foram quebrados.”

Essa herança da reforma psiquiátrica comparece até hoje por meio da tentativa de maior integração nos serviços oferecidos, não apenas psicológicos, mas entre os profissionais das mais diversas áreas, de maneira multidisciplinar. Isso culmina, como observado nas entrevistas, numa maior valorização da atuação do psicólogo nesses locais, tanto pelos pacientes como por outros profissionais.

“O reconhecimento dos outros profissionais com relação à nossa importância na humanidade. Hoje, todos os profissionais das outras categorias, eles acham que é muito importante um psicólogo pra saúde mental. Não se vê mais saúde mental sem psicologia.” (Entrevista 6)

Essa integração, além de tudo, oferece um maior diálogo entre os profissionais. Destaca-se, aqui, o matriciamento ou apoio matricial que, segundo o Ministério da Saúde (2011), é um modelo de promoção de saúde em que duas ou mais equipes, num processo compartilhado de criação, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Observa-se, assim, uma tentativa de atuação não apenas multi, mas interdisciplinar.

“Existem pessoas buscando essa melhoria, integrar mais, fazendo as capacitações. Hoje tem alguns dispositivos que já falam em matriciamento. Que, ao meu ver, você não pode trabalhar e pensar em saúde mental sem a ideia do apoio matricial, que é essa ideia da saúde mental com atenção primária. Isso é fundamental. Vejo que tá, sim, mudando nesse aspecto. Já tem dispositivos, por exemplo, que a equipe já foi capacitada, já estão iniciando isso.” (Entrevista 1)

4.2 Dificuldades encontradas na RAPS

Unidades de registro	Categorias de Análise
Material, Físico, Espaço, Recursos	Estruturais
Demandas, Profissionais, Quantidade	Desequilíbrio oferta x demanda

Tabela 2: Unidades de registro e Categorias de Análise acerca das dificuldades encontradas na RAPS

De acordo com as entrevistas, as principais dificuldades comparecem em duas categorias: estruturais e o desequilíbrio entre oferta e demanda. A falta de materiais e problemáticas de ordem físico-estruturais são evidenciadas em situações como: número insuficiente de salas para atendimentos individuais, espaços pequenos ou inexistentes para realização de atendimentos em grupo, não fornecimento de materiais para atividades psicoterapêuticas como, por exemplo, testes e falta de medicação suficiente para atender a demanda dos pacientes.

“A estrutura ainda não é adequada. O CAPS aqui ele não é uma sede própria, é alugada. Os espaços, ele não tem muitos espaços adequados para fazer uma atividade em grupo. Uma sala de arteterapia, uma sala de movimento, de esporte. Não temos uma estrutura mais adequada para outras atividades a não ser consultório.” (Entrevista 5)

“É falta de recursos mesmo. Infelizmente. A gente tem estrutura física, mas, às vezes, não tem o material pra trabalhar. Essa é a dificuldade que a gente encontra.” (Entrevista 6)

O investimento financeiro deficitário acarreta em deficiências na oferta de serviços que influencia diretamente na atuação profissional. Como, por exemplo, a não oferta adequada de serviços aos usuários do sistema.

Apesar de políticas nacionais de saúde com o enfoque na atenção humanizada como a Humaniza SUS, que é orientada para a valorização da dimensão subjetiva e coletiva em práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania e controle social com o caráter participativo (BRASIL, 2008), segundo as entrevistas, trabalhadores e gestores ainda esbarram em questões burocráticas e financeiras que impedem a correta implementação dessas políticas nos locais de atuação.

Já o pouco contingente de profissionais se relaciona com outra problemática: a alta demanda de serviço. Segundo Brasil (2003), a falta de recursos humanos acaba por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pela equipe.

“Uma muito evidente, é que é uma demanda muito grande e poucos profissionais. Tem casos que a gente tava tentando se organizar pra atender, no máximo, uma vez por mês. (...) por mais que muitas vezes a gente que tá ali na linha de frente decida isso, muitas vezes vem uma ordem da secretaria, da SEMUS, que tem que atender.” (Entrevista 1)

4.3 Atividades desenvolvidas

A Figura 1 foi produzida no programa *Iramuteq* a partir da frequência de palavras nas falas dos entrevistados.

A elaboração de planos individuais de cuidado remete ao projeto terapêutico singular, citado no trecho abaixo e que faz referência à proposta de tratamento interdisciplinar já abordada anteriormente.

“Depois a gente faz as histórias, a anamnese de cada paciente, pra poder elaborar o projeto terapêutico individual junto com os médicos, que faz a parte medicamentosa e a gente de atendimento”

Segundo o Ministério da Saúde (2007), esse projeto terapêutico individual é resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, sendo desenvolvido, na saúde mental, como uma forma de atuação integrada da equipe valorizando os aspectos individuais além do diagnóstico e da medicação.

Além da integração entre a equipe, existe, também, a integração com a família. Ainda que o acompanhamento da família seja mais evidente em tratamentos de crianças e adolescentes, faz-se necessário esse acompanhamento também com os adultos. A intervenção multidisciplinar objetiva a reinserção do indivíduo tanto no contexto social, quanto no familiar (BRASIL, 2007).

4.4 Formação acadêmica dos profissionais

Unidades de registro	Categoria de Análise
Generalista, Falhou, Não	Formação acadêmica insuficiente

Tabela 3: Unidades de registro e Categoria de Análise acerca da formação acadêmica dos profissionais

Em sua maioria, os entrevistados acreditam que a formação acadêmica não foi suficiente para suprir a demanda do local de atuação (apenas quatro acreditam que sim), principalmente por terem discutido pouco acerca de saúde mental e a Rede de Atenção Psicossocial em sua graduação, buscando esse conhecimento na pós-graduação e/ou em cursos voltados para a área.

Esses profissionais também relacionam com o período de formação, onde discussões sobre o SUS e a saúde mental não estavam tão em voga quanto hoje. Por isso, as grades curriculares em seus respectivos locais de graduação não contemplavam essas temáticas.

“Não. Até porque, quando eu me formei, em 2009, a grade curricular, ela era outra. A gente não tinha a possibilidade de estudar da saúde mental. Reforma Psiquiátrica, a gente viu em psicopatologia, mas era só aquela coisa, assim, muito pra gente. Conhecimento do que que era, como

funcionava. Mas a gente não sabia que existia uma rede, como funcionava essa rede. Então isso só foi possível a partir da especialização. A graduação, ela não foi suficiente pra isso.” (Entrevista 4)

Alguns destacam que, por ser uma formação generalista, dificulta um maior aprofundamento nas áreas específicas de atuação e acreditam que é dever do profissional buscar essas informações em atividades extracurriculares.

Pires e Braga (2009) trazem o enfoque clínico na formação do psicólogo em um modelo tradicional voltado ao atendimento individual. Na Universidade Federal do Maranhão (UFMA), por exemplo, isso é possível de ser observado no currículo antigo, onde há uma predominância das práticas clínicas nas disciplinas ministradas em sala de aula. Atualmente, está em processo de implementação um currículo novo, onde há a possibilidade de escolha entre dois enfoques de formação: psicossocial ou clínico e saúde.

Esses crescentes debates voltados às práticas psicológicas em serviços públicos podem ser associados ao aumento das produções científicas, bem como ampliação da rede de atendimento. Os novos ingressantes nos cursos de graduação, também, possuem uma visão mais ampla acerca da atuação do psicólogo, não restrito ao atendimento clínico individual.

Para Neto (2010), a inserção do psicólogo na saúde pública, em meio a práticas mais antigas e independentes, leva o saber psicológico a reconsiderar o seu modelo privado de atendimento, já que fica evidente a insuficiência do modelo anterior de formação.

Isso é possível de se observar, por exemplo, com a alta demanda de serviços. O atendimento individual, então, não é suficiente para atender todo o quantitativo de usuários do serviço. Por isso, prioriza-se os atendimentos em grupo e oficinas terapêuticas.

4.5 Visão da Rede

Unidades de registro	Categorias de Análise
Péssima, Pós-Graduação, Grade Curricular	Visão limitada da Rede
Teoria, Prática, Visitas	Diferença entre teoria e prática

Tabela 4: Unidades de registro e Categorias de Análise acerca da visão dos profissionais da Rede enquanto estudantes de graduação

Associada à formação desses profissionais, ao serem questionados acerca de qual era sua visão da RAPS durante o período de graduação, a primeira categoria encontrada concentra os profissionais que afirmaram que obtinham uma visão limitada da rede, já que não era um tópico amplamente discutido em sala de aula.

“Eu não tinha uma visão muito clara. Naquela época, era mais falado em hospital psiquiátrico, não em uma rede de serviços articulado como é hoje. Era uma visão muito restrita. Somente quando eu cheguei a campo mesmo, no trabalho, é que eu pude conhecer, observar o que é que foi se tornando a rede.” (Entrevista 5)

Os entrevistados, em sua maioria, formaram-se em um período em que discussões acerca da atenção integral à saúde mental ainda estava em desenvolvimento, o que influencia diretamente seu percurso acadêmico.

Macedo e Dimenstein (2011) realizaram um estudo acerca da formação do psicólogo para a atuação em saúde mental no estado do Piauí. Os autores buscaram identificar em que medida os cursos localizados na capital (Teresina) estavam acompanhando e respondendo aos desafios que surgiam no campo da saúde mental. Constataram, então, que a expansão da rede de serviços em saúde mental se faz contemporânea ao aumento da oferta de cursos no estado, além do debate e desafios em relação à Reforma Psiquiátrica e revisões quanto aos modelos de formação dos psicólogos nas últimas décadas (MACEDO; DIMENSTEIN, 2011).

Faz-se importante o mapeamento e análise de como está se dando essa formação para, assim, pensar-se em estratégias que beneficiem não apenas a posterior atuação desses futuros profissionais, mas, também, em melhorias para a Rede e sua oferta de serviços.

Já a segunda categoria remete aos que, quando questionados sobre a visão da RAPS após sua inserção na mesma enquanto profissionais, apresenta-se o discurso acerca da diferença entre teoria e prática.

“Olha, é aquela história mesmo: teoria é lindo, mas na prática, infelizmente, a gente não tem o apoio da rede. Essa é a visão que eu tenho. Tu sai da teoria perfeita. (...) Mas, quando tu chega no mercado de trabalho, que tu não tem esse apoio de rede, de recurso... Como eu tô te falando: a realidade é outra. Essa é a diferença enquanto profissional.” (Entrevista 13)

Ainda que hajam leis e portarias que garantam o investimento e funcionamento da saúde pública no país de maneira geral, esbarra-se, novamente, em questões relativas a investimento e gerenciamento político.

4.6 Inserção do psicólogo

Unidades de registro	Categorias de Análise
Equipe, Pacientes, Importância, Necessário	Boa receptividade de profissionais e pacientes
Médico	Hegemonia médica

Tabela 5: Unidades de registro e Categorias de Análise acerca da inserção do psicólogo nos locais de atuação dos entrevistados

Destaca-se, como primeira categoria, a boa receptividade, de maneira geral, dos outros profissionais acerca dos serviços psicológicos oferecidos. Além, também, dos próprios pacientes, que reconhecem e valorizam essa atuação.

“Lá no ambulatório, o que eu posso dizer, é que a gente é bem respeitado. Até dessas parcerias mesmo, não só com o psiquiatra, mas com os outros membros da equipe. Eu vejo que eles valorizam muito a questão da psicologia. Não só pros encaminhamentos, momentos de triagem...” (Entrevista 1)

“Aqui? Aqui, em nenhum momento, foi discutido o valor do psicólogo, aqui é fato. Não tem dificuldade. Até porque, quando a gente começou aqui, quem começou o projeto terapêutico fui eu como psicólogo, junto com os outros profissionais.” (Entrevista 12)

Segundo Emerim e Ambon (2011), a falta de conhecimento acerca dos Programas de Saúde Mental, os transtornos mentais, as formas de tratamento e os locais que oferecem esse serviço aumentam o preconceito e a resistência ao tratamento. Assim, a atuação do psicólogo nesses locais, voltada para o âmbito mais social e menos clínico-tradicional, pode ser apontada como um dos influenciadores dessa boa receptividade por parte da população para os serviços psicológicos oferecidos.

Porém, ainda que em um trabalho multidisciplinar onde se reconheça a importância de todos os profissionais atuantes, ainda há uma dificuldade no que diz respeito à hierarquia da figura médica na atuação em saúde. Assim, outra categoria presente diz respeito à hegemonia médica.

“Assim, eu acho que existe, já, uma valorização da inserção do psicólogo, mas acho que ainda existe um pouco essa coisa de que o médico é superior. No sentido de que a melhor sala é pro médico.” (Entrevista 13)

A psicologia foi regulamentada como profissão no Brasil há pouco mais de 50 anos (EMERIM; AMBON, 2011). Os saberes psicológicos frente à medicina são

muito recentes, principalmente na saúde. Assim, o espaço do psicólogo, mesmo que reconhecido a sua importância, ainda não se encontra totalmente delimitado.

4.7 Serviços oferecidos

Unidades de registro	Categoria de Análise
Não, Território, Profissionais, Estrutura	Serviços não suprem a demanda

Tabela 6: Unidades de registro e Categoria de Análise acerca dos serviços oferecidos nos locais

Como evidenciado nas entrevistas, os profissionais acreditam que os serviços oferecidos não são suficientes para suprir a demanda dos locais. Parte disso se deve por conta do baixo número de profissionais para a alta demanda de pacientes. Assim, destaca-se que, em dadas situações, os locais acabam tendo que oferecer serviços que vão além do que é proposto para a sua atuação.

“Eu acho que tinha que ter muito mais CAPS. A demanda é muito grande, principalmente a demanda ambulatorial. A gente não consegue atender essa demanda, até porque não é objeto do CAPS a demanda ambulatorial. Mas sempre vem gente aqui buscando isso, porque os postos de saúde, os hospitais não tão... Não têm psicólogos suficientes pra atender isso tudo, então eles terminam vindo bater aqui. E aqui é pra pacientes que têm um perfil diferente de ambulatório. E aí a gente tem que encaminhar, mas encaminhar pra onde?” (Entrevista 10)

De acordo com Emerim e Amborn (2011), a saúde mental, no Brasil, é uma das áreas com maior prejuízo nos atendimentos, principalmente pelo fato das equipes serem insuficientes para a demanda dos locais.

Assim, evidencia-se que, apesar da ampliação da Rede, ainda existe essa defasagem na oferta de serviço. E, mesmo com a divulgação dos locais, ainda existem aqueles em que a população não consegue ser abarcada por esses profissionais.

No caso de São Luís, dois pontos devem ser destacados: o quantitativo insuficiente de CAPS e Ambulatórios de Saúde Mental para atender toda a população e o fato desses serviços terem que prestar atendimento às cidades próximas e, até mesmo, ao interior do estado.

“Só que hoje, por conta da falta de outros serviços, de ter uma demanda imensa e não ter outros serviços pra suprir aquilo, a gente atende pessoas de outros municípios, do interior do estado. Não era pra gente fazer isso. O nosso serviço, ele é municipal.” (Entrevista 1)

Recai-se, novamente, no anteriormente abordado acerca do investimento nesse setor. As leis que garantem a ampliação da Rede, tanto a nível de criação de locais quanto de contratação de profissionais especializados, ainda não são suficientes para a sua devida implantação (EMERIM; AMBON, 2011).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo desse trabalho foi analisar a percepção dos psicólogos inseridos nos CAPS, CAISCAS e Ambulatórios de Saúde Mental de São Luís, Maranhão sobre sua formação, atuação profissional e o serviço de psicologia oferecido na Rede de Atenção Psicossocial nesses locais. Por meio de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória, foram analisadas 14 entrevistas e por meio da análise de conteúdo, com auxílio do software *Iramuteq*.

Os resultados indicam a percepção de uma maior valorização da atuação do psicólogo na saúde mental na cidade, bem como um aumento dos serviços psicológicos oferecidos, porém, ainda insuficientes para a demanda dos locais. Indicam, também, uma deficiência na formação desses profissionais no que diz respeito à visão acerca da RAPS, decorrente de uma formação generalista.

Segundo sugerem Emerim e Ambon (2011), para que se pense em novas formas de atuação, é necessário que se modifique formas de se pensar a própria saúde mental, bem como identificar as dificuldades encontradas para a realização dessas mudanças. De acordo com esse estudo, a estrutura física deficitária dos locais, bem como a excessiva demanda e cobrança dos gestores, dificulta a execução do trabalho voltado à atenção aos usuários dos serviços.

E, ainda que a grande parcela dos profissionais reconheça a importância dos serviços psicológicos em saúde mental, nota-se que isso ainda não comparece de maneira unânime. Por isso, faz-se importante a proposta do serviço multidisciplinar, porém, acima de tudo, o trabalho interdisciplinar, seguindo a ideia de matriciamento proposta pelo Ministério da Saúde.

Apesar da inserção do psicólogo nos serviços de saúde mental, observa-se que sua atuação ainda enfrenta dificuldades no que diz respeito, principalmente, a questões de ordem estrutural, que interferem na sua prática.

Os entraves surgem desde a formação. Pela característica generalista e pela prevalência do enfoque clínico de estudo, a formação em psicologia não se faz suficiente para a atuação específica na saúde mental, havendo a necessidade de busca por aperfeiçoamento e estudos acerca da área.

Assim, apesar das mudanças decorrentes da Reforma Psiquiátrica, ainda existem possibilidades de melhorias e avanços não apenas para a atuação dos psicólogos, mas para a Rede de Atenção Psicossocial como um todo.

Ainda que a amostra contemple o objetivo da pesquisa, os diferentes locais e anos de conclusão dos profissionais restringem uma análise mais ampla acerca da formação dos mesmos, assim como a impossibilidade de análise desses currículos.

Além disso, a principal limitação diz respeito ao olhar que foi escolhido como coleta de dados. As entrevistas foram realizadas com profissionais pertencentes aos serviços e, assim, eles repassaram sua visão enquanto funcionários da Rede. A análise junto aos usuários dos serviços serviria como complemento à pesquisa e, assim, obter-se-ia a percepção destes acerca do funcionamento desses locais.

A realização de entrevistas com os outros profissionais inseridos nos locais que participaram da pesquisa seria outro complemento para esse estudo. Apresentando, então, a visão das outras classes acerca desses serviços oferecidos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BERELSON, B. **Content analysis in communication research**. New York: Hafner, 1984.

BOCK, Ana Mercês Bahia. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. **Estudos de Psicologia**, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

BORBA, L. de O. et al. Tratamento no modelo hospitalocêntrico: percepções de familiares e portadores de transtorno mental. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.88-94, jan./fev. 2015

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** – Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL, **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Presidência da República. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>.

BRASIL, **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL, **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>.

BRASIL, **Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html>.

BRASIL, **Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Secretariado Nacional de Assistência à Saúde. Brasília. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm>.

BRASIL, **Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>.

BRASIL, **Portaria nº 396, de 07 de julho de 2005**. Dispõe sobre diretrizes para os Centros de Convivência e Cultura. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: < https://docs.google.com/document/d/1A5KqG6XL84Nhxz1MK2mh8NL01tNviGatrZYmUtKJ4/edit?hl=en_US>.

BRASIL, **Portaria nº 591, de 19 de dezembro de 2013**. Regulamenta o funcionamento das Comunidades Terapêuticas - CT e dá outras providências. Ministério da Saúde. Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=263302>>.

BRASIL, **Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2001**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

BRASIL, **Portaria nº 3088, de 23 de setembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacaoeconteudosdeapoio/legislacao/saudemental/portarias/portaria-ms-gm-3088-2011>>.

BRASIL, **Portaria nº 3090, de 23 de dezembro de 2011**. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>

BRASIL. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF, 2003. Recuperado em 18 outubro de 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em: 04 jul 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 set/out. 57(5):611-4

CANTELE, J. et al. A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.32, n.4, p.910-925, 2012.

Conselho Federal de Psicologia. **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas a atenção básica à saúde**. p. 76. Brasília: CFP, 2010.

Conselho Federal de Psicologia. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS**. p. 100. Brasília: CFP, 2013.

EMERIM, C. R; AMBON, G. A importância do psicólogo em um programa de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 111-127, jul./dez., 2011.

FERREIRA NETO, J. L.. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 390-403, jun. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-9893201000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017.

GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, apr. 2001.

GUIMARÃES, S. B. et al. As práticas dos psicólogos em ambulatórios de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, 25(3), p. 664- 673, 2013.

KRUGER, T. R. et al. As Conferências de Saúde e os Planos Municipais de Saúde. In: KRUGER, T. R. (Org.) **As Conferências de Saúde e os Planos Municipais de**

Saúde: considerações sobre o significado de participação popular em Santa Catarina. Florianópolis: DIOESC, 2012. p. 25-160.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing:** uma orientação aplicada. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 720.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C., PONTES, A. L. M. (orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 61-80.

MACEDO, João Paulo; DIMENSTEIN, Magda. Formação do psicólogo para a saúde mental: a psicologia piauiense em análise. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1145-1158, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000400014&lng=en&nrm=iso>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção de suicídio:** um recurso para conselheiros. Genebra: OMS, 2006.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A.. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos.** Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 13-35, jan.-mar. 2014.

PIRES, A. C. T; BRAGA, T. M. S. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 151-162, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X200900100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2017.

PSICÓLOGO, **Código de Ética Profissional do.** VI Plenário do Conselho Federal de Psicologia, Brasília, 1989.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em Administração:** guia para estágios, trabalho de conclusão, dissertações e estudos de caso. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá Editora, 2001.

SCHNEIDER, D. R. Da saúde mental à atenção psicossocial: trajetórias da prevenção e da promoção de saúde. In: MURTA, S. G (Org.) et al. **Prevenção e Promoção em Saúde Mental.** Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

SOUZA, V. R. **Contrarreforma psiquiátrica:** o modelo hospitalocêntrico nas políticas públicas em saúde mental no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Novas Edições Acadêmicas, 2013.

SUPERINTENDÊNCIA de ações de saúde. Disponível em: <http://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_subpagina.asp?site=1252>.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **His. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.25-59, abr. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Protocolo de Caracterização Individual**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

CRP: 22/

Naturalidade:

Idade:

Local de formação:

Ano de formação:

Pós-Graduação:

Ano da pós-graduação:

Local de trabalho:

Tipo de contrato de trabalho:

Tempo de atuação nesse local:

Horário de trabalho nesse local:

Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial:

APÊNDICE 2: Roteiro de Entrevista

ENTREVISTA

1. Quais avanços percebidos durante seu tempo de atuação?
2. Quais as principais dificuldades enfrentadas em seu local de atuação?
3. Quais as principais atividades que você desenvolve?
4. Você acredita que sua formação acadêmica foi suficiente para suprir sua atuação profissional?
5. Qual era sua visão da Rede enquanto estudante de graduação? Qual é essa visão agora?
6. Como você observa a inserção do psicólogo no seu local de atuação?
7. Você acredita que os serviços oferecidos suprem a demanda que se apresenta?

APÊNDICE 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal do Maranhão – UFMA
Centro de Ciências Humanas – CCH
Curso de Psicologia - COPSI
Campus Universitário do Bacanga, Av. dos Portugueses s/n

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa que você está sendo convidado(a) a participar intitula-se “SERVIÇOS PSICOLÓGICOS EM SAÚDE MENTAL: a percepção dos psicólogos inseridos nos CAPS, CAISCAS e Ambulatórios de Saúde Mental de São Luís - MA”. O trabalho tem como objetivo geral: analisar a percepção dos psicólogos inseridos nos CAPS, CAISCAS e Ambulatórios de Saúde Mental de São Luís, Maranhão sobre o papel da Psicologia nesse serviço. O mesmo é desenvolvido pela aluna concluinte do Curso de Psicologia da UFMA Ana Tereza Pereira Vitor Barbosa, sob a orientação da professora Ms. Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo, docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão.

Com a assinatura deste documento, você concorda em participar no estudo e declara estar ciente do seguinte:

1. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas² com seres humanos da Universidade Federal do Maranhão – UFMA (CEP/UFMA);
2. A minha participação na pesquisa consiste em respostas a 1 (um) questionário sobre a minha percepção acerca dos serviços psicológicos em saúde mental na cidade de São Luís, Maranhão. Caso sinta-me desconfortável ou incomodado(a), por qualquer motivo, será possível interromper a participação a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalidade ou prejuízo;
3. Permito que as pesquisadoras relacionadas neste documento obtenham minha gravação de voz para fins de pesquisa, concordando que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras e/ou periódicos científicos, garantido meu anonimato;

² O CEP/UFMA funciona na Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07. E-mail para correspondência cepufma@ufma.br Fone: 3272-8708.

4. Não haverá nenhum custo para participar desta pesquisa e também qualquer remuneração ou gratificação por parte da pesquisadora ou qualquer pessoa envolvida na pesquisa;
5. Está assegurado meu anonimato e as pesquisadoras ficarão à disposição para eventuais esclarecimentos;
6. Os riscos em participar deste estudo incluem possíveis desconfortos ou pensamentos aversivos, que caso ocorram, o estudo será interrompido;
7. O benefício que esse trabalho poderá trazer não é direto nem imediato. Os resultados alcançados poderão contribuir para o rastreamento da presença de psicólogos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de São Luís, Maranhão, além do aperfeiçoamento da formação em Psicologia com vistas à atuação na RAPS e, também, o aperfeiçoamento da atuação dos psicólogos já inseridos nas mesmas.
8. Receberei uma cópia deste termo.

Considerando estes elementos, autorizo a divulgação dos dados coletados referentes à minha participação, de modo que eu não possa ser identificado.

São Luis, _____ de _____ de 2017.

Aluna-pesquisadora³

Assinatura do participante

³ Contato da aluna: Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CCH, Sala do Departamento de Psicologia. E-mail pessoal para correspondência: anaatereza@gmail.com. Fone: (98) 98476-5218/ (98) 3238-9067.

APÊNDICE 4: Entrevista 1

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

CRP: 22/*****

Naturalidade: São Luís - MA

Idade: 38 anos

Local de formação: CEUMA

Ano de formação: 2003

Pós-Graduação: Psicologia Hospitalar, Dependência Química, Mestrado não concluído em Psiquiatria e Psicologia Médica

Ano da pós-graduação: 2005

Local de trabalho: Ambulatório de Saúde Mental/CAISCA

Tipo de contrato de trabalho: Efetiva (Concursada)

Tempo de atuação nesse local: 9 anos

Horário de trabalho nesse local: Manhã e tarde

Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial: 14 anos

ENTREVISTA

“Quais os principais avanços percebidos durante o seu tempo de atuação?”

“Eu acho que, pro que tava, eu vejo movimento. Tenho contato com pessoas da coordenação de saúde mental do município e do estado... existem pessoas buscando essa melhoria, integrar mais, fazendo as capacitações. Hoje, a gente tem alguns dispositivos que já falam em matriciamento. Que, ao meu ver, você não pode trabalhar e pensar em saúde mental sem a ideia do apoio matricial, que é essa ideia da saúde mental com atenção primária. Isso é fundamental. Então, eu vejo que tá, sim, mudando nesse aspecto. Já tem dispositivos, por exemplo, que a equipe já foi capacitada, já estão iniciando isso. Tem, também, os NASF atuando. Alguns atuando melhor do que outros... mas eu vejo, no geral, que melhorou, sem dúvidas. Mas eu vejo que, no geral, a gente ainda precisa caminhar bastante, ainda falta muito pra se chegar, de fato, a essa integração. Hoje você tem essas capacitações... creio que os eventos aumentaram, também. Esses eventos, seja fórum, os momentos de debate, mesa redonda. Eu acredito que isso aumentou, também. Ah, tem uma coisa sim que foi uma grande evolução, foi algo que eu percebi. Por exemplo, na minha época não tinha... porque eu já dei aula por quase 3 anos no

Pitágoras, eu fui professora do curso de Psicologia. Uma coisa que eu observei, também, em relação à matriz curricular, que na minha época não tinha uma das disciplinas que eu dei na época que eu tava lá, foi clínica ampliada em saúde mental. Então, hoje, já existem disciplinas mais específicas e voltadas pra isso. Por exemplo, na minha época, nem opcional não foi. Tinha a parte de hospitalar, as atuações, as abordagens. O momento do estágio curricular... mas eu vejo que hoje, até em termos de matriz, pelo menos da que eu pude lecionar essa disciplina, isso também se modificou. Eu vejo algo extremamente positivo. Porque isso precisa ser trabalhado desde a graduação, precisa começar o mais cedo possível.”

“Quais as principais dificuldades enfrentadas em seu local de atuação? Lá no CAISCA, no Ambulatório...”

“O que eu vejo, as principais dificuldades... uma muito evidente, é que é uma demanda muito grande e poucos profissionais. Por exemplo, hoje, às vezes, tem casos que a gente tava tentando se organizar pra atender, no máximo, 1 vez por mês. Que a gente sabe que não é nem indicado, mas é dentro da nossa realidade, dentro das nossas possibilidades. Mas, eu me lembro que teve um momento em que tava ficando quase 1 mês e meio, às vezes até 2 meses. Quando a gente se reuniu, enquanto equipe, eu conversei com as outras psicólogas e a gente decidiu ‘Olha, então, por enquanto, a gente não vai atender mais caso novo. A gente não tá nem conseguindo dar conta da nossa demanda de quem a gente já tem’. Quanto mais forem entrando pessoas, mais vai espaçar os retornos, mais difícil vai ficar de acompanhar. A gente até decidiu. Mas, assim, por outro lado, por mais que muitas vezes a gente que tá ali na linha de frente decida isso, muitas vezes vem uma ordem da secretaria, da SEMUS, que tem que atender, ou tem que... aí a gente entra em um outro entrave. Eu vejo que, muitas vezes, isso acontece. Tem muitas situações em que a direção não se posiciona. Porque, enfim, vai chegar uma hora em que, se eu tô sempre recebendo pessoas e pessoas, casos novos o tempo inteiro, e a equipe continua a mesma, é óbvio que vai haver uma superlotação. Mas aí, talvez a gente tenha que fazer o que a gente fez da outra vez quando o ambulatório começou a ser reformado... é parar mesmo o trabalho e marcar uma reunião com a própria secretária de saúde e falar da nossa realidade e se posicionar. É o momento em que você tem que falar um pouco do seu trabalho, porque é a gente que sabe o que é que vai dar conta ou não. Pra não chegar, também, no momento de

sobrecarga. Eu vejo que tem uma preocupação muito grande com quantidade e a gente quer qualidade.”

“E quais as principais atividades que vocês desenvolvem?”

“Lá, na parte da psicologia, a gente tem atividades em grupo, atividades individuais. Tanto eu, quanto a outra psicóloga... na verdade, nós somos 4. Mas eu e outra psicóloga, nós somos supervisoras técnicas nessa parte de estágio. Já recebi alunos do Pitágoras, já recebi alunos do CEUMA, acho que no começo até alguns da UFMA, também nessa parte de estágio. Um outro trabalho que eu gosto muito é esse contato com os alunos pra tá acompanhando os atendimentos. E, basicamente, a parte da psicoterapia é isso: é individual ou grupo, mas a gente também... aí tem também a assistente social, que é um outro trabalho muito interessante que existe no CAISCA, que é a parte de terapia familiar. Então é um outro momento importantíssimo de integrar essa família, ouvir, ter esse espaço em conjunto. Porque lá a gente tá ou individual, com essa criança ou adolescente, ou grupo. Mas são crianças ou adolescentes. E, se você também não insere a família, a gente sabe o quanto que essas famílias, sem dúvidas, são grandes referenciais, influenciam bastante. Todo esse contexto em que a criança ou adolescente estão inseridos... então ter esse espaço com ela, ouvi-la, é fundamental. E, quando necessário, a gente faz o encaminhamento pro ambulatório de adulto, pra ela, esse familiar, se for necessário, se a gente observar, fazer o acompanhamento psicológico individual.”

“Você acredita que sua formação acadêmica foi suficiente para suprir sua atuação profissional?”

“Foi. Eu sou muito grata. Eu acho que meu período de faculdade, no CEUMA, eu tive excelentes professores. Nessa parte, por exemplo, de hospitalar... porque, muitas vezes, nessa disciplina, tinha muito essa ideia também de ficar limitada só a hospitalar. A gente também acabava discutindo essa parte de psicologia da saúde como a gente fala hoje. Pra não ficar uma coisa muito limitada. Eu vejo que, no geral, em termos de graduação, foi muito bom. Pelos professores, pela nossa turma... a gente era uma turma muito dedicada, muito empenhada. Gostava de estudar, participava das discussões. Eu acho que isso fazia um diferencial. Porque a gente observava o quanto os professores gostavam de dar aula pra nossa turma. Então isso é um ponto positivo. Mas, se de repente, lá atrás, eu tivesse disciplina como as que existem hoje, quando a gente pensa... por exemplo, clínica ampliada em saúde mental. No Pitágoras tem essa parte de saúde mental optativa, que você

pode escolher se aprofundar, ver o que é que você quer fazer. Eu acredito que essas discussões, elas são importantíssimas ao longo do curso. Talvez pensar nessa área de saúde mental de uma forma transversal. Porque isso acaba se conectando com várias outras disciplinas. Diferentes contextos. Isso eu sinto falta. Mas, eu digo especificamente da minha formação, da turma, do grupo, dos professores... eu... pra mim, foi maravilhoso. Mas, sinto falta. Deixando só claro que poderia ter ampliado essa visão, de repente inserido também essas disciplinas, eu acho que seria um grande ganho. Isso eu fui buscar lá fora. Já no momento de pós-graduação, foi o momento de investir toda a vivência profissional, toda a vivência prática que eu tive nesses diferentes ambulatorios. Porque vejo, também, que o fato de ter tido essa experiência primeiro com adultos, depois com crianças, isso foi muito rico pra mim. Ver como é que é esse universo do adulto, como é que é esse universo infantil. Em diferentes serviços que são referência. Então isso tudo me ajudou muito.”

“E qual era sua visão da Rede enquanto estudante de graduação e qual é agora, depois de já estar inserida?”

“É uma pergunta profunda (risos). Eu vejo que é tudo muito bonito na teoria. Quando você vai ler, estudar um pouco da parte do SUS ou até compreender o que é que se fala quando pensa na própria temática da Reforma Psiquiátrica. ‘Vamos tirar esse pacientes e vamos criar esses dispositivos’. Tudo isso é fundamental, é importantíssimo, estamos completamente de acordo com isso, pensar em dar autonomia pra essas pessoas, que elas possam conviver em comunidade. Mas fica tudo muito bonito na teoria. Quando você vai pra prática, que até hoje eu vejo que ainda é uma grande dificuldade nossa, bem real, bem presente, que é essa articulação do serviço. Porque eu vejo que, às vezes, em outros grupos e discussões... é óbvio que falta mais, que a gente precisaria de mais CAPS I, CAPS II, CAPS-AD, AD 24 horas... mas, eu vejo, por outro lado, você vai ampliando, ampliando, ampliando, criando uma série de serviços e esses serviços não se comunicam entre si? Esses serviços não estão integrados? Ampliar é importante, porque eu tenho uma demanda imensa, ainda mais hoje que a gente vê cada vez mais as pessoas adoecendo, pessoas com problemas psiquiátricos... isso é uma realidade. A demanda, ela é cada vez mais crescente se a gente observar nas pesquisas e na prática. Mas, o que eu vejo, é que continua essa dificuldade de comunicação, de integração. Às vezes, é dentro do próprio serviço. Às vezes, a

gente tem dificuldade... a gente tá retomando aos poucos as nossas discussões de caso clínico, mas não vai nem metade da equipe. Que não tem tempo, aí cada um trabalha em um local diferente, em horários diferentes, correndo de um lado pro outro... eu vejo, hoje, o maior desafio, de fato, é poder integrar essa rede.”

“E como você observa a inserção do psicólogo no seu local de trabalho?”

“Lá no ambulatório, o que eu posso dizer, é que a gente é bem respeitado. Até dessas parcerias mesmo, não só com o psiquiatra, mas com os outros membros da equipe. Eu vejo que eles valorizam muito a questão da psicologia. Não só pros encaminhamentos, momentos de triagem.. eles pedem muito essa questão desse acompanhamento, as assistentes sociais dão muito essa questão da ênfase, pra, também, a gente fugir um pouco dessa questão de só medicalizar. Só medicamento e medicamento, achando que isso vai resolver, quando a gente sabe que na verdade a coisa é muito mais complexa e ampla. E nem achar que é só psicoterapia. Tem as outras áreas... mas, eu vejo dos próprios pacientes, que fazem o acompanhamento... dão sempre os feedbacks... a gente tem sempre esse contato dos alunos com eles, é algo que eles dão sempre muita ênfase. Em algumas situações, até comparam um pouco com o atendimento do outro, que às vezes o psiquiatra foi muito rápido, não olha, não conversa tanto, já o psicólogo conversa mais, acolhe mais... já vi diversas vezes esse tipo de relato. Mas, também, observo que tem outro público... esse eu já tô falando especificamente dos pacientes... já tem outro grupo que eu vejo que ficam mesmo presos naquele círculo vicioso da medicação, então ele vai ele só quer uma nova receita, renovar aquela receita, comprar o medicamento e continuar tomando. Já tem uma parcela de pessoas ali que eu vejo uma dificuldade de aderir, pensar num processo mais amplo, de querer fazer realmente o acompanhamento. Eles querem muito mais só o medicamento. quando mais rápido... se não puder nem ir pra consulta, ele só prescrever o que eu tenho que tomar, tá ótimo. Também tem essa população.

“Você acredita que os serviços oferecidos suprem a demanda?”

“Não. Falta muito. Até porque, por exemplo, tem uma coisa que a gente tá fazendo que a gente não deveria, se for levar em consideração a ideia de território. Nós somos município e era pra gente atender o nosso território. E a gente tá inserido ali no território Vila Embratel, Vila Nova, essa parte do Anjo da Guarda e adjacências. É esse o nosso território. Só que, hoje, por conta da falta de outros serviços, de ter uma demanda imensa e não ter outros serviços pra suprir aquilo, a gente atende

peças de outros municípios, do interior do estado. Não era pra gente fazer isso. O nosso serviço, ele é municipal. De repente, por exemplo, quem é a referência que deveria dar conta dessa demanda é o Nina Rodrigues, que é estadual. Mas o que a gente vê é que não tem serviço disponível. Tem muitos dispositivos na rede que hoje nem tão atendendo casos novos, muitos continuam encaminhando pra gente. Então, que é necessário a criação de novos dispositivos, sem dúvidas. Mas eu vejo que as pessoas se preocupam muito nisso, em criar, criar, criar... a mesma coisa: vamos criar hospital, vamos criar escola, mas não preparam os serviços. Quem vai tá lá dentro, quem vai conduzir, como que esses diferentes serviços vão se articular... tem outras demandas importantíssimas que não são pensadas. Porque meramente construir, tá lá bonitinho o local, mas não sendo bem utilizado, é complicado.”

APÊNDICE 5: Entrevista 2

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

CRP: 22/*****

Naturalidade: São Luís - MA

Idade: 43

Local de formação: UFMA

Ano de formação: 1997

Pós-Graduação: Gestalt-Terapia, Dinâmica de Grupo, Neuropsicologia

Ano da pós-graduação: 1999, 2002, 2010

Local de trabalho: CAISCA

Tipo de contrato de trabalho: Concursada (Efetiva)

Tempo de atuação nesse local: 9 anos

Horário de trabalho nesse local: Manhã

Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial: 9 anos

ENTREVISTA

“Quais avanços percebidos durante seu tempo de atuação?”

“Os avanços, se for ver pelo lado material da coisa, não teve avanço nenhum, pelo contrário, a gente teve um retrocesso. Porque saímos de um prédio onde tava tudo organizado, bem equipado e, por conta de uma reforma que tava precisando, tiraram a gente de lá e colocaram emprestados aqui. Porque a gente não é daqui da unidade mista, a gente é de lá do Clodomir. E aí ficou bem apertado, tu vê essa briga de sala, briga de horário, porque um tem que esperar o outro terminar de trabalhar pra entrar na sala. Então a gente tem profissional que chega aqui 10 horas, porque não dá pra chegar antes, porque não vai ter sala. E aí a gente se intercalou pra ver se consegue ficar todo mundo no mesmo lugar e dividindo as salas. Nesse sentido, não houve avanço. Qual foi o avanço... essa maior interação que a gente busca ter, com exceção de alguns profissionais que, às vezes, não participam efetivamente das reuniões, das discussões de caso. Então a gente tem essa parte de discutir cada caso que estão mais preocupantes, a gente discute pra... isso, pra mim, é um avanço de um trabalho interdisciplinar. Porque o que a gente vê muito na rede pública é um trabalho multidisciplinar. Cada um fazendo o seu, cada um fazendo uma coisa diferente, que tem valor, mas quando o trabalho é interdisciplinar,

eu te dou uma sugestão, tu me dá uma sugestão. Porque quem tá sempre de fora tem uma visão macro daquela questão e tem uma percepção diferente. Como eu atendo a criança sozinha, com exceção da primeira consulta... das devolutivas que eu dou de 8 em 8 sessões, a mãe não entra, então geralmente é só a criança... eu tenho uma visão, eu que eu falo as psicólogas... eu e as outras duas, temos uma visão bem diferente do que quem atende a mãe e a criança junto, como a terapeuta de família, como a assistente social, como a médica, a pediatra, a psiquiatra. Elas atendem e têm a visão da mãe, praticamente, porque a criança pouco fala nessas horas e, se falar, leva. Então, assim, é legal essa interação, porque, às vezes, eu não sei exatamente como a mãe pensa como a psiquiatra vê e a psiquiatra não vê como a criança pensa como eu percebo. Então é legal essa interação, acho válida, bem válida.”

“Quais as principais dificuldades enfrentadas em seu local de atuação?”

“A primeira tu já viste, que é basicamente isso, alguns profissionais, principalmente alguns profissionais da área... eles se sentem superiores, o psicólogo é como se fosse um assistente e fica nessa briga ‘a cadeira é minha, sai daí. Não importa se tu chegou mais cedo, a cadeira é minha. A sala é minha, sai, eu quero isso’. Então, é um pouco chato, mas eu não tô generalizando não. Tem profissionais também dessa mesma área que são muito corretos, éticos, sabem dividir muito bem o nosso espaço aqui. Mas aí tem esses complicativos... agora, a complicação maior aqui, que não é exatamente minha só, é de todo mundo, a minha acho que talvez seja a parcela menor, é material. Lá no Clodomir a gente tinha os desenhinhos e tudo. Aqui, a gente só tem uma salinha adequada com o tema infantil, porque os outros profissionais não atendem nas salas que tem esses enfeites. Porque, como eles atendem adultos, dizem que o adulto vai se recusar... não sei até que ponto isso é real ou se é coisa deles... que o adulto vai se recusar a entrar numa sala em que tá preparada pro público infantil. Então, eu não tenho material, a gente tem que contribuir. A gente que compra brinquedo, a gente que compra jogo, a gente que compra lápis de cor, de cera, do que for. Se a gente precisa, a gente tem que comprar com o nosso dinheiro e fazer ser usado aqui. Porque dificilmente a gente consegue nesse sentido. O que eles reclamam também, os pacientes... chega pra mim a reclamar, mas eu não tenho... primeiro que eu não dou receita de medicação nenhuma, o psicólogo não pode dar. Eles reclamam que não tem remédio. Então, às vezes, não tem remédio... que as pessoas já me falaram que às vezes demora. Aí o

paciente fica sem remédio, e aí entra em surto e isso dificulta às vezes. Essas são as dificuldades. Outra dificuldade que eu percebo... mas isso é da rede pública e não é que eu diga que é trágico, mas é mais difícil. Se eu tô num lugar particular, num hospital, numa clínica... eu tenho um acesso mais rápido a quem tá lá em cima, que vai providenciar alguma alteração, algum material, alguma demanda. E, na rede pública, você tem muitos estepes pra chegar até, tem uma distância maior pra poder conseguir resolver o problema. Então isso é um processo. Não é que seja um defeito, mas é o natural. Se eu tenho que ir pra direção, a direção tem que ir pra secretaria, a secretaria tem que ir pra uma instância maior e assim vai. Aí o processo fica um pouco mais lento pra alguma alteração, alguma demanda de material.”

“ E quais as principais atividades que você desenvolve?”

“Aqui eu desenvolvo o atendimento clínico, às vezes palestras, às vezes grupos de mães que a gente organiza pra atender. E, fora isso, o grupo em si, o CAISCA, que é dentro do Clodomir... o CAISCA que é o Centro de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente... a gente organiza festinhas. No dia das mães a gente organiza alguma coisa pras mãezinhas. No dia das crianças a gente também... tudo com recurso próprio, que a gente pede ajuda pra amigos, parentes, pra colaborarem.”

“E você acredita que sua formação acadêmica foi suficiente para suprir sua atuação profissional?”

“Com certeza, com certeza. Quando eu vou fazer alguma... porque eles encaminham, pra mim, especificamente, como eu tenho essa especialização em neuropsicologia, quando são pacientes neurológicos ou algum paciente que precise de uma avaliação melhor, uma suspeita de dislexia, um TDAH, alguma coisa assim. Geralmente, encaminham pra mim. E a gente acaba dividindo as coisas aqui. Tem a outra psicóloga, tu fizeste com *****, né?! Não sei se tu observaste, os casos de ***** têm muito de comportamento, mas também tem alguns de substâncias psicoativas, porque cada uma tem uma... é, não chega a ser, mas a tendência da assistência social é fazer isso ‘ah, eu já sei que fulana se dá melhor, domina melhor essa área’ e divide. E aí, no meu caso, às vezes fica um pouquinho difícil, porque, às vezes, eu preciso de um teste pra fazer uma coisa mais apurada, mais técnica, e aí eu tenho que trazer, pagar, porque senão, não rola. Não acontece porque não vão fornecer nunca. Eu já fiz pedidos de testes, mas nunca vem nenhum. Nem um D2 pra ver uma atenção concentrada, nem isso não veio.”

“Qual era sua visão da Rede enquanto estudante de graduação e qual é essa visão agora enquanto profissional?”

“Eu tinha uma visão péssima da rede. Péssima porque as pessoas... o brasileiro tem o costume de só reclamar. De não ver qualidade em nada. Então eu imaginava que... assim, um horror. Tanto que quando eu passei no concurso... eu vou ser sincera, quando eu passei no concurso meu objetivo era só título, só pra dizer assim ‘passou no concurso’. Aí me sugeriram ‘experimenta. Se tu não gostar, tu sai’ e aí eu gostei, porque pra um profissional que gosta mesmo, não vou falar pra quem não gosta. Mas, assim, o profissional que gosta da psicologia... é uma riqueza de casos que em lugar nenhum, consultório nenhum, clínica particular, hospital tu vai encontrar. A riqueza de casos, tem tudo... por exemplo, outro dia tavam falando que tava na moda aquela história e tal. A baleia já tava aqui há muito tempo, quando começou na internet, a baleia já tava aqui, entendeu?! Eu falei, eu comentei com o pessoal ‘gente, essa baleia já tá rolando aqui há muito tempo’. Tem coisas que eu não sei como... por ser rede pública e por ser pessoas de menor aquisição e poder aquisitivo... mas, assim, essas coisas, parece que andam mais rápido, a porta de entrada é mais rápida por aqui. Ou então, na rede particular as coisas são mascaradas e a gente não tem acesso por isso. A riqueza aqui é inegável. Pra quem quer conhecer mesmo todas as nuances, todas as CIDs que existe pra um psicólogo trabalhar, aqui é o ideal de trabalho.”

“E como você observa a inserção do psicólogo no seu local de atuação?”

Eu acho super importante. Tirando aquela parte que eu te falei, nós somos muito respeitados pelos pacientes, muito amados, queridos, eu acho muito válido. Eu, pessoalmente, me disponho. Eu deixo marcado, claro, a consulta. Mas, se alguém precisa conversar, vem... alguns casos não, porque a gente sabe que alguns casos são pessoas que tem um probleminha já com a atenção, elas querem chamar atenção. Então, essas pessoas, a gente não pode deixar que qualquer hora venha. Mas tem pessoas que precisam, principalmente aqueles casos de tentativa de suicídio e tudo. De crianças, que é uma coisa assustadora, que a gente imagina que não tenha em São Luís, mas tem, então eu fico disponível. Então, às vezes, o menininho... já aconteceu do menininho de 11 anos vir aqui correndo ‘tia, eu tô pensando em muita porcaria, eu quero fazer aquilo’ e a gente para tudo e atende ele. Então tem que ter essa... isso, a recíproca do atendimento da gente com o que a gente recebe de feedback deles. Agradecimento, os presentinhos, aí eles trazem

uma fruta... eles trazem o que eles tem... aí trazem um desenho. Então eu acho muito legal, eu até me emociono.”

“Você acredita que os serviços oferecidos suprem a demanda?”

“A gente faz tudo que a gente pode. Então, assim, como eu não tenho esses testes, por exemplo, eu faço com o que tem aqui. Por exemplo, se eu quero ver o raciocínio lógico de uma criança, aí eu pego o joguinho que a gente tem de sequência de historinha, de sequência lógica de historinha e vejo mais ou menos... é claro que eu não vou poder dar um percentual, um perfil exato, mas eu tenho uma noção se aquilo ali tá deficitário pra idade ou não. Se não é só a idade, se é a questão da série em que ele tá inserido. Ou seja, eu tenho uma noção do que tá acontecendo. É claro que eu não posso fazer como eu faço lá no consultório ‘oh, apliquei o teste tal, observei que o raciocínio lógico tá tanto a mais ou tanto a menos’. Eu não posso dar essa precisão. Mas a gente faz de tudo aqui. Então, por exemplo, o HTP, a gente consegue trabalhar bem, porque ele é um teste maravilhoso, porque te dá muito subsídio e não tem custo nenhum, só uma caneta e um lápis e acabou. Esse é um bom teste pra trabalhar com algumas crianças pequenininhas, porque aqui, geralmente, só aceita a partir de 6 anos, mas eu pego tudo. Se vier uma criança de 2 anos, eu atendo. Como eu tenho o teste de Columbia, quando eu vou trabalhar com essas crianças, eu aplico o teste de Columbia, que não sai muito caro... aliás, não sai caro pra mim porque eu tenho bastante e, como a gente só usa uma folha, eu uso pra ver como tá a maturidade da criança e tudo. Fora outras artimanhas que a gente tem pra observar algumas suspeitas de abuso, de violência em casa, através do desenho.”

APÊNDICE 6: Entrevista 3

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

CRP: 22/*****

Naturalidade: São Luís - MA

Idade: 35

Local de formação: Universidade de São Paulo

Ano de formação: 2006

Pós-Graduação: Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Mestrado em Psicologia

Ano da pós-graduação: 2011, 2014

Local de trabalho: CAPS-AD

Tipo de contrato de trabalho: Concursado (Efetivo)

Tempo de atuação nesse local: 9 anos

Horário de trabalho nesse local: Manhã

Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial: 10 anos

ENTREVISTA

“Quais avanços percebidos durante seu tempo de atuação?”

“Isso é uma boa pergunta, ainda mais sendo feito num momento oportuno, porque a gente tá passando por mudança de direção, de diretor da unidade. E esses dias eu fiquei pensando muito nisso, eu fiquei pensando... Bom, só um parentesis. Eu vou falando aqui, vou devaneando, depois você transcreve e resume. Mas eu vou falar o que to pensando em voz alta. Por conta dessa mudança, me fez pensar o que é que a cada mudança, o que é que há na direção, se isso corresponde a melhoras, as transformações no serviço. Bom, eu posso dizer o seguinte: do ano que eu entrei em 2008 até 2012, 2008 ate 2012, foi um período em que havia uma coordenadora de saúde mental que não nomeava o diretor da unidade. Ela passou algum tempo trabalhando sem diretores nomeados. Ela fazia uma espécie de supervisão geral de todos os serviços sem que houvesse diretor nas unidades. Então esse foi um período em que a gente sofria porque havia dificuldades muito práticas de manutenção do espaço, de manutenção da casa. Essa parte muito administrativa de bens, de materiais que a gente ficava muito prejudicado sem ter a direção e sem ter alguém que fizesse, se comunicasse com as outras instituições. Que assumisse o papel de diretor pra se comunicar com outras instituições, que centralizasse as

informações, que fizesse esse papel de diretor mesmo. Teve um tempo que a gente não tinha isso e o CAPS funcionava pior. De 2012 a 2016, a gente teve essa diretora, que foi uma diretora muito competente, que se responsabilizava muito pela manutenção do espaço, pelas condições do espaço, pelas condições de funcionamento da casa e organizou realmente a participação do caps no debate do município pela comunicação pelas instituições públicas, tanto da justiça quanto de outros serviços de saúde mental. Então de 2012 a 2017 houve esse avanço por, assim, simplesmente ter presente a figura da diretora, que eu acho que fez muita diferença, trouxe uma qualidade pro espaço do caps e eu acho que pra esse esforço de o caps se comunicar com outras instituições, que é um esforço enorme que é necessário pra se alcançar o mínimo de resultado. As instituições, talvez isso toque um pouco no tema do seu trabalho, as instituições... Acho que todas elas têm essa dificuldade de conseguir se comunicar com outra instituição, porque a rotina da instituição consome muito os profissionais. A rotina interna da instituição consome muito os profissionais. Então quando é necessário comunicar uma instituição com a outra, tentar articular ações em comum, tentar fazer com que usuários do sistema tenham o apoio em comum das instituições, isso é muito difícil. O sistema e os profissionais não estão muito bem preparados pra isso. Eu to dizendo isso pelo seguinte: porque eu acho que essa diretora que teve, ela se esforçou muito por isso e houve uma melhora nesse sentido também. Não foi uma melhora enorme, mas foi alguma melhora... Mas que da pra entender que essa pouca melhora foi resultado de muito esforço da parte dela. E, por último agora, tá chegando uma nova coordenadora e aí houve alguns dias de receio e fica essa pergunta “o que é que melhora e o que é que piora na saúde mental com o tempo?”. E eu acho que, assim, a minha opinião é que... Só voltando, a sua pergunta inicial é exatamente qual, assim? (Os avanços percebidos) Ah, perceber avanços... Pois é, houve esse avanço no período dessa gestão e eu acho que, nesse momento, assim, o avanço que eu espero, que eu acho que seria um verdadeiro avanço, seria, assim, haver uma direção, o cargo de diretor, a pessoa da direção ter uma experiência, ter conhecimento sobre como se trata um caso individualmente. Ou seja, que a pessoa da direção tenha uma boa experiência como profissional, como trabalhadora do caps. Porque eu acho que nós psicólogos, principalmente que somos ensinados, somos formados com uma preocupação muito grande pela atenção muito singular, muito individualizada, temos dificuldades, não somos muito bem compreendidos

pelas outras áreas. Eu acho que as outras área tendem a ter um olhar mais superficial, mais distanciado sobre cada caso, sobre o percurso do usuário do serviço. Então um avanço que eu gostaria que tivesse era que a saúde mental se debruçasse, ela reconhecesse a necessidade de uma atenção muito individualizada e que o serviço todo estivesse muito preparado pra essa atenção bastante individualizada. Esse é um avanço que, bom, eu posso dizer que houve quando aconteceu a nomeação dessa diretora entre 2013 até 2017 e que eu gostaria que houvesse nessa nova gestão. Mas, bom... Vamos ver. É uma... Como é que eu posso te dizer?! Eu acho que é um avanço que depende de coisas mais complexas. Eu acho que, por exemplo, ter sido nomeada uma diretora, uma diretora que se preocupava e que tinha... Que se preocupava com o bom funcionamento administrativo e que tinha uma preocupação com os clientes também foi um grande avanço. Mas esse novo passo de um aprofundamento no acompanhamento de cada caso, eu acho que é um passo que dependeria de uma mentalidade muito diferente da que é a mentalidade comum hoje, que é o consenso hoje, digamos. Então eu acho que o avanço que eu, eu acho que houve avanço, mas eu acho que o avanço que eu espero tá um pouco distante de acontecer.”

“Quais as principais dificuldades enfrentadas em seu local de atuação?”

“Olha, a principal dificuldade e até acho que talvez exemplifique, torne mais compreensível o que eu tava falando. Dois materiais que faltaram durante quase toda essa ultima gestão da prefeitura foi um telefone e um carro disponível pra gente fazer visita domiciliar. E são itens essenciais porque a nossa clientela é uma clientela que, ela inicia o tratamento, mas é comum... Na verdade, é parte do próprio quadro psicopatológico, podemos dizer, ele vai ter dificuldades, ele vai ter recaídas, ele vai ter momentos em que vai fazer uso de drogas, vai se ausentar aqui alguns dias do serviço. Então a gente ter telefone pra entrar em contato com ele, com o familiar e ter o carro pra fazer as visitas domiciliares, bom são instrumentos que seriam muito importantes pra gente e a gente não teve. E eu acho que isso não deixa de ter haver... Assim, bom. Isso foi uma dificuldade. Uma outra dificuldade paralela a essa eu acho que é a ideia de que, eu acho que muitos profissionais ainda não conseguem, assim, ser convencido de que é possível o tratamento do usuário de drogas mesmo nos seus momentos críticos em um serviço aberto. É muito comum da parte de alguns profissionais logo pensar que é necessário um outro tipo de internação, é necessário um encaminhamento pra um outro tipo de

instituição integral, fechada quando o caso se agrava um pouquinho, quando a recaída é um pouco mais extensa. E essa perspectiva de que não, um serviço aberto pode dar conta de um momento de crise, o serviço aberto pode dar conta de um momento de crise talvez contando apenas com o apoio de uma internação mais curta, isso não é muito comum. Pra mim, isso é uma dificuldade. Porque, assim, eu quero trabalhar nessa perspectiva de que a recaída e os momentos de crise do usuário de drogas possam ser entendidos de uma outra maneira pelos profissionais, possam ser um acontecimento muito pontual, muito preciso do tratamento, que pode ser superado, pode ser no serviço aberto. E a maioria dos profissionais, ou muito dos profissionais pensa que não, pensa que o caps só pode agir até um certo ponto e que a partir de um determinado grau de dificuldade ou da frequência da recaída do sujeito ele tem que necessariamente ser encaminhado pra um serviço integral. Então essa dificuldade... É uma grande dificuldade porque aí deixa de fazer valer o princípio mesmo, eu acho, que orienta a saúde mental atualmente e que orienta a minha prática de tentar evitar internações. A prática... Não é nem só de evitar internações, eu acho que é de entender que as pessoas têm crise de angústia, tem momentos de angústia, tem momentos de uso de drogas porque tava angustiadas. Mas que isso aí pode ser muito momentâneo e ela pode querer continuar o tratamento no serviço aberto, ela tá apta, tá bem pra continuar no serviço aberto. Mas muitos profissionais não tem esse ponto de vista.”

“E quais as principais atividades que você realiza aqui?”

“Eu faço são os atendimentos individuais. Que eu considero a principal, que são os atendimentos individuais, que seria a terapia individual. E atividades em grupo, atividades coletivas que, bom, que eu não sei se eu dou o nome de terapia de grupo, não. Nem grupo operativo. Eu não sei bem como nomear tecnicamente. Até porque é uma área que eu não estudei muito. Mas, assim, eu faço uma atividade em grupo em que há uma discussão de um tema qualquer que o objetivo dessa discussão, desse tema qualquer que eu trage é tentar fazer com que eles falem mais sobre si mesmos. Que eles se apropriem mais da perspectiva desse problema que eles têm com as drogas. Se apropriem mais de toda a dimensão subjetiva, de toda a dimensão da vida pessoal deles que está relacionada com esse uso de drogas. Que eles deixem de ver o uso de drogas somente como uma questão de uso e repetição e dependência química. E consigam ver, realmente, toda a dimensão psicológica que tá relacionada com o uso de drogas. Então as atividades em grupo, a ideia é

que cada um possa falar um pouco e eu também com perguntas ou com algumas explicações. Trazer a ideia de que o tratamento não se resume à dependência química.”

“Você acredita que sua formação acadêmica foi suficiente para suprir sua atuação?”

“Deixa eu pensar... Bom, eu não lembro de ter feito nada na faculdade, nada mesmo, que mencionasse dependentes de drogas. Mas, de qualquer forma, a minha formação, ela se deu, como eu acho que é mais ou menos uma realidade da ufma, com aquela questão de um currículo antigo e um currículo que ia ser renovado. E eu ainda me formei nesse currículo antigo que, de fato, era... Não continha muitos estágios, muitos contatos com a prática do serviço público. Que eu acho que é uma ênfase que os currículos novos em psicologia procuraram dar. Então eu não tive contato, assim. Não tive nenhum contato. E as atividades em grupo, as disciplinas que tratavam de grupo, de terapia em grupo. Eu acho que, bom, talvez eu mesmo que não as tenha aproveitado como eu poderia, porque eu sempre me dediquei mais à clínica individual. Assim... Eu acho que a formação falhou um pouco, mas tinha essa questão mesmo do currículo. Acho que duas coisas: teve a questão do currículo antigo e também acho que teve a questão de que, no ano que eu me formei, no ano de 2001 até 2006, foi um período em que estava naquele crescendo até que o programa de drogas no país se tornasse o grande problema por um tempo. Manchete de todos os jornais e de todas as discussões. Então eu acho que isso talvez tenha feito com que isso fosse ausente, que não fosse mesmo tão presente quanto... Que não seria muito diferente mesmo. A formação, ela falou de... daquelas linhas gerais, das abordagens teóricas, e não aprofundou tanto quanto talvez quem tenha entrado depois até ouviu falar mais, mas nem tanto pela mudança curricular, mas porque se tornou um tema muito forte no dia a dia. Eu acho que pra um estudante de psicologia depois disso era impossível não ouvir falar ou não ouvir alguma discussão sobre o crack, sobre o uso de crack. Na minha formação eu passei... Não era uma discussão tão importante. Mas eu acho que, assim, eu acho que não me queixo tanto pela formação porque eu acho que com a formação pela clínica individual, eu acho que dá pra você se situar bem diante dos diferentes casos, das diferentes estruturas clínicas na psicopatologia. E eu acho que essa formação clínica mesmo, da clínica individual me serve pra eu me situar aqui. Talvez com algumas deficiências, mas eu acho que é suficiente pra eu ter uma direção do meu trabalho.”

“Qual era sua visão da Rede enquanto estudante de graduação e qual é essa visão agora?”

“Pois é, quando eu era estudante, realmente eu era alheio a essa preocupação. Eu não sei bem, eu acho que na minha cabeça, quanto estudante, eu pensava... Até por... Quando eu comecei a faculdade, 2001, 2002, 2003, eu acho que se falava muitíssimo pouco da presença do psicólogo como cargo, como parte da equipe na rede pública. Então foi algo que eu não pensava muito. Eu acho que na minha ideia era me formar e ter um consultório individual. Eu realmente não me lembro de ter me aproximado de discussões desse tipo e nem de ter formado uma opinião. Eu... É, eu ouvia vagamente falar da existência ainda de hospitais psiquiátricos no modelo antigo e ouvia falar de serviços que chamaram substitutivos, serviços mais modernos. Mas isso era vago pra mim, não era o centro dos meus interesses, entendeu?! Não era algo que eu pensava muito. Eu acho que hoje, o que eu vejo é... Bom, acho que... Quero dizer, assim, não houve uma quebra, uma grande mudança talvez por não ter formado uma opinião tão consolidada na graduação. Mas talvez porque, de qualquer forma, essas poucas linhas gerais quando eu era da graduação, acho que continuam atuantes, assim. Continua havendo discussão sobre grandes hospitais psiquiátricos. Principalmente no Maranhão essa é uma discussão ainda atuante na tentativa de reduzir vagas nos grandes hospitais psiquiátricos que tem aqui. E na tentativa de fazer os serviços substitutivos funcionarem. Então não mudou muito. Eu acho que, talvez, o que mudou pra citar assim uma coisa que eu acho que possa ser importante, eu acho que mudou um bocadinho a minha opinião sobre o uso de drogas. Eu acho que eu nunca fui muito simpatizante de uso e de uso recreativo de substâncias. Não fui, não tinha esse perfil de ser grande simpatizante, estar aberto, estar envolvido com esse universo que já é comum eu acho pra nossa geração. Não era, mas também não tinha uma posição claramente contra, não me posicionava muito. Me mantinha distante, mas não tinha uma opinião muito clara. E eu acho que, com o tempo, trabalhando em um CAPS AD fez eu ter uma opinião muito afiada, assim, eu acho. Sobre esse assunto, assim, de entender a questão do uso de drogas como, enfim, algo que é parte da cultura, que não se elimina o uso e o uso recreativo da substância. Mas ao mesmo tempo tornado muito mais crítico do uso irrefletido de substâncias. Então, sei lá, eu mesmo costumava beber. Acho que passei muito menos depois de conviver com esse espaço e de ser mais crítico em relação ao uso de drogas em geral. Eu acho que essa que foi a

mudança. Não sei se era bem isso que tu tava pensando. Não foi uma mudança ao serviço e à assistência, porque eu não tinha isso muito claro quando eu estava na graduação, mas eu acho que o que essa experiência me mudou foi esse ponto, de ser mais crítico, de ser mais exigente quando a discussão é drogas.”

“Como você observa a inserção do psicólogo no seu local de atuação?”

“Olha, eu acho que. Eu já disse, eu priorizo os atendimentos individuais, eu acho que deveria ser priorizado os atendimentos individuais pela instituição e não são. Então, eu acho que a atuação do psicólogo aqui... Assim, se reconhece a importância da presença do psicólogo, o psicólogo é muito solicitado em situações em que qualquer cliente tá mais angustiado, tá mais alterado, geralmente é o psicólogo que é chamado pra tentar fazer alguma coisa. Se sabe a importância do psicólogo, mas eu acho que não se investe, de fato, no trabalho dele com toda a sua potência. Que ele pudesse se dedicar a um número razoável de pacientes pra poder fazer os atendimentos individuais, fazer o acompanhamento mais aprofundado. Então eu acho que, pelo número de pacientes que eu tenho, que eu sou responsável, muitas vezes o atendimento individual, ele não ocorre com uma frequência tão boa, com uma frequência tão desejável. E isso, eu acho, é um grande prejuízo. Então, assim, de um modo geral, se reconhece a importância do psicólogo, mas ainda sem reconhecer, sem entender a maior parte dos profissionais e a direção, a instituição como um todo, reconhecer essa necessidade do trabalho realmente individualizado, aprofundado, com um tempo pra escuta individual. E que possa se repetir, que haja esse tempo pra cada cliente. Então, eu acho que... É, eu acho que é um espaço que só os psicólogos terão de mostrar isso, criar isso com o seu próprio esforço. Porque a instituição e os outros profissionais não vêm da mesma forma. E, às vezes, alguns psicólogos também não vêm dessa forma. Acho que a minha formação, o meu ponto de vista, eu estudo, trabalho com a psicanálise e eu acho que é um ponto de vista mais psicanalítico. Nem todos os psicólogos trabalham com isso. Então, eu acho que essa é uma dificuldade. Eu acho que precisariam mais psicólogos em um serviço como o CAPS. Mas, para que isso ocorra, teria que haver o reconhecimento dessa necessidade, de uma questão bastante individualizada que eu não sei de onde vai vir esse reconhecimento.”

“E você acredita que os serviços oferecidos suprem a demanda do local?”

“Não, não. Assim, seguramente não supre a demanda, porque a gente sabe que há muito mais usuários de drogas nessa região, nesse distrito sanitário da cidade que é

o Coroadinho, a região do Coroadinho. Esse bairro aqui, o Filipinho. O distrito se chama Coroadinho, mas tem os bairros aqui dessa região. Seguramente a gente sabe que o uso de drogas é muito maior do que o número de clientes que a gente tem aqui. A gente tem uma falha, eu acho, em captar pessoas que não estão conseguindo chegar ao serviço por si mesmas. Eu acho que o serviço, hoje, ele atinge um público muito específico. Que é um público que são pessoas que conseguem se dar conta do seu problema com drogas e tem um familiar, tem algum familiar que apoia a vinda dele pro tratamento. Então esse é um perfil muito específico. Existem muitos outros casos. Daqueles que não conseguem assumir o problema, que tem um problema com drogas, ainda que estejam sofrendo todas as consequências disso. E, na verdade, faltando algum apoio pra que ele consiga reconhecer isso. Tem aqueles que reconhecem, mas não tem o apoio familiar. Tem aqueles que não sabem da existência do serviço ou enfrentam outras dificuldades na sua família pra poder frequentar um serviço como esse. Então eu acho que o CAPS supre uma demanda muito específica que não é a demanda total dos usuários de drogas, que, teoricamente, deveria ser a demanda que ele deveria se aproximar. O CAPS, ele deveria estar nesse esforço pra atender os casos mais graves. Pra conseguir acolher os casos mais graves. Eu acho que, hoje, o nosso CAPS, ele cumpre o papel, tem bastante gente que vem se tratar. Ele não está ocioso, ele tá trabalhando. Só que ele responde a uma demanda muito específica. Que é o que eu resumiria agora, conversando com você, a isso: pessoas que se dão conta do seu problema com drogas e que têm familiares que apoiam a sua vinda ao tratamento. Pessoas que não estejam nesse ponto, e que, talvez, o CAPS poderia fazer mais coisas se atuasse de outras maneiras, se atuasse mais ligado à atenção básica, se atuasse mais... Se o serviço do consultório na rua, que é um outro dispositivo, se atuasse mais. Se houvesse mais essa interlocução, talvez a gente tivesse recebendo outro tipo de pessoa. Pessoa que perdeu o vínculo familiar, mas quer se tratar. Pessoa que ainda tá naquele estado de, que ainda tá na dúvida se quer parar ou não quer. Mas está frequentando aqui, tá escutando as palestras e tá formando a sua opinião. Que é a ideia da redução de danos. A pessoa não precisaria estar decidida a parar e a interromper totalmente o uso pra que ela tivesse frequentando aqui. E isso não acontece.”

APÊNDICE 7: Entrevista 4

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

CRP: 22/*****

Naturalidade: Brasília - DF

Idade: 30

Local de formação: UFMA

Ano de formação: 2009

Pós-Graduação: Saúde Mental, Mestrado em Psicologia

Ano da pós-graduação: 2012, 2013

Local de trabalho: CAPS-AD

Tipo de contrato de trabalho: Seletista

Tempo de atuação nesse local: 2 anos

Horário de trabalho nesse local: Tarde

Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial: 2 anos

ENTREVISTA

“Quais os avanços percebidos durante seu tempo de atuação?”

“Os avanços, a gente pode dizer não a nível material, porque, infelizmente, com a troca de gestão, ainda que tenhamos elegido o mesmo governante, algumas coisas se modificam e nem tudo surge contento. A termos físicos, materiais, a gente tá num processo de transição de direção da unidade. Então isso faz com que a gente tenha alguns impasses do ponto de vista material. Um exemplo: a diretora antiga tinha um material de psicomotricidade. Ela é TO, então ela tinha um material de psicomotricidade. Mas é um material dela. Não foi fornecido pela secretaria pra gente. Então, a medida em que ela sai, ela leva o material dela. Do ponto de vista físico, talvez nem tantos. Mas do ponto de vista de equipe profissional, a gente tem produzido alguns avanços no sentido de tentar acompanhar esses pacientes de uma forma mais próxima. Trazendo pra prática mesmo, não ficar a nível do discurso, da política, tentar trazer pra prática as equipes de referência, já que a gente tem um ambiente profissional em que da pra acompanhar os pacientes em duas micro equipes de referência e fazer o acompanhamento mais individualizado acompanhando as necessidades do paciente. E a gente tem conseguido, com muita dificuldade, mas tem conseguido, tentar colocar em prática o projeto terapêutico singular, que acaba sendo o calcanhar de Aquiles dos profissionais dentro da RAPS,

uma vez que, como é singular, não existe um padrão previamente colocado. Então as necessidades de cada cliente nossa a gente vai tendo que produzir um novo projeto terapêutico pra ele. Isso demanda tempo, isso demanda muitas reuniões de equipe, algumas decisões que só podem ser tomadas coletivamente. E, nesse sentido, eu acho que a gente tem avançado, nessa questão de que a gente precisa conduzir um tratamento em equipe e não só pela hegemonia do médico, por exemplo.”

“Quais as principais dificuldades enfrentadas?”

“No momento, as dificuldades, elas são muito do ponto de vista físico mesmo, assim... Não, tem mais (risos). Por exemplo, a gente gostaria de ter... A gente tem uma educadora física da equipe, mas nós não temos um espaço adequado pra prática de esportes. Então, os pacientes que ficam aqui com a gente pelo turno da manhã, eles... É possível que da gente fazer uma prática física com a quadra que é disponível aqui no próprio bairro. Mas os pacientes da tarde, em decorrência do sol ou da chuva, eles, nesse sentido, eles ficam mais prejudicados na atividade física, porque não tem um espaço adequado institucionalmente pra fazer esse tipo de atividade. Então a gente vai fazendo os arranjos. Não é que não é feito, mas é feito, mas não da forma como gostaríamos. Isso do ponto de vista estrutural. Da casa, de material que poderia ser mais disponibilizado pra gente. No momento em que a gente tá agora, a gente tá com falta de insumos, a gente não tem alimentação pra fornecer pros clientes, a gente não tem remédio... Então, a questão, ela tá precarizada. Quando eu cheguei, não era assim. Tinha... Enfim, tava num outro momento de gestão também. E aí a gente vai quebrando um pouco a fantasia de que trabalhar no serviço de saúde a despeito do que está acontecendo do ponto de vista maior da cidade. A gente ve os problemas acontecendo na cidade, bem práticos, como buracos que a gente encontra na rua, mas isso também, esse buraco também tá apresentado aqui na rede de saúde. E, profissionalmente falando, a psicologia... Uma das coisas que eu mais sinto falta é de alguma, algum movimento por parte da gestão, da secretaria municipal de saúde, no sentido de fornecer supervisão pra equipe. A gente sabe que o nosso trabalho, como psicóloga eu faço grupo, quando tu chegaste eu tava organizando com a ***** as atividades de grupo, da gente ficar a tarde inteira com eles fazendo atividade de grupo, aí hoje é o dia em que eu faço atendimento individual, aí tem o atendimento com família, tem grupo familiar, as vezes tem visita domiciliar... Ou seja, a gente acaba absorvendo uma

quantidade muito grande de demandas dos pacientes. A gente tem muitas queixas, muitas questões, a gente faz os atendimentos individuais. E aí, o que é que vai fazer com isso?! Alguns profissionais, eles começaram a pagar supervisão, mas eles desistiram no meio do caminho, porque é oneroso... Eu ainda insisto em tirar do meu próprio bolso pra fazer a supervisão, mas num funcionamento ideal da rede, isso era pra ser fornecido pra equipe. Que tivesse alguém de fora que pudesse supervisionar os casos que atendemos.”

“Quais as principais atividades que você desenvolve?”

Além dessas, tem o acolhimento lá na frente, tem as atividades de grupo terapêutico e grupo operativo. Terapêutico é conduzido por um profissional e o operativo, ele é conduzido pela equipe de referência com os pacientes de referência. Então o terapêutico, quem vier hoje eu vou fazer atividade com todos eles. Mas no operativo eu só vou fazer com os pacientes que eu acompanho que são da equipe de referência.

“E você acredita que sua formação acadêmica foi suficiente para suprir sua atuação profissional?”

“Não, até porque, quando eu me formei em 2009, a grade curricular, ela era outra. A gente não tinha a possibilidade de estudar da saúde mental, reforma psiquiátrica a gente viu em psicopatologia, mas era só aquela coisa assim muito pra gente... Conhecimento do que que era, como funcionava. Mas a gente não sabia que existia uma rede, como funcionava essa rede. Então isso só foi possível a partir da especialização. A graduação, ela não foi suficiente pra isso. Até porque na época em que eu me formei nem tinha essa discussão, por exemplo, voltada para o atendimento... Como o profissional da psicologia trabalharia com o usuário de álcool e outras drogas. Não era uma discussão muito em voga.”

“Qual era sua visão da Rede enquanto estudante de graduação e qual é essa visão agora?”

“Na graduação eu nem sabia a dimensão da rede, o que é que podia alcançar. O que eu tinha conhecimento era da alta complexidade, dos hospitais e da atenção básica. Mas não tinha o conhecimento de que entre a alta complexidade e a atenção básica existe um universo que a gente chama de atenção secundária, média complexidade. Tem esse movimento de um trabalho diferenciado das outras duas. E, até porque, eu me lembro também que na época da minha graduação, as atividades que a gente fazia era de visitar os hospitais psiquiátricos. Então é um

movimento completamente diferente do que a gente tem tentado fazer hoje. Tentar deixar o hospital psiquiátrico sendo a última, da última opção que a gente tiver. Essa rede, ela não era muito... Ela continua sendo insuficiente hoje. Mas ela era bem mais apagada, ou até inexistente para a academia do que é hoje. Hoje, aos trancos e barrancos, a gente tem alguns dispositivos funcionando. Mas esse CAPS aqui, por exemplo, eu tenho notícias do pessoal que tá aqui há mais tempo do que eu, que ele foi implementado no final de 2008. Eu já tava quase me formando quando ele estava surgindo.”

“Como você observa a inserção do psicólogo aqui?”

“O psicólogo aqui, ele é... Eu percebo uma boa receptividade da equipe, mas observo também que a gente tem muita demanda de trabalho. Os pacientes, eles tem necessidades... As vezes a equipe acredita que o psicólogo, ele é o bombeiro. Então, ontem, por exemplo, depois que tu fostes embora, um dos pacientes, ele tava mega agressivo, querendo tacar pedra no segurança. Então, quem é que eles foram chamar? O psicólogo. “Vão lá, resolvam, deem um jeito”. Então tentar desconstruir isso na equipe é um dos trabalhos mais difíceis... Eu acho que até mais difícil do que com os pacientes. Deles tentarem entender que eles também são parte disso e que, se eles não estão dando conta de resolver aquela demanda, por que é que o psicólogo que vai resolver?”

“E você acredita que os serviços oferecidos suprem a demanda?”

“De jeito nenhum. Acho que, se a gente fosse pegar a política aqui, considerando que a gente já tem mais de 1 milhão de habitantes, 1 milhão e meio, era pra ter, no mínimo, uns 6 ou 7 CAPS AD na ilha. Considerando que alguns tinham que ser III. A gente não consegue nem ter um CAPS AD III aqui. E a gente pega, por ser os únicos AD de referência esse daqui do município e o do estado, a gente pega gente de São Luís, Paço, Raposa... E alguns de interior do estado. Então, a gente... Pra ser uma rede com um fluxo ideal, funcionando por distritado, tudo direitinho, a gente tinha que ter, no mínimo, uns 6 pra 7. A gente não dá conta da demanda.”

APÊNDICE 8: Entrevista 5

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

CRP: 22/*****

Naturalidade: São Luís - MA

Idade: 35

Local de formação: CEUMA

Ano de formação: 2006

Pós-Graduação: Psicologia Hospitalar

Ano da pós-graduação: 2007

Local de trabalho: CAPS-AD

Tipo de contrato de trabalho: Concursada (efetiva)

Tempo de atuação nesse local: 8 anos

Horário de trabalho nesse local: Tarde

Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial: 8 anos

ENTREVISTA

“Quais avanços percebidos durante seu tempo de atuação?”

“Antes, tinha a questão do cliente... Ser obrigatório participar dos dois turnos, integrais, manhã e tarde. Hoje já tem uma flexibilidade maior. A gente houve a necessidade do cliente, vê do que ele precisa... Ah, eu posso estar disponível para o tratamento só a tarde, ou só pela manhã. Estou em crise, preciso passar um tempo maior nos dois horários por tanto tempo. Então hoje a gente não é mais rígido, a gente tem uma flexibilidade, tem um olhar mais... é... cuidadoso com o cliente, vê quais as necessidades dele e o que ele precisa pra poder atender e cuidar melhor.”

“Quais as principais dificuldades enfrentadas aqui?”

“A estrutura ainda não é adequada. O CAPS aqui ele não é uma sede própria, é alugada. Os espaços, ele não tem muitos espaços adequados para fazer uma atividade em grupo. Uma sala de arteterapia, uma sala de movimento, de esporte. Não temos uma estrutura mais adequada para outras atividades a não ser consultório.”

“Quais as principais atividades que você desenvolve?”

“Aqui nós fazemos atividades de grupo com os clientes, os atendimentos individuais com os clientes e com os familiares também. As principais atividades são essas, além do acolhimento. O cliente chega, a gente tira uma dúvida, faz uma orientação,

vê qual é a necessidade, se a problemática dele pode ser resolvida aqui ou em outro serviço. As principais são essas... Evolução de prontuário, documentação que é necessária de fazer, de entregar para a secretaria. Mas com os clientes são atividades em grupo e o atendimento individual.”

“Você acredita que sua formação acadêmica foi suficiente para suprir sua atuação?”

“Não. Naquele momento nós ainda não tínhamos uma orientação muito forte na universidade para os serviços públicos da rede mental. Então, a gente... Era obrigatório você sair de lá e se informar num curso de especialização a parte em saúde mental. Mas dentro da universidade foram informações muito básicas, muito poucas que não dava pra ter uma noção. Depois de 2006, no ano seguinte, já começaram os estágios de campo em saúde mental como esse que você tá fazendo.”

“E qual era sua visão da Rede enquanto estudante de graduação e qual é essa visão agora?”

“Eu não tinha uma visão muito clara. Naquela época, era mais falado em hospital psiquiátrico, não em uma rede de serviços articulado como é hoje. Era uma visão muito restrita. Somente quando eu cheguei a campo mesmo no trabalho é que eu pude conhecer, observar o que é que foi se tornando a rede. Porque enquanto eu estava começando o meu trabalho como psicóloga aqui no CAPS, os serviços da rede também estavam se estruturando. Hoje em dia essa visão melhorou...? Hoje em dia a gente vê que houve alguns avanços de categorias de serviços que podem receber esses tipos de cliente. Só que a quantidade de serviços é insuficiente para a quantidade de demanda de clientes. Então às vezes a gente fica encharcado aqui, aí orienta para outro lugar... Outro lugar também tem muita gente, aí orienta pra cá. Falta ainda aqui centro de convivência, que não existe. Áreas de lazer para os clientes que quando não estão aqui... Não existe uma unidade de 24 horas, só existe uma unidade de acolhimento transitório. Então falta alguns serviços que é previsto em lei, que ainda não tão implantados, e os que funcionam não se funcionam na sua plena capacidade. Ainda tem um pouco de entraves, um pouco de dificuldades na rede.”

“Como você observa a inserção do psicólogo aqui?”

“O CAPS, desde o início, ele sempre previu a atuação do psicólogo. Teve um tempo em que ele tava... A gente sempre quer mais colegas, ainda tem ainda um pouco de preconceito dos colegas virem trabalhar em CAPS, principalmente o AD, de álcool e

drogas né. Recentemente que veio uma colega pro período da tarde que pôde ajudar e dar um gás maior. Mas, assim, o psicólogo, ele é sempre bem-vindo. Acontece que nem todo o psicólogo tem o perfil para atuar nessa área, nesses serviços. E a visão dos outros profissionais sobre o psicólogo...? Atualmente a nossa equipe de trabalho ela tá aprendendo a se ouvir mais, a conversar mais, a ver o que é o meu fazer, o que que é o teu fazer... Como é que a gente pode se juntar pra fazer alguma coisa junto. Então ainda é uma construção de aprendizado. Não é uma equipe multidisciplinar ou interdisciplinar perfeita. Ainda tá se construindo... Ah, o que é que você pode fazer?! Esse aqui é o teu papel?! Até aonde eu posso ir?! Até aonde eu posso interferir no teu trabalho ou no meu trabalho?! Ainda tá em construção.”

“E você acredita que os serviços oferecidos suprem a demanda que se apresenta?”

“Não...”

APÊNDICE 9: Entrevista 6

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

CRP: 22/*****

Naturalidade: São Luís - MA

Idade: 35

Local de formação: CEUMA

Ano de formação: 2003

Pós-Graduação: Saúde Mental, Psicologia Hospitalar

Ano da pós-graduação: 2009, 2009

Local de trabalho: CAISCA

Tipo de contrato de trabalho: Serviço Prestado

Tempo de atuação nesse local: 13 anos

Horário de trabalho nesse local: Tarde

Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial: 14 anos

ENTREVISTA

“Quais avanços percebidos durante seu tempo de atuação?”

“A questão da rede que ficou mais... Porque, assim, quando eu entrei aqui, na verdade, esse serviço, ele tava iniciando. E a gente vem trabalhando, já construiu um nome... Esse foi o avanço. Porque, atualmente, o Farina, ele é uma referência na saúde mental. Então esse é o avanço que eu vejo. E, assim, o reconhecimento dos outros profissionais com relação à nossa importância na humanidade. Então, hoje, todos os profissionais das outras categorias, eles acham que é muito importante um psicólogo pra saúde mental. Hoje não se vê mais saúde mental sem psicologia. Os outros profissionais até pedem, solicitam que tenha mais. Eles passaram justamente a ter esse visão... Porque antigamente, assim, eu não peguei essa fase. Eu já peguei a fase da mudança. Mas antigamente “ah, o psicólogo, ele não é valorizado” a questão era só o médico e hoje não. A gente vê que o próprio médico solicita, tem muito encaminhamento pra nós, psicólogos.”

“Quais as principais dificuldades enfrentadas?”

“É falta de recursos mesmo. Infelizmente... A gente tem estrutura física, mas, às vezes, não tem o material pra trabalhar. Essa é a dificuldade que a gente encontra.”

“Quais as atividades que você desenvolve?”

“Aqui é a questão do atendimento individual. A gente faz a triagem, por exemplo. Às vezes, quando... Porque o serviço social é muito rápido. Então, se a gente identificar, por exemplo, “ah, precisa do médico”... Porque tem uns que já vem com o encaminhamento direcionado ao médico. Mas os que não vem, as vezes a gente identifica, a gente encaminha pro médico da unidade. Eu não faço, por exemplo, porque eu sei que tem médico que não gosta, eu só faço encaminhamento pro médico daqui. Encaminhamento interno, não faço encaminhamento externo. Eu peço pra eles procurarem um clínico geral e aí eles vão pedir encaminhamento. Ou então a gente encaminha... Porque aqui nós não temos é psicopedagogo, aí a gente encaminha pro psicopedagogo. Então, assim... Por exemplo, assim, vamos fazer uma diferença... Aqui, de manhã, o atendimento dos psicólogos, ele é para adulto. Porque antes tinha essa divisão. De manhã era só atendimento para adulto e de tarde era só atendimento pra criança e adolescente. Então a minha clientela aqui desde que eu entrei: criança e adolescente. Mas agora, pela dificuldade que eles estavam tendo com horário de médico, eles abriram... Porque, assim, de tarde também é feito atendimento para adulto. Porém, assim, nós, psicólogos, ainda estamos com essa divisão. De manhã é adulto e de tarde é criança e adolescente, certo?! Então, assim, é por isso que eu to te falando, a gente presta esses atendimentos, no caso, pra criança e adolescente e tem também a terapia de família. Que, assim, quando a gente encontra a necessidade, a gente encaminha os pais para a terapia de família. Mas, assim, sempre que a gente atende o adolescente, a gente dá orientações pros acompanhantes. Mas se precisar de uma coisa maior é que a gente encaminha pra terapia de família. Então o nosso serviço basicamente tá sendo esse.”

“E você acredita que sua formação acadêmica foi suficiente para suprir sua atuação profissional?”

“Não. Até porque os professores mesmos eles explicam “oh, vocês vão sair daqui generalistas”. E, assim, a gente, nós quando saímos, a gente não sabe que área... Onde é que a gente vai achar emprego. E aí quando tu se insere no mercado de trabalho é que tu vai correndo atrás, porque tu vai sentindo necessidades. Por exemplo, eu entrei logo na saúde mental, aí fui fazer uma especialização em saúde mental. Então tem coisas que quando tu te depara aqui, tu nem viu ou viu muito superficialmente. Mas isso é até explicado na academia, que eu acho que já falaram isso pra vocês, que vai ser um universo de pinceladas pra você assumir depois...”

Correr atrás de aprofundamento. Porque a gente tem que tá sempre se reciclando também, pra não ficar obsoleto aí no mercado.”

“Qual era sua visão da Rede enquanto estudante de graduação e qual é essa visão atualmente?”

“Olha, é aquela história mesmo: teoria é lindo, mas na prática, infelizmente, a gente não tem o apoio da rede. Essa é a visão que eu tenho. Tu sai da teoria perfeita. “Poxa, eu vou fazer, vai acontecer”. Acho que vai ser fácil. Mas quando tu chega no mercado de trabalho que tu não tem esse apoio, de rede, de recurso... Aí, como eu to te falando, a realidade é outra. Essa é a diferença enquanto profissional.”

“E como você observa a inserção do psicólogo no seu local de atuação?”

“Eu vejo muita facilidade, por conta disso que to te falando, de já darem muita importância. Então a direção daqui, por exemplo, vive solicitando psicólogo. Os outros profissionais cobram também. “Poxa, tinha que ter mais profissionais”. E aí não é difícil... A inserção de um psicólogo na saúde mental... Eu acho que, na verdade, ainda é a área que mais emprega, por causa da necessidade mesmo.”

“Você acredita que os serviços oferecidos suprem a demanda que se apresenta?”

“Não, não... Inclusive, assim, de tarde nem tanto, mas de manhã tem fila de espera. Tem a questão de que as vezes a gente tem que dificultar um pouco por falta de profissional. Então, assim... De manhã o psicólogo só atende se ele for atendido por um psiquiatra da unidade. Por que? Porque ele não dá conta da demanda que tem.”

APÊNDICE 10: Entrevista 7

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

CRP: 22/*****

Naturalidade: São Luís - MA

Idade: 34

Local de formação: CEUMA

Ano de formação: 2005

Pós-Graduação: Saúde Mental

Ano da pós-graduação: 2008

Local de trabalho: CAPSi

Tipo de contrato de trabalho: Serviço Prestado

Tempo de atuação nesse local: 2 anos

Horário de trabalho nesse local: Tarde

Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial: 11 anos

ENTREVISTA

“Quais avanços percebidos durante seu tempo de atuação?”

“Avanços talvez que... Um pouco mais de espaço pro psicólogo. Mas, assim, efetivamente, dentro da área da psicologia, pouquíssimos avanços.”

“Quais as principais dificuldades enfrentadas em seu local de atuação?”

“Aqui é difícil a gente conseguir executar aquilo que a gente aprende na faculdade em relação aos atendimentos, em relação aos instrumentos... São, às vezes, escassos pra gente colocar em prática, pra gente ter uma visão, uma ideia, um posicionamento, um parecer, um diagnóstico mais concreto. Eu acho que é uma das coisas que mais me deixa frustrada em relação a isso. Algumas imposições, algumas coisas que deixa a gente meio que questionando se é isso mesmo que a gente aprendeu, o que é que a gente não aprendeu... o que eu aprendi... foge um pouco dessa regra, mas que em algum momento a gente tem que seguir o que o serviço impõe, o que a demanda exige, porque a demanda é muito grande. Aqui, a demanda é muito grande, aqui nós só temos dois psicólogos pela tarde. Na verdade, a ***** chegou aqui acho que não tem nem 10 dias. Ela chegou aqui há mais ou menos isso. Pela manhã só tem uma psicóloga e, nossa... e o público... eu acho que 98% do público que tem aqui precisa da gente e é muito difícil você conseguir fazer esse trabalho individualmente, assim, para que você consiga fazer os seus

atendimentos da maneira mais ética possível tem sido complicado. Sabe uma dificuldade que alastra o meu coração com muito sangue? A dificuldade de conversar com o colega de profissão. Saber onde esse colega tá, de saber como esse colega vai se portar a mim e eu vou me portar a ele no sentido de colaborar se esse paciente for pra lá... eu não sei onde tá muitos dos meus colegas aqui, sabe?! É uma das coisas que me deixa, assim, muito intrigada. Saber onde estão os meus colegas, em que serviço estão os meus colegas, de que maneira isso podia tá somando comigo aqui, com os pacientes. É uma das coisas que me deixam, assim, reflexiva, porque eu... eu escutei uma frase esses dias, e eu concordo, que paciente não é só cabeça. E a gente precisa ter esse movimento e a gente não tem. Eu não sinto, apesar de já tá na área da saúde há 11 anos, eu não sinto isso. Assim, essa parceria com o meu colega do CREAS, com o meu colega do CRAS. Com os outros colegas do ambulatório... eu não sei onde eles estão. Talvez isso seja falha de rede, talvez isso seja falha da gente estar mais próximo em nível de conselho, do conselho nos assistir, do conselho nos apaixonar, do conselho estar mais perto da gente. Pode ser, talvez, por inúmeras razões que isso tá acontecendo. Mas eu sinto falta dos meus colegas, de verdade. De 'iai, eu preciso de ti colega de tal área, vamo aqui"... É, eu não sei. A psicologia escolar, que... Nossa... Na educação é sufocante, sufocante. Na verdade, eu acho que a psicologia vive meio que, assim, sobrevida. A gente não vive, não. A gente sobrevive do jeito que as coisas estão, e isso tem me deixado, assim, triste. Muito triste. Eu amo muito a minha profissão, eu sei do nível e da importância que ele tem pros pacientes, pros usuários, mas tem me deixado muito entristecida. Porque aquilo que confirmou a minha paixão, aquilo que eu aprendi na teoria dos livros, lá vivenciando com a supervisão, com todos os colegas que tão na mesma vibe da gente, na mesma energia da gente de entender, de colocar em prática, da gente se descobrir, da gente pontuar... não consigo. Eu não consigo, de verdade. Então tem sido bem frustrante. Eu... na verdade é até uma confissão pra ti... eu tenho me questionado muito o papel do psicólogo. Talvez até em relação a mim, enquanto pessoa. Pra que a gente repense nisso. Mas eu acho que é isso, assim. Minha lentidão... eu não costumo ser muito lenta de pensamento assim não. Mas eu tô muito reflexiva esses tempos. Tenho ficado muito frustrada, desmotivada. Nossa remuneração, a remuneração do psicólogo contratado, serviços prestados, ela é péssima. E quando a gente vai fazer um parâmetro do que o

conselho nos cobra para que a gente esteja regular... nossa, é desastroso. Mas, enfim, eu ainda tô aqui tentando colaborar.”

“Quais as principais atividades que você desenvolve?”

“A gente faz os atendimentos individuais, a gente faz as oficinas terapêuticas, rodas de conversas com os familiares, atendimento com os adolescentes, com as crianças... geralmente, é em torno disso que a gente faz esses atendimentos. A sala de espera lá, quando a gente consegue esse momento de fazer... agora a gente tá tendo uma reestruturação do CAPS. Estamos tentando terminar de colocar no papel pra gente reorganizar essas atividades e fazer novas produções aqui. Ter mais isso organizadinho pra gente poder executar. Mas, aqui, é geralmente assim. São os atendimentos individuais, as oficinas terapêuticas, esse momento com os pais... e aí pode ser a roda de conversa, pode ser esse acolhimento lá na frente. Mas é nesse setor. Na verdade, é nesse círculo que funciona aqui esses atendimentos.”

“E você acredita que sua formação acadêmica foi suficiente para suprir sua atuação profissional?”

“Não, não foi. Não foi aqui, não foi quando eu trabalhei no CRAS. Na verdade, eu não ouvi falar em CRAS na minha época da faculdade. Não ouvi. E aí eu tive que buscar. Saúde mental eu tive, em nível de graduação, muito pouca coisa. Tive que buscar e aí eu fui atrás na minha especialização pra tentar atualizar o que na faculdade a gente não teve. Então aqui é busca incessante, porque na graduação eu não tive. Infelizmente, não.”

“Qual era sua visão da Rede enquanto estudante de graduação e qual é essa visão agora?”

“Visão de possibilidades. Visão de que poderia acontecer e, muitas vezes, não acontece. A psicologia, muitas vezes, a gente não consegue executar... não só aqui. Isso eu falo do serviço público de modo geral. Mas eu acho que de possibilidades. A minha visão ainda permanece de possibilidades. De possibilidades do que eu executei e de possibilidades do que eu vou poder executar... diante do que eu tenho da minha experiência, ou do que eu estudei, ou das possibilidades que o serviço me oferece, das condições que ele me oferece. Então eu acho que é essa visão da possibilidade é a que eu tenho ainda, de antes e depois. Apesar de eu tá nesse momento de reflexão assim... a gente vai chegando um tempo em que a gente vai pontuando algumas coisas. Não diminui expectativas, porque eu acho que quando a gente diminui expectativa, a gente fica meio reduzido. Eu acho que a gente tem que

continuar na expectativa, na chance das possibilidades acontecerem. Apesar de muitas vezes não dar certo.”

“E como você observa a inserção do psicólogo no seu local de atuação?”

“Eu acho que é uma das coisas que favorece esse acolhimento do profissional, porque as pessoas estão tendo mais propriedade do conhecimento, mais entendimento do papel da gente. A gente tá sendo mais aceito, a gente tá sendo mais compreendido, mais correspondido, eu acho que essa é a melhor palavra. Eu acho que antes, eu tinha a sensação de que era só uma via. Hoje eu sinto que ela vai pra mim e eu vou também. A gente tem essa resposta dos colegas, dos pacientes, dos responsáveis. Eu sinto que há essa relação boa de acolhimento do profissional, do entendimento do trabalho dele, do valor do trabalho dele, do respeito das pessoas com o nosso trabalho. Até porque... outro dia eu assisti uma reportagem que perguntava assim: por que será que as pessoas estão denunciando mais o abuso? Pode ser um monte de resposta, mas talvez o próprio conhecimento faz disso. Aonde recorrer, porquê denunciar... porque que eu não devo segurar, porque que eu não devo esconder. Talvez essa é resposta que a gente tenha dessa aceitação desse profissional. Esse conhecimento... talvez ele tá mais próximo dos pacientes. Eu acho que é isso... mas eu acho que a gente é muito bem acolhido. Nesses dois lugares em que eu já trabalhei... eu já trabalhei nos interiores, em NASF, em CRAS... eu também tive essa mesma receptividade positiva. Mas eu acho que tá tendo esse entendimento das pessoas. As pessoas não são só sabendo que querem ir pro psicólogo. ‘Ah, eu vou no psicólogo’. Mas a importância desse psicólogo. E eu acho que a maior demanda daqui é demanda de psicólogo.”

“E você acredita que os serviços oferecidos suprem a demanda que se apresenta?”

“Eu acho que o serviço público, ele sempre pode ser feito mais. Mas, assim, a gente tem organizado e a gente tem conseguido, em alguns momentos, executar isso de forma satisfatória. Em outros momentos, não. Mas a gente tem conseguido. É óbvio que... o que é que a gente não quer melhorar? Enquanto profissional, enquanto serviço. E essa reestruturação agora do CAPS é nessa intenção. De que a gente consiga dar essa resposta mais segura, mais concreta pra esses pacientes. Que a gente tenha um resultado mais efetivo, mais eficiente. A gente tá nessa expectativa de que essa nova estruturação, essa nova organização do perfil... quem é perfil do CAPS, quem não é perfil de CAPS. Essa organização do serviço vai facilitar isso, que a gente consiga dar o que a demanda tá solicitando da gente.”

APÊNDICE 11: Entrevista 8

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

CRP: 22/*****

Naturalidade: São Luís - MA

Idade: 35

Local de formação: UFMA

Ano de formação: 2011

Pós-Graduação: Saúde Mental

Ano da pós-graduação: 2015

Local de trabalho: CAPS II

Tipo de contrato de trabalho: Serviço Prestado

Tempo de atuação nesse local: 3 anos

Horário de trabalho nesse local: Tarde

Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial: 4 anos

ENTREVISTA

“Quais os avanços percebidos durante seu tempo de atuação?”

“O avanço na rede é que ela cresceu, certo? O avanço da rede é que ela cresceu e também é que ela conseguiu passar informações sobre saúde mental para as pessoas. Ela começou a cumprir um dos papéis, que é informar as pessoas que existe a saúde mental e que ela pode ser tratada.”

“Quais as principais dificuldades enfrentadas em seu local de atuação?”

“Tudo político, toda a dificuldade que a gente enfrenta tem a ver com política. Os jogos políticos, os jogos de interesse... desde o que acontece em Brasília, até de uma mudança de coordenação, por exemplo. Tudo é um jogo político nesse país.”

“Quais as principais atividades que você desenvolve aqui?”

“Aqui a gente faz as oficinas, os acolhimentos, os aconselhamentos, os atendimentos individuais... a gente faz os movimentos para fora do CAPS e os trabalhos de emancipação.”

“Você acredita que sua formação acadêmica foi suficiente para suprir sua atuação profissional?”

“Não. Não, ela não foi e ela continua não sendo suficiente para trabalhar em saúde mental.”

“E qual era sua visão da Rede enquanto estudante de graduação e qual é essa visão agora enquanto profissional?”

“Eu não sabia que existia uma rede, pra começar. Eu não sabia que existia uma rede de saúde mental. Eu não sabia de fato do que é que se tratava a reforma psiquiátrica... porque tudo começa lá, né?! Na reforma psiquiátrica... até hoje, 3 anos trabalhando, ainda tem muitas ferramentas que eu não sei usar, não sei trabalhar, entendeu? Da saúde mental... muitos procedimentos.”

“Como você observa a inserção do psicólogo no seu local de atuação?”

“Eu vejo o psicólogo como apenas mais um dentro do nicho de pessoas que trabalham, entendeu?! Inclusive, com relação à subjetividade, ela não é exclusividade nossa. Também existem outras pessoas que trabalham, manipulam o comportamento, elas aconselham as pessoas, elas escutam, orientam e que não são psicólogos, entendeu?! Então, às vezes, a gente... é... na verdade, a gente precisa aprender a trabalhar em grupo, no coletivo. Esse é o grande barato do CAPS. Você ser psicólogo e, de repente, o paciente não ter nenhum vínculo com você, não querer conversar com você, quer conversar com o auxiliar de enfermagem. Ela é que é a psicóloga dele. Então você tem que aprender com as pessoas.”

“Como você observa que esses outros profissionais observam o psicólogo?”

“Naturalmente... aqui é divisão de tarefas. Naturalmente.”

“Você acredita que os serviços oferecidos suprem a demanda que se apresenta?”

“Não. Não. Nós estamos muito aquém, tanto no efetivo de profissionais, quanto na atualização que a gente deveria estar fazendo sempre. Não só em nível de município, mas o que é que tá acontecendo no mundo em nível de saúde mental?! A rede deveria oferecer mais.”

“E como acha que poderia fazer para sanar essas dificuldades?”

“Investindo dinheiro, gastando. O que não querem fazer, porque como eu tô te falando, tudo é jogo político...”

APÊNDICE 12: Entrevista 9

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

CRP: 22/*****

Naturalidade: São Luís - MA

Idade: 33

Local de formação: CEUMA

Ano de formação: 2005

Pós-Graduação: Psicologia Hospitalar

Ano da pós-graduação: 2012

Local de trabalho: CAPSi

Tipo de contrato de trabalho: Concursada (efetiva)

Tempo de atuação nesse local: 3 anos

Horário de trabalho nesse local: Manhã

Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial: 9 anos

ENTREVISTA

“Quais avanços percebidos durante seu tempo de atuação?”

“Eu percebi um avanço muito interessante no sentido da política antimanicomial. Mesmo que eu já tenha chegado depois da implementação da política antimanicomial, mas eu estava trabalhando no Farina, que é um ambulatório de saúde mental. Aí agora eu to num CAPS, num CAPS infanto-juvenil que é uma coisa que não existia antes em São Luís. Ele existe tem uns 5 anos, mas, em um modelo CAPS, a gente só tá organizando mesmo agora. Tem uns 2 anos que a gente tá implementando um modelo CAPS mesmo, porque, até então, tava funcionando como Ambulatório também. Marcação de consultas... e, ate hoje, ainda estamos nessa coisa de sair dessa marcação de consulta pra um modelo um pouco mais ampliado, mais aberto, mais livre, estilo CAPS.”

“Quais as principais dificuldades enfrentadas em seu local de atuação?”

“Gestão, vontade política é nossa maior dificuldade... porque, assim, meus colegas... eu tenho que dizer que eu tô dentro de um grupo muito legal. Meus colegas, mesmo quem não pensava em ficar na área de saúde mental, que disse que não era o seu primeiro interesse... não era o meu primeiro interesse também, mas a gente se apaixonou. Todo mundo veio se apaixonando pela área de saúde mental. E tenta muito. Então a gente pesquisa muito pra aprender de oficina terapêutica, que foi

uma coisa que eu não vi na minha formação. Na minha graduação eu tive uma professora, que eu acho que foi *****; indicou um livro sobre alguma coisa em oficina terapêutica. Ela me dava aula de dinâmica de grupo e eu acho que ela indicou dois livros. Que eu me lembro que ela me indicou dois livros, um eu lembro que era alguma coisa sobre psicomotricidade especificamente e o outro tinha... era psicomotricidade e oficinas terapêuticas. É um negócio assim. Eu sei que nesse livro, um pouquinho, um livro dessa finurinha, falava de oficina terapêutica. Eu me lembro que ***** me deu alguma coisa sobre vivências existenciais e o outro professor... a gente teve uma cadeira de dinâmica de grupo... mas pra dizer que eu sabia como organizar uma dinâmica de grupo? Não, eu não sabia. E aí que a gente, eu e meu grupo aqui, eu percebo que a gente pesquisa muito sobre isso. Mas a gente recebe muito pouco. A estrutura é muito deficitária. Por exemplo, aqui, a gente encontra rato, barata o tempo todo. A gente lida com a dificuldade de eu precisar... que a gente também cobra que a gente entra numa sala com 18 pacientes, 25 pacientes e a gente não tem espaço físico pra isso. E, se vai colocar lá fora, tá cheio de limo. O mato, até pouquíssimo tempo, tava altíssimo. Aí como é que eu vou trabalhar lá fora com pacientes que precisam de um contato muito próximo, de uma atenção muito frequente? Eu preciso tá o tempo todo ali de olho naqueles pacientes. E aí eu vou tá naquele local aberto com mais 1 colega, 2 colegas, às vezes até só, que eu acho o fim do mundo fazer oficina sozinho que aconteceu nessa sexta feira. Mas não é uma coisa que acontece não. E a gente luta muito contra isso, a gente tem que lutar muito contra isso, porque eles querem cobrar, por exemplo, tem uma terça feira que tá marcado 9 pacientes pra mim, mas o meu horário é das 8 às 12. Então é impossível... e aí eu explico isso pra eles e eles não querem entender. Já estão me cobrando que façamos um documento explicando porque é mesmo que nós não podemos atender mais, não queremos atender mais de 8 pessoas, que é o quanto eles estabeleceram pra gente como meta e a gente quer baixar pra 6 em 4 horas de trabalho. É bem complicadinho essas coisas. Mas, principalmente, tá faltando estrutura e material. Se a gente tivesse mais estrutura, mais material, seria mais interessante. Porque eu tô trabalhando, por exemplo, com pacientes autistas e eu não consigo uma areia pra trabalhar estimulação sensorial. Que também não é uma coisa que eu estudei, mas eu sei que os pacientes precisam, a gente vai, pesquisa a respeito. Nós temos terapeutas ocupacionais aqui, e a gente... a gente

trabalha todo mundo em conjunto, é uma equipe multidisciplinar e a gente tenta... se auxilia.”

“Quais as principais atividades que você desenvolve aqui?”

“Atendimentos individuais, que é muito cobrado. Mesmo que a gente trabalhe em CAPS, mas é uma coisa que é muito importante são os atendimentos individuais. Porque os pais, os pacientes e outros profissionais, todo mundo parece que desestrutura sem os atendimentos individuais. E eu entendo que precisa realmente. Nós atendemos também em grupo, temos as oficinas que são em grupo. Mas temos também o acolhimento em grupo que estamos tentando desenvolver. Mas agora a gente tá sem médico e sem enfermeiro pra fazer o acolhimento, que seria o acolhimento mais completo pra que o paciente não seja revitimizado, pra toda hora tá remarcando pra não sei quando. Porque, por exemplo, até pouco tempo a minha marcação tava pra agosto, aí a gente deu um jeito e abriu mais um dia pra atendimentos individuais e eu vou tá agora nos acolhimentos. Mas eu tenho que tá na oficina também. Então a gente tá tentando diversificar os nossos atendimentos aqui.”

“Você acredita que sua formação acadêmica foi suficiente para suprir sua atuação profissional?”

“Olha, a nossa formação acadêmica, ela é generalista. Em 5 anos, a gente consegue se aprofundar pouco. Mas, quando a gente pensa no tamanho de um ser humano e no tanto de coisa que existe de questão, de tantas possibilidades que a psicologia nos dá, então não dá mesmo pra fazer em 5 anos. Então eu nem cobro tanto assim da nossa formação. Existe uma importância muito grande de que a formação seja uma formação o mais completa possível e que seja o mais... o tanto quanto possível voltada para a prática, para o estudo de coisas que serão importantes pra nossa pratica. Entretanto, eu entendo que não existe como abarcar tudo. Olha só: eu tô trabalhando na área de saúde mental. Em 5 anos, a gente aprende um monte de coisa na área de saúde mental. Mas existem outros psicólogos que não foram pra área de saúde mental, que foram pra área de psicologia jurídica. Que foi uma coisa que eu vi na faculdade, mas, assim, um pouquinho. Se eu não tivesse ido pra área de saúde mental, se tivesse ido pra jurídica... eu ia precisar... eu ia tá em muita falta. Não porque a minha graduação deu mais importância pra saúde, mas é porque muitas coisas foram acontecendo de novidade dentro da saúde mental, dentro da psicologia jurídica, dentro das áreas da

psicologia desde que eu me formei pra cá. Por exemplo, a psicologia das emergências... isso é completamente novo pra mim. Psicologia social... não vi praticamente nada e já estava sendo desenvolvida naquela época. Eu entrei na faculdade em 2000, sai em 2005. Estava sendo desenvolvida já a psicologia social, muitas coisas já estavam acontecendo naquela época. Entretanto, a pesquisa e a diagramação de livros... a pessoa criar livros, escrevendo, a literatura da área era muito nova, não tava nem dentro da minha grade curricular. Eu acredito que a gente tem que cobrar muito da formação, mas a gente tem que entender que, como a psicologia é uma ciência e existe a dinamicidade da ciência, de ir se renovando, a gente não pode deixar a peteca cair, a gente tem que continuar se renovando também. E, quando a gente sai da faculdade, vão perguntar pra gente de tudo. Chega alguém falando pra você que 'ah, porque o meu filho não tá indo bem na escola em relação a isso bem aqui especificamente'. As pessoas vão dizer 'porque o meu pai tá desenvolvendo alzheimer, porque o vizinho tá entrando no mundo das drogas'. São áreas completamente diferentes que você tem que dar resposta pra tudo. É muito complicado de uma pessoa conhecer de tudo. Ninguém conhece de tudo mesmo."

"Qual era sua visão da Rede enquanto estudante de graduação e qual é essa visão agora?"

"Muito diferente. Isso entra um pouquinho na parte da formação. Meu professor... na época, meus professores faziam pouquíssimas visitas. Eu acho que tem muita cobrança da grade curricular, você tem que dar aula disso, disso, disso. Então a gente ficava muito preso na faculdade. Eu tive uma visita do professor de psicopatologia. Tive duas cadeiras de psicopatologia. Não... tive duas visitas na área de saúde mental pelo meu professor que era psiquiatra e nos levou pros lugares que ele trabalhava, que era onde ele tinha abertura, eu acredito. Mas não eram lugares públicos, eram lugares privados e com uma visão hospitalocêntrica, uma visão de quase que um encarceramento. Você imagina que eu tinha 19, 20 anos e entrei no La Ravadierre e vi paciente pelado, tinha paciente se masturbando, tinha gente correndo, tinha um paciente comendo sentado no chão e eu fiquei muito assustado com aquilo. Então eu pensei 'isso aqui que é saúde mental?'. E aí ele fez uma coisa interessante, ele dividiu a gente em duplas e ele foi entregando alguns pacientes pra gente conhecer, fazer uma entrevista, conhecer o paciente, observar, ver o que é que dava pra fazer. Aí me deu um paciente que tava catatônico. Sabe aquela

catatonia que eu nunca mais vi? Na minha visão daquela época, eu fiquei muito assustada com aquilo. Pra mim, o paciente não faz nada. Comportamento? Nenhum. Ele estava completamente paralisado e eu fiquei muito assustado com aquilo. Então eu pensei 'saúde mental, nunca mais'. Aí quando eu passo no concurso, que eu penso que vou lidar com as coisas que eu amava na pós-graduação... na graduação eu trabalhei... trabalhei não, estagiei. Eu estagiei na área de saúde com câncer, câncer de próstata, pré e pós-operatório lá no Aldenora Bello. Aí tinha aquela coisa do grupo pré-operatório, dos atendimentos nos leitos, pós-operatório. E ver aquela coisa de que o paciente ficava nervoso e aí a pressão dele subia e ele não conseguia fazer, entrar na cirurgia. E aí eu 'olha, a psicossomática ao vivo e a cores'. E aí eu entrei pensando que eu ia ficar nessa área e tal, de algum tipo de hospital, saúde com diabetes, com hipertensão, com alguma coisa assim. Aí entrei pra saúde mental e pensei 'vai ser aquilo', só que não foi. Eu entrei e teve muita pouca explicação. A saúde pública, ela não te dá treinamento de verdade. Você vai e você faz. Eles esperam que você saiba. Então a gente sai correndo atrás. Depois de um tempinho eu comecei terapia novamente. Depois de 6 meses que eu tava muito preocupada com meus pacientes. Apesar de que eles não eram catatônicos, mas paciente esquizofrênico, paciente depressivo, paciente com síndrome do pânico, paciente com transtorno de ansiedade a dar com balde. E era muito paciente, era muita demanda, muita cobrança de que a gente atendesse, atendesse, atendesse e não fizesse mais nada, era só atendimento mesmo. Eu e o paciente... era com adulto... o paciente e eu e era só aquilo ali. Aí fui fazer terapia, porque eu tava ficando muito preocupada com os pacientes e tava perdendo o sono e tal. Mas aí depois a gente vai se acalmando e vai vendo, vai criando estratégias do que a gente pode fazer. Do que é nosso e do que não é nosso. Do que é possível fazer e do que não é possível fazer. E aí eu resolvi que ia ficar na área de saúde mental mesmo e até hoje to ficando e vou continuar. É apaixonante."

"Como você observa a inserção do psicólogo no seu local de atuação?"

"Bem grande. Não existe aquela coisa de 'ah, o psicólogo é um luxo' na saúde pública. Não. O psicólogo é super necessário na saúde pública, especialmente na área de saúde mental. Eles cobram muito, eles querem muito que a gente esteja aqui, a gente se sente muito bem em relação aos pacientes. Porque os pacientes chegam tendo muito carinho pela gente. Porque, assim, é tão difícil conseguir um psicólogo. Até pessoas que tem plano de saúde tem uma dificuldade tão grande de

conseguir, que a gente é muito valorizado, a gente se sente muito valorizado. A gente só não se sente mais valorizado porque a gente não recebe tão bem. Porque a gente da entrada na nossa progressão por titulação e não tem previsão orçamentária. E porque a gente é cobrado de atender um número bem mais do que seria interessante tecnicamente falando. Quando a gente explica que a hora da psicologia são 50 minutos, eles acham que isso é uma loucura. Aí eu digo 'ta, tá bom. Eu não preciso ser psicanalista e fechar essa hora em 50 minutos, mas eu também não posso reduzir isso demais e ficar com esse pacientes 15 minutos, 20 minutos aqui'. Porque eu tenho que evoluir, porque eu tenho que fazer os pareceres psicológicos, os laudos, os relatórios, porque cobram demais da gente. Toda escola, hoje em dia, quer parecer, quer laudo, quer relatório. E também tem que dar os feedbacks pros pais, porque os pais são parte aqui, já que eu tô trabalhando com criança e adolescente, os pais são parte importante.”

“E você acredita que os serviços oferecidos suprem a demanda que se apresenta?”

“De jeito nenhum. Mas de jeito nenhum com três exclamações. Porque, assim, existe um número mínimo para a colocação de CAPSi. Eu não tenho certeza, mas parece que é de 200 mil. São Luís era pra ter, pelo menos, 3. Pelo menos foi acertado. Foi acertado num acordo intermunicipal há um tempo atrás da grande São Luís, digamos assim, da área metropolitana, dessa regional de saúde... Que São Luís teria 3 CAPSi, Paço do Lumiar teria 1 e São José de Ribamar teria outro. Aí Raposa não estaria dentro, Alcântara... eles estariam só enviando, aqui é referência pra eles da regional de saúde. Mas até hoje não saiu do papel, isso já tem uns, sei lá, 3 anos mais ou menos, por aí. Nunca saiu do papel. São Luís só tem um e continua só com um mesmo. E Paço do Lumiar, São José de Ribamar... todo mundo vinha pra cá. A gente tem paciente aqui de Belágua. Eu nem sei onde fica Belágua. Só sei que não é perto, porque o paciente me diz 'oh, é bem distante'. Então, como é que a gente vai conseguir... e a gente não fecha. Não existe uma lista de espera. Existe uma marcação, mas lista de espera pra primeira vez, não tem. Todo paciente que aparece aí é atendido. Ontem mesmo atendi 4 que estão começando aqui. Então isso é muito complicado, porque a gente já tá vendo que o espaço físico não vai dar. Hoje mesmo eu tava conversando com a arte educadora daqui. O espaço físico não vai dar. A gente vai fazer várias oficinas por dia, a gente vai tá dando o nosso jeito. A gente vai dar o nosso jeitinho. Mas a gente sabe que não era pra ser esse jeitinho. Era pra ter uma coisa organizada. Pelo tempo já era pra ser muito melhor.”

APÊNDICE 13: Entrevista 10**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

CRP: 22/*****

Naturalidade: São Luís - MA

Idade: 40

Local de formação: UFMA

Ano de formação: 2008

Pós-Graduação: Psicanálise e Saúde Mental

Ano da pós-graduação: 2010

Local de trabalho: CAPS II

Tipo de contrato de trabalho: Serviço Prestado

Tempo de atuação nesse local: 5 meses

Horário de trabalho nesse local: Manhã

Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial: 10 anos

ENTREVISTA

“Quais avanços percebidos durante seu tempo de atuação?”

“Eu não cheguei a perceber avanços. Eu acho que a rede é muito tocada pela iniciativa dos profissionais. Os profissionais que são envolvidos com a questão da saúde mental e eles se preocupam muito. Avanços em termo de insumos, de possibilidades para que a gente possa desenvolver o nosso trabalho de uma maneira mais efetiva, são muito poucos, são quase imperceptíveis. Realmente, a saúde mental não é algo que é prioridade. Então, assim, ela passa a depender muito da iniciativa, do envolvimento dos profissionais. Pela própria formação deles, têm uma visão muito humanizada das pessoas que frequentam as instituições. A gente vê a necessidade que eles têm de ser bem tratados, de serem bem acolhidos. E eu acho que o principal avanço é no campo humano mesmo, desses profissionais que se dedicam muito. Mas em termos de base, de alicerce para a gente desenvolver o nosso trabalho, são poucos.”

“E quais as principais dificuldades enfrentadas aqui?”

“Dificuldades de toda ordem. Todo dia a gente tem que ser muito criativo pra poder trabalhar. Porque tem muitas dificuldades. Dificuldades de material mesmo, dificuldades de instalação, de ter uma instalação adequada pra poder desenvolver uma abordagem terapêutica de uma forma que proporcione um contexto mais

adequado ao atendimento e mais conforto pros pacientes e pros profissionais. A questão da instalação... tem várias, tem várias.”

“Quais as principais atividades que você desenvolve aqui?”

“Aqui a gente desenvolve... as principais atividades ainda são voltadas mais para o âmbito coletivo. A gente desenvolve muito grupo de escuta, a gente tá desenvolvendo também um projeto que é pra inseri-los mais numa atividades cultural, para que eles possam ter... que é a questão do cinema. A gente comprou um retroprojetor agora com recursos destinados pra isso, a gente comprou pra poder passar um cineminha pra eles. Então a gente vai colocar filme e tal pra eles poder terem um entretenimento maior. Apesar de ter sempre estagiárias aqui ajudando a gente, fazendo atividades com a gente, termina que eles precisam de algo mais pra poder se sentir bem, pra poder se sentir em casa, se sentir mais a vontade. Então a gente vai passar um cineminha aqui e são atividades mais em grupo. Grupo de escuta, arteterapia... e escuta individualizada também, que aí é mais pontual. São pra casos mais específicos, quando surge a demanda.”

“Você acredita que sua formação acadêmica foi suficiente para suprir sua atuação profissional?”

“Com certeza. Eu acho que sim. A minha formação que eu tive na UFMA foi muito boa, não tenho nada a dizer com relação a isso.”

“Qual era sua visão da Rede enquanto estudante de graduação e qual é essa visão agora?”

“Minha visão da rede pública, acho que não mudou muito não. Eu acho que não tá muito diferente agora. Sempre tive uma visão meio que realista. Sempre achei que era... eu sempre achei que era... que a saúde pública, a saúde mental, principalmente, não ficava em primeiro plano nas prioridades do governo. E eu confirmei isso. Eu acho que realmente não fica. Apesar da gente ver os esforços dos profissionais, eu não sinto como se tivesse... como se fosse prioridade.”

“Como você observa a inserção do psicólogo no seu local de atuação?”

“A inserção do psicólogo, eu acho que é adequada. Ele tem um lugar já estabelecido no CAPS. Ao contrário de outros lugares da rede pública, como hospitais, como unidades mistas, em que o psicólogo ainda se sente meio deslocado, porque ainda não tem um lugar construído ao longo do tempo. Ele tá tendo que construir agora em determinadas instituições... aqui no CAPS, não. Aqui no CAPS o lugar do psicólogo, ele é bem solidificado. Então é bem interessante poder desenvolver um trabalho de

saúde mental num lugar desse em que a psicologia é tomada como um espaço de referência nesse ambiente aqui.”

“Você acredita que os serviços oferecidos suprem a demanda que se apresenta?”

“Eu acho que tinha que ter muito mais CAPS. A demanda é muito grande, principalmente a demanda ambulatorial. A gente não consegue atender essa demanda, até porque não é objeto do CAPS a demanda ambulatorial. Mas sempre vem gente aqui buscando isso, porque os postos de saúde, os hospitais não tão... não tem psicólogos suficientes pra atender isso tudo, então eles terminam vindo bater aqui. E aqui é pra pacientes que têm um perfil diferente de ambulatório. E aí a gente tem que encaminhar, mas encaminhar pra onde? Então é assim, falta muito psicólogo, psiquiatra na rede pública. A gente teria que ter mais, a demanda é muito grande. E as pessoas não são informadas sobre os locais, não sabem onde tem, se tem. Às vezes, nem os profissionais sabem direito. Quer encaminhar, às vezes... ‘ah, então encaminha pro Farina.’ Porque a gente sabe que é no Farina que tem. Mas aí o Farina tá lotado. E aí, faz o que?!”

APÊNDICE 14: Entrevista 11

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

CRP: 22/*****

Naturalidade: São Luís – MA

Idade: 38

Local de formação: CEUMA

Ano de formação: 2004

Pós-Graduação: Fenomenologia, Mestrado em Psicologia e Religião

Ano da pós-graduação: 2007, 2009

Local de trabalho: CAPS III

Tipo de contrato de trabalho: Privado (contrato por empresa)

Tempo de atuação nesse local: 4 anos

Horário de trabalho nesse local: Manhã (e plantões vespertinos 2 vezes na semana)

Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial: 4 anos

ENTREVISTA

“Quais avanços percebidos durante seu tempo de atuação?”

“Muito bom... a gente sabe das dificuldades, da questão da saúde de modo geral. Mas é uma instituição que ela funciona ainda. A gente sabe que tem outras unidades, tem o CAPS II, o CAPS AD... eu falo por essa daqui, ainda funciona.”

“Quais as principais dificuldades enfrentadas aqui?”

“Uma delas... assim, por exemplo, falta de material. Se não tem material, não tem atividade pra gente desenvolver. É lógico que a gente vai tentando driblar essa dificuldade. Quando não tem ou se tem pouco, a gente tenta substituir por um outro tipo de atividade. Por exemplo: passeios. Então a gente tenta ver, buscar uma forma, embora a gente tenha dificuldade de transporte também, a gente sempre tá tentando tá trazendo algo diferente pra eles. Justamente para que as atividades não deixem de acontecer. Que se tenha realmente, para que não pare.”

“Quais as principais atividades que você desenvolve?”

“A gente tem uma equipe multidisciplinar. Então, o que a gente oferece de atividades aos pacientes... são oficinas laborais, laborativas. Oficinas aonde eles vão desenvolver pintura, artesanato, desenhos. E, assim, na minha área, eu tenho os grupos específicos de psicoterapia, onde eu trabalho com psicoterapia. Tenho um grupo específico de musicoterapia. Temos grupo de escuta, temos grupo dos

quinzenais. Então tem várias atividades acontecendo durante a semana. Tem todo um cronograma de atividade pros pacientes.”

“Você acredita que sua formação acadêmica foi suficiente para suprir sua atuação profissional?”

Olha, embora seja uma coisa completamente diferente, no sentido de trabalho, a área de saúde mental, mas tem tudo a ver... mão é assim: eu escolhi isso e vou fazer isso. Você se utiliza sim da fundamentação, do estudo, da formação de um modo geral e você aplica. Agora, você vai aprimorando isso. Porque você vai conhecendo uma outra área, você vai se aprofundando na área, você tem que ir buscar pra você poder ter essa sustentação, essa... de você saber conduzir, de você saber trabalhar. Conhecimento... embasamento pra gente poder trabalhar. Embora eu não tenha feito essa escolha, mas a gente se utiliza sim e eu me utilizo muito das ferramentas de estudo ao qual eu fiz, ao qual eu passei.”

“Qual era sua visão da Rede enquanto estudante de graduação e qual é essa visão agora?”

“Era muito pouca. Assim que eu terminei minha faculdade... durante minha faculdade, eu tive a oportunidade de conhecer alguns programas, na época eram programas... a gente não se ouvia falar em CAPS... de alguns programas oferecidos pelo governo que as prefeituras adaptavam. E eu trabalhei num programa chamado PAIF, que é um programa direcionado às famílias nos interiores. Então a gente levava esse conhecimento de atendimento psicológico, por exemplo, pras pessoas e a gente via que as pessoas não sabiam que existiam e que se pode sim, de que se tem direito. Então, hoje, se tratando de CAPS, se você puder divulgar, se pudessem existir mais CAPS, seria bem melhor. Na época, não existia. E as pessoas não sabiam dos programas que existiam. Hoje se tem CAPS, mas ainda assim as pessoas sabem muito pouco de CAPS.”

“E como você observa a inserção do psicólogo no seu local de atuação?”

“É super, hiper, mega importante a atuação de um psicólogo no CAPS. E faz parte, assim como os outros profissionais também. Mas é fundamental, porque existe um trabalho não só como paciente, mas um trabalho com a família também, principalmente na área da doença mental, do transtorno mental. A família precisa se conhecer, saber como cuidar, conhecer a estrutura... não a doença, mas como tratar a doença, como tratar. O que eu percebo muito, é que as pessoas... ainda existe aquele estigma do louco. E as pessoas não sabem o que fazer com isso. As

peças têm uma pessoa adoecida na sua casa, mas, às vezes, ela tem preconceito, ela não sabe... ela não sabe nem o que é. Então ela tem uma série de dificuldades que são dela e que às vezes dificulta num tratamento de uma pessoa com transtorno mental. Às vezes, por ignorância, às vezes pela falta da informação, por não conhecer, por não saber... às vezes ela quer até cuidar, mas ela não sabe como fazer isso. A gente vai vendo isso, vai descobrindo, no trabalho mesmo. Com a vinda das pessoas, a gente vai descobrindo que as pessoas não sabem de nada mesmo. De nada no sentimento do transtorno mental, da saúde mental. Às vezes, é um vizinho... às vezes, vem pessoas aqui trazidas por vizinhos, por amigo do amigo... e também acontece... são várias situações, na verdade. Mas, se houvesse, repetindo pra você, mais divulgação de um modo geral, eu acho que a população, ela estaria mais orientada nesse sentido de como agir com uma pessoa que tem um transtorno mental. Seja da família ou não.”

“Você acredita que os serviços oferecidos suprem a demanda que se apresenta?”

“Não, porque é uma população muito grande. A gente atende a regional São Luís e a gente tem, o que?! 3, 4 modalidades de CAPS. Deveria se ter mais CAPS III, mais CAPS II. Infelizmente, a gente não tem. Mas seria bom divulgar, ter mais, as pessoas saberem mais. As pessoas sabem muito pouco.”

APÊNDICE 15: Entrevista 12

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

CRP: 22/*****

Naturalidade: São Luís - MA

Idade: 50

Local de formação: CEUB (Brasília)

Ano de formação: 1987

Pós-Graduação: Administração Hospitalar

Ano da pós-graduação: 1992

Local de trabalho: CAPS-AD

Tipo de contrato de trabalho: Terceirizada

Tempo de atuação nesse local: 9 anos

Horário de trabalho nesse local: Vespertino

Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial: 24 anos

ENTREVISTA

“Quais avanços percebidos durante seu tempo de atuação?”

“Alguns avanços e outros não. Muitas perdas também. Avanços: houve uma desconstrução daquilo que era psiquiatria. A exclusão social do paciente, a quebra dos muros, as pessoas terem mais acesso à informação do que era doença, que hoje não se chama mais doença, se chama transtorno. Psiquiatria, ninguém usa mais essa denominação, se chama hoje saúde mental. Alguns estigmas foram quebrados. Absorção do trabalho de mais profissionais psicólogos que mais se limitavam aos psiquiatras, enfermagem, aí veio serviço social, aí vem mais as psicólogas e as terapeutas ocupacionais. Melhoria na qualidade do atendimento dos pacientes. O paciente passando a ser visto como gente que tem uma doença e não só um paciente. Quando eu comecei na psiquiatria, já era uma época mais favorável. Mas as pessoas mais antigas do que eu falavam que a pessoa entrava e não tinha data de saúde. Tanto que foram nos anos 90, houve muitas intervenções do ministério da saúde pra acabar com aquelas super clínicas que existiam no brasil inteiro. Eiras em São Paulo, em Minas Geras, no estado do Rio de Janeiro também... algumas superpopulações de pacientes, de alguns que não tinham nem um diagnóstico formado. Internava-se porque eram homossexual, porque era menina homossexual, homossexual menino, porque um dia fumou maconha, porque

tinha retardo mental, porque era autista, porque não tinha diagnóstico fechado de nada. Enfim, pessoas que incomodavam de certa maneira a sociedade eram excluídos. O que mais magoava dessa exclusão era o esquecimento por parte da família. Meninas muito jovens que eram mães solteiras eram internadas, porque eram consideradas que não eram um padrão de comportamento. Se não era um padrão de comportamento, era doido. Eu já não peguei isso, mas essas informações existem. Quando eu comecei na clínica La Ravadierre, a gente começou exatamente nesse momento onde acontece essas desconstruções aqui. Lá na La Ravadierre era um hospital com 700 e poucos pacientes. Cai o número de pacientes, o ministério da saúde começa a ver de maneira diferenciada, começa a cobrar mais desse serviço público que era oferecido. Porque botava paciente lá dentro e, se a família não se preocupava, a sociedade ia se preocupar?! O ministério era cobrado? Não era. Então começaram as organizações civis, o ministério público começou a atuar. Você é muito novinha, não sabe, mas a gente só foi ter uma constituição em 88. De 64 até 88 esse país não existia uma constituição. Então não existia promotoria, não existia um ministério público, não existia nada disso. Era o poder da lei pela lei. Parente de não sei quem precisava, queria ser esquecido, era assim. Funcionava muito assim. Nos anos 90 começou essas desconstruções quando a sociedade civil já começa a se organizar, a gente já tá numa abertura política, já não é mais ditadura, já é um governo civil. O SUS já passa a ser efetivamente um serviço a ser oferecido, porque antes não era SUS. Então houve uma melhoria? Houve. Muito. O paciente, quando eu entrei no serviço, eles usavam um uniforme, todo mundo pelava as cabeças, homens e mulheres. Eles não tinham uma identidade. Era paciente de doutor fulano de tal. Então a psicologia entra ajudando nesse resgate. Tira-se os uniformes, as celas que existiam... a medicina era precária. Eram poucas medicações a ser oferecida. Se o paciente surtava, era porque ele queria. Mas ele era punido por tá surtado. Ele era colocado numa cela como bicho que tá agressivo. Quando a gente vê, a história é horrível. A gente se envergonha, eu me envergonho de saber que a sociedade contribuía pra isso. Se não contribuía, não dizia nada. Talvez porque não existia essas informações. Era tudo fechado, a liberdade de imprensa não existia. Eu já peguei assim. Essas celas já não existiam mais, mas a gente vê o registro lá no prédio onde eram as celas. O eletrochoque passa a ser controlado. Paciente pegava eletrochoque como punição. O eletrochoque precisa ser controlado, efetivado pelo médico. Aliás, executado pelo médico, porque antes os técnicos de enfermagem

faziam. A terapia ocupacional vem resgatar muitas das habilidades dos pacientes, inclusive essas que a gente chama de AVDs, que são as atividades da vida diária de acordar, escovar o dente, fazer seu próprio prato, sentar na mesa. Porque não tinha nada disso. Foi feito todo um processo de condicionamento. Hora X o paciente descia, pegava o seu copo, ficava na fila pra pegar o suco, pegar o biscoito. Sentar-se. Porque por anos eles comiam igual bicho. Então houve toda essa... isso, graças a Deus, acabou. Mas se você me perguntar 'hoje tá 100%?', hoje não tá 100%. Porque, assim, os meios de comunicações têm liberdade de fala, mas você só bota aquilo que você... alguém chega e denuncia. O ministério da saúde fiscaliza? Fiscaliza. Mas com data marcada. 'Vou fazer uma fiscalização no dia 20 de julho'. O dono do hospital vai se... no dia 20 de julho ele vai oferecer uma comida de melhor qualidade, o hospital vai tá em condições melhor do que aquilo. A gente, quando eu comecei nessa fase que foi uma necessidade, uma obrigatoriedade, na realidade. O salário da gente era decente. Hoje as clínicas pagam uma merreca. A gente não tem monitoramento. O conselho não fiscaliza. Se tu me perguntar 'doutora, a senhora já foi fiscalizada pelo conselho desde 93?'. Poucas vezes na La Ravadierre ainda, quando a gente tava nessa fase. Depois? O conselho não sabe quantas horas eu faço, porque a gente não tem carga horária, nós não temos piso salarial, nós não temos nada. O psicólogo trabalha muito por filantropia, porque a gente tem que ralar muito pra ganhar um dinheiro pra ter uma qualidade de vida, porque ninguém fica rico com psicologia. Eu desconheço. Aqui, como que a gente é visto? Hoje, voltando pra questão dos serviços. Essas mesmas clínicas que um dia diminuíram os pacientes e os pacientes com doença mental foram resgatados, voltaram pra suas famílias. O ministério público cobrou da família que eles pegassem os pacientes com condição de voltar pra casa. Ampliou-se os ambulatórios. Hoje essas clínicas estão superlotadas de novo, com poucos profissionais, principalmente psicologia. Pouquíssimos, pagando pouquíssimo. E esses mesmos pacientes hoje tão velhinhos em RTs, que são as residências terapêuticas, a grande maioria que não foram resgatados pelas famílias. Mas hoje a gente tem uma demanda imensa de paciente com transtorno mental motivado pelo uso abusivo de droga. Então é outro perfil, é outro público. Perfil assim, porque é muito mais jovem. É outro público porque é transitório. Ele entra em surto psicótico? Entra. Mas é transitório. As fiscalizações são insignificativas. Então eu vejo assim que houve uma melhoria mas houve também um retrocesso. Embora o paciente tenha data de sair, ele não é esquecido

dentro das unidades de saúde. Mas, hoje, a própria sociedade, como a demanda é tão grande de dependentes químicos hoje, as próprias famílias ficam andando atrás do ministério público porque querem internações compulsórias. E, se o ministério público estabelece 1 mês, 2 meses, eles querem pra esquecer lá dentro. E a gente até entende a família. Eu, como psicóloga, entendo. Porque eu vejo o lado do paciente e vejo o lado da família também. É muito difícil você lidar 24 horas com um paciente dependente químico. Aí vai pelas questões orgânicas, pelas questões psicológicas, pelas questões sociais que a família fica toda doente. E ninguém tem disponibilidade pra ficar andando atrás de um paciente que foge, que furta, que coloca sua vida em risco, coloca a vida de terceiros em risco. Então, assim, hoje é tudo muito mais complexo. Se antes se internava uma menina porque ela era mãe solteira aos 14, 15 anos, que era considerada doida. Hoje a gente tem meninas de 13, 14 anos que tão usando crack adoidado já. Por isso que a gente tem também os CAPSi, são os CAPS infantis.”

“Quais as principais dificuldades enfrentadas em seu local de atuação?”

“Mão de obra pouca. Nós somos duas psicólogas, a demanda daqui é muito grande. Você já chegou aqui um dia e o bicho tá pegando. A demanda é grande. Principalmente nos finais de semana que o CAPS não funciona, na segunda feira o bicho tá solto aqui. Assim como na sexta que antecede o final de semana. Nós temos aqui uma médica de 60 pacientes/dia pra duas psicólogas. É pouquíssimo. O próprio espaço físico é pequeno pros profissionais. Falta material que a gente queira trabalhar de maneira melhor com o paciente. Tem dia que a gente não tem cadeira aqui suficiente pra todo mundo, se a gente for fazer um grupo de paciente de atendimento, não tem cadeira suficiente. Tem paciente que fica sentado no chão. Tem dia que o ar condicionado funciona, tem dia que o ar condicionado não funciona. Tem dia que o paciente tem queixas mais clínicas, tem dor no peito, tem dor no pé. Mas tem dia que a dor dele é muito mais emocional. A gente tem essas dificuldades.”

“Quais as principais atividades que você desenvolve?”

“É a questão do acolhimento do paciente, quando ele chega que a gente faz o acolhimento. Depois a gente faz as histórias, a anamnese de cada paciente, pra poder elaborar o projeto terapêutico individual junto com os médicos que faz a parte medicamentosa e a gente de atendimento. Alguns pacientes a gente faz atendimento individual, outros a gente só faz atendimento em grupo, que é o que

prevalece é o atendimento em grupo por conta de tudo isso que to falando. São duas profissionais pro número de pacientes. Atendimento em família e intervenções quando são necessárias. O paciente em conflito dele, entre eles ou entre qualquer outra... Entre a família, entre profissionais.”

“Você acredita que sua formação acadêmica foi suficiente para suprir sua atuação profissional?”

“Olha, já faz tanto tempo que eu me formei, que eu acho que a minha formação acadêmica... eu acredito que seja bem diferente hoje a grade. Com certeza é bem diferente. Mas eu acho que tive uma boa formação acadêmica. É óbvio que, quando eu comecei, eu tinha muita insegurança de muitas coisas e o dia a dia vai te ensinando. Me fortaleceu. Me deu o meu pé, mas a gente tá sempre aí estudando, fazendo curso, ouvindo, aprendendo.”

“Qual era sua visão da Rede enquanto estudante de graduação e qual é essa visão agora?”

“Não tinha visão nenhuma de rede. Nenhuma. Porque lá em Brasília a gente fazia atendimento... nós tínhamos o chamado psicopatologia e psicofarmacologia e a gente ia pra dentro do hospital psiquiátrico. Só que a gente... era basicamente aprender a fazer anamnese e a ver o atendimento do psiquiatra. Então, assim... mas o que eu acho que é uma coisa bacana que a gente tem lá, a gente tem muita noção da questão das medicações e diferenciar do que é orgânico e o que não é orgânico. Mas foi um período bacana. A gente descobriu... eu, pelo menos, descobri que as doenças mentais não é só das classes mais desprovidas financeiramente, que a gente achava... que a gente acha que classe médica pra cima, ninguém ficava doido. Eu, pelo menos, achava. Eu tinha 20 e poucos anos, não tinha informação, não tinha vivência. E o mundo não tinha rede social, a gente não tinha essas informações todas que a gente tem hoje. Então as informações eram acadêmicas, proferidas de palestras, de ensinamentos de professores, de visitas, essas coisas. Hoje eu acho que tem um universo de informações que te habilita muito a questionar e crescer mais com as tuas informações.”

“E qual é essa visão hoje?”

“Olha, eu costumo dizer que o SUS é um serviço muito lindo. Eu acho que vocês hoje estudam SUS na faculdade. Eu só fui estudar SUS muito tempo depois de formada, quando já tava atuando no SUS que a gente foi estudar SUS. E hoje eu vejo que o problema maior do SUS não é o SUS, são os gestores. Essa é a minha

opinião. Pra mim, a grande dificuldade do SUS não é o dinheiro do SUS que é pouco, é a gestão. Porque a gente vive num país em que a corrupção é absurda, então é sempre um toma lá absurdo. E sempre as pessoas estão trabalhando em função do próprio umbigo. A gente que tá na ponta sabe, eu já tive mil gestores. E quando eu falo SUS, eu não falo só aqui. Eu falo no hospital também que eu trabalho. O gestor A tem insumo suficiente pro atendimento de paciente, o gestor B mais ou menos, o gestor C não tem. No entanto, todo mês o SUS cresce. Porque quando a gente trabalha no SUS a gente faz relatório, a gente preenche RAS. Antes era... só vai mudando o nome dos papéis. É um monte de papel que a gente tem que preencher, que é pra justificar que aquele paciente existe de fato e de direito. Tem que ter o nome ali no SINES, tem que ter o carimbo ali do teu conselho, então tem que ter todo o controle. A quantidade populacional em atendimento não diminui. Portanto, o dinheiro do SUS não diminui. Por que é que colchão rasga e não repõe? Por que é que a cadeira quebra e não compra? Por que é que a comida era melhor num dia e depois vai ficando ruim? Por que é que falta remédio? Por que é que falta touca? Por que é que falta luva? Então eu acho que o problema do SUS se chama gestão, não é o SUS. E, assim, falta de fiscalização efetiva mesmo. O Brasil, como a gente tem essa herança horrorosa de corrupção e do jeitinho brasileiro, se existisse fiscalização mesmo, efetiva de chegar e impactar, eu acho que funcionada. Dava um jeito. Pelo menos as pessoas ficavam assustadas. Tipo prova surpresa quando a gente tá na escola. Tu tem que tá afiada, porque a qualquer hora o professor chega 'bora fazer uma avaliação'. Agora, agendar fiscalização? Eu questiono essa fiscalização. 'Ah, semana que vem vem a fiscalização do ministério da saúde'. É claro que vai tá tudo bonito pro ministério da saúde ver. Se for pra fotografar, se for pra ver, vai tá tudo bonito. E a gente fica a mercê disso, porque a gente precisa de emprego. A gente tem que pagar conta, e aí? E continuo dizendo: a gente ganha muito mal. Por exemplo, num CAPS, eu acho que dentro de CAPS a grande cabeça é o psicólogo. É o psicólogo que intervém nos conflitos, nas alterações de humor. Até mesmo no paciente quando tá num surto. É o psicólogo. O psiquiatra passa pouquíssimo dentro, mas o psiquiatra ganha 3 ou 4 vezes mais do que eu ganho. Porque existe uma cultura no brasil que o médico ganha muito bem e o resto, a gente que tá na área muito tempo, a gente diz que é sub. O psiquiatra é o top, o médico sempre. Aí vem o sub psicólogo, sub TO, sub fisio, o sub sub e o sub enfermeiro. A gente chama de sub porque todo mundo ganha menos. Dentro dessas

outras profissões existe uma, não sei se uma igualdade, mas pelo menos se aproxima. Mas a diferença pros médicos é muito grande. E isso é cultural e não vai acabar nunca. Não vai acabar nunca.”

“E como você observa a inserção do psicólogo no seu local de atuação?”

“Aqui? Aqui, em nenhum momento, foi discutido o valor do psicólogo, aqui é fato. Não tem dificuldade. Até porque quando a gente começou aqui, quem começou o projeto terapêutico fui eu como psicóloga junto com os outros profissionais. Mas a redação, a efetivação do projeto, foi feita por mim. É óbvio que teve ajuda dos outros colegas. Porque isso aqui começou com um espaço físico, mas o ministério da saúde não reconhecia. Então fizemos o projeto teraoêutico, foi mandado pra Brasília, que foi aceito e o CAPS passou a ser efetivado... de fato e de direito, o CAPS existiu a partir daí. Porque quando ele inaugurou foi mais uma falácia de um político.”

“Você acredita que os serviços oferecidos suprem a demanda que se apresenta?”

“Não, não supre. Mas esse CAPS aqui, ele é referência, porque os outros são muito pior que esse. Por exemplo, as informações que a gente tem... eu vou falar que são informações porque realmente são informações. Eu nunca fui lá, eu nunca vi. É que o CAPS do município funciona diferente do que é proposto pelas portarias do ministério da saúde. O ministério da saúde diz que CAPS, o paciente chega de manhã e sai no final da tarde, começo da noite. E o CAPS municipal, ele funciona por período. Matutino e vespertino. Porque nesse inter aqui ele não tem alimento pra dar. Então quem vai de manhã, não vai de tarde. Vai de manhã ou de tarde. Porque come em casa, o paciente. Que o paciente, ele chega aqui, ele tem o café da manhã dele. Ele pode até comer em casa, mas por volta de 8:30, 9:00 é o café da manhã, lanche. Aí ele tem o almoço, tem o lanche da tarde que é o lanche mais elaborado porque alguns pacientes não têm em casa muito o que comer. Tem uns que tem, outros não. Já teve paciente que fez parte de população de rua quando a gente não tinha parceria com a secretaria de assistência. Então o paciente saía daqui e ficava na rua. Existem muitas dificuldades, por isso que eu tô te falando: as questões de gestão. De não colocar dificuldade entre uma coisa e outra, entre uma assistência e a saúde. Não pensar que a assistência é uma coisa e a saúde é outra. Não. Se a população é de rua, ela tá desprovida de assistência no sentido de ter um abrigo, é uma obrigação do estado oferecer. Se ele vai aceitar ou não, é outra história. Mas ele vai oferecer. Uma vez que ele tenha esse abrigo, ele tem

condições de ficar aqui, porque ele vai passar o dia aqui, ele vai ter atividades aqui. Alimentação aqui, medicação aqui, atendimento aqui e à noite ele vai pro lugar aonde ele possa dormir num lugar limpo, que ele possa tomar banho, que seja um lugar decente. É o que se supõe. Mas a gente escuta de pacientes outras coisas. Que tem briga lá dentro, que um rouba o outro. Que eles desafiam a autoridade das pessoas que tão lá dentro. É muita coisa que põe dificuldade nos serviços. Talvez porque algumas pessoas gostam do que faz e outras estão só pela necessidade de ganhar dinheiro. Ou porque não tá preocupado com terceiro. O fato é que enquanto existir, ou melhor, enquanto não existir um entendimento que o ser é humano, as coisas não vão acontecer. Vai ser sempre uma queda, essa diferença vai existir. A gente tem que oferecer e cabe a nós fazer um trabalho que quem tá nessa área, que faça com que o paciente tenha vontade de voltar. Porque eles são doentes. A droga, é muito melhor usar droga do que vir pro CAPS escutar a doutora ***** encher o saco. É muito melhor. Não precisa dar satisfação pra ninguém, liberdade 24 horas pra fazer o que é, só o que quer, o que quer. A sociedade as vezes acha que é assim que se é livre, eu não acho. Mas eu costumo muito falar com eles e a vida tem regra, nos impõe regras em benefício de vivermos bem em sociedade. Quando o sinal tá vermelho ou verde, ele tá nos dando uma mensagem. E isso serve pra tudo. Se eu uso o banheiro aqui e não dou descarga, quem vem a seguir vai ficar chateado. Então são coisas mínimas que a gente vai ensinando ao paciente quando ele chega. De usar um banheiro, de comer e botar o copo, tomar o suco e botar o copo ali, o descartável no lixo. De fechar uma torneira, de não quebrar porque amanhã ele vai voltar. De valorizar as coisas que tão sendo benéficas deles e da gente que tá aqui. Nós somos parceiros. Eu tô aqui há quase 10 anos, então é uma parceria que tem que existir. Isso tudo pra quem se dispõe a fazer esses atendimentos, pra trabalhar com esse público, tem que ter isso. Não é o paciente lá e a gente cá. Tem que ser nessa proporção, mas sempre colocando respeito. A questão da hierarquia tem que existir. Até porque ele precisa saber que no momento em que ele esteja no sufoco maior, ele sabe a quem chegar e não te tratar como coleguinha pra não confundir ali os papéis.”

APÊNDICE 16: Entrevista 13

CRP: 22/*****

Naturalidade: Belém - PA

Idade: 43

Local de formação: UFPA

Ano de formação: 1997

Pós-Graduação: Mestrado em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Ano da pós-graduação: 2000

Local de trabalho: Ambulatório de Saúde Mental/CAISCA

Tipo de contrato de trabalho: Concursada (efetiva)

Tempo de atuação nesse local: 10 anos

Horário de trabalho nesse local: Manhã e tarde

Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial: 10 anos

ENTREVISTA

“Quais avanços percebidos durante seu tempo de atuação?”

“Eu acho que a equipe é muito comprometida, a equipe procura fazer um bom trabalho... agora, em termos estruturais, a gente só teve piora. Aqui, a gente tá temporariamente, mas o lugar em que a gente funciona mesmo é dentro do Centro de Saúde Clodomir Pinheiro Costa, que fica lá no Anjo da Guarda. Só que o ambulatório, o local, o prédio tava quase caindo e a gente parou e disse que não ia mais atender lá. E aí foram fazer uma reforma e a gente tá aqui só temporariamente, só que a gente já tá há 2 anos aqui e a gente não tem previsão de voltar pra lá. Então aqui é muito apertado, não tem sala pra todo mundo. Enfim, é bem complicado.”

“Quais as principais dificuldades enfrentadas em seu local de atuação?”

“A questão da estrutura física. Uma outra coisa também que eu sempre discuto, discuto com os alunos... a gente discute aqui essa noção de saúde mental, que é passada mesmo pela saúde pública e pela saúde de uma maneira geral. Dessa noção de doença mental, essa coisa de que... a medicalização excessiva, a patologização de tudo. Então existe uma cultura de cultivar... além da ignorância das pessoas a esse respeito, existe uma cultura da doença mental. Então, as pessoas que procuram o atendimento aqui, poucas delas têm alguma coisa mais grave. Tipo uma esquizofrenia... eu digo que, em 20 anos de formada, se eu até 10

esquizofrênicos é muito. Mas, qualquer pessoa que procura atendimento aqui, busca, principalmente, a medicalização. E ainda tem algumas pessoas que também... são pessoas muito carentes, então elas querem ser afastadas do trabalho, elas querem o benefício pelo INSS. Então a gente quer trabalhar no sentido de ajudar elas a melhorarem, a se tornarem independentes, e elas querem mostrar que elas estão cada vez piores. Às vezes os pais com as crianças também... de manhã a gente atende crianças... pra poder conseguir o benefício do INSS. Então é tipo meio remando contra a maré. Mas, mesmo assim, a gente consegue algumas coisas. A gente é reforçado intermitentemente.”

“Quais as principais atividades que você desenvolve?”

“Eu atendo. É o atendimento clínico mesmo, ambulatorial.”

“Você acredita que sua formação acadêmica foi suficiente para suprir sua atuação profissional?”

“É, é porque eu já tinha experiência antes, de clínica. Eu sou analista do comportamento, então eu sempre fui... estudava bastante, participava de grupo de estudo. Meu mestrado também foi em análise do comportamento. Então eu sempre acho que a gente... claro que sempre que a gente vai pra um lugar novo, tem diferenças em relação aos locais que a gente já trabalhou. Mas eu acho que, se você tem uma base sólida em relação a um referencial teórico, se você tem uma visão de homem norteando a sua prática, você vai pra qualquer lugar e aplica aquela visão de homem em qualquer lugar.”

“Qual era sua visão da Rede enquanto estudante de graduação e qual é essa visão agora?”

“Na época que eu era da graduação eu não tinha nem visão da rede. Eu não tinha. Eu acho que nem se falava. Na minha época da faculdade a gente não discutia isso que vocês discutem agora. A gente não discutia muito... a gente ia pros estágios, participava de alguns estágios e tal na rede pública. Mas a gente não sabia muito, não. A gente não tinha disciplina, a gente não tinha coisas muito específicas como hoje vocês já têm. Disciplinas sobre políticas públicas, discussões e tal... na nossa época não tinha nada disso, não. A gente não tinha noção nenhuma. Eu acho que tem muitas falhas, eu acho que a gente tem muitas coisas que na teoria é muito mais bonito do que na prática. Mas eu acho que a gente tá aqui pra lutar, pra tá exigindo e buscando o melhor serviço. Essas reuniões que a gente faz mensalmente, elas têm esse objetivo. Da gente discutir, da gente propor coisas...”

agora mesmo, a gente teve há um mês mais ou menos, uma reunião com a secretária de saúde do município e a gente disse que queria uma resposta de quando a gente ia sair daqui. Não tem medicação... então, quando os pacientes graves que precisam tomar medicação diária. Quando eles ficam sem medicação, se ele não tiver como comprar... a gente queria pedir uma resposta. Hoje a gente vai reunir, porque, até agora, a gente não teve nenhuma resposta, pra tomar decisões e ver o que é que a gente vai fazer. Se a gente para... porque a gente é muito comprometido, a equipe é muito comprometida em relação a dar um bom serviço. Outra coisa, também, eles querem colocar sempre pacientes novos, porque... a prefeitura, a secretaria de saúde exige que a gente atenda de qualquer jeito. Mesmo só tendo vaga pra daqui a 3 meses... os pacientes que a gente já tem, a gente teria que atender só daqui a 3 meses, porque não tem vaga. Só pra não dizer que a gente parou de atender a primeira vez. Mas a gente não aceita. A gente não aceita, a gente se recusa a atender. A gente é bem casca grossa aqui. A maioria é concursado, então isso facilita no sentido de se posicionar.”

“Como você observa a inserção do psicólogo no seu local de atuação?”

“Assim, eu acho que existe, já, uma valorização da inserção do psicólogo, mas acho que ainda existe um pouco essa coisa de que o médico é superior. No sentido de que a melhor sala é pro médico... só que a gente, como diz o maranhense, é saliente. Então a gente... ‘ah, não. eu cheguei primeiro e eu vou ficar nessa sala’. Como já aconteceu, da psiquiatria... primeiro que as atendentes já colocam a coisa da médica na melhor sala. Só que a gente briga, reclama. Então já aconteceu de eu tá atendendo, entrar, pedir pra sair, dizer que ela que vai ficar na sala e coisas desse tipo.”

“Você acredita que os serviços oferecidos suprem a demanda que se apresenta?”

“Não suprem. A gente precisava de mais profissionais, a gente precisava de uma estrutura física melhor. Como eu disse, a equipe tem boa vontade. A nossa proposta é muito boa. De manhã... aqui e o Farina, no Filipinho, são os lugares que oferecem esse tipo de serviço aqui em São Luís, de atendimento ambulatorial. De manhã a gente tem assistente social, enfermeiro, pedagogo, psicólogo, psiquiatra e terapeuta familiar. E a tarde a gente tem psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social. Não tem só pedagogo e terapeuta familiar. Então é uma equipe que poderia fazer um bom trabalho, a gente faz dentro do possível, a gente tem bons resultados... “ gente já fez algumas pesquisas, eu tive aluno já que fizeram pesquisas aqui. E,

assim, as pessoas, no geral, elas avaliam super bem o serviço. Mas, a gente não tem, por exemplo, estrutura pra fazer uma visita domiciliar. A gente não tem... a gente atende uma vez por mês os pacientes, e olha lá! Porque não tem vaga, é muita demanda pra poucas pessoas. Então tem essas questões.”

APÊNDICE 17: Entrevista 14

CRP: 22/*****

Naturalidade: Maceió – AL

Idade: 67

Local de formação: CESMAC (Maceió)

Ano de formação: 1982

Pós-Graduação: Psicofisiologia do Comportamento

Ano da pós-graduação: 1990

Local de trabalho: Ambulatório de Saúde Mental

Tipo de contrato de trabalho: Concursado (efetivo)

Tempo de atuação nesse local: 31 anos

Horário de trabalho nesse local: Manhã

Tempo de atuação na Rede de Atenção Psicossocial: 31 anos

ENTREVISTA

“Quais avanços percebidos durante seu tempo de atuação?”

“Qual foi a retração, vamos dizer assim. Infelizmente, a gente tem observado só retração em termos de cuidados com os pacientes. Eu tenho percebido isso. Existe um certo descaso. Uma coisa é o que a imprensa divulga, o que eles divulgam. Outra coisa é a realidade de quem tá aqui com o pé no chão. Agora, por exemplo, se você for na farmácia, você não vai encontrar medicação pra paciente. Ou se você fizer uma avaliação, você vai ver que nós temos médicos altamente capacitados... eles fazem a consulta, eles prescrevem a terapia dentro da sintomatologia do paciente. Mas, sem a medicação... porque isso aqui é para pessoas menos privilegiadas, não podem comprar uma medicação de 200, 300 reais. Ontem mesmo, eu tenho o costume de fazer isso, o paciente tava tão apertado que eu dou o dinheiro pra ele comprar a medicação. Só que você não pode criar um clientelismo, ne?! Você tem que ter um certo limite. Mas é bem complicado trabalhar no serviço público atualmente.”

“Quais as principais dificuldades enfrentadas em seu local de atuação?”

“Como eu gosto do que eu faço, pra mim tá tudo bem. A dificuldade que eu tenho aqui, se posso chamar de dificuldade, é lidar com a dificuldade dos outros, de não poder fazer nada. Não poder fazer nada em termos. Pelo menos eu puxo a orelha de

alguém de vez em quando pra ver se... é o desconforto de não poder fazer mais do que...”

“Quais as principais atividades que você desenvolve?”

“Aqui nós temos, entre aspas, uma equipe multiprofissional de saúde mental. Então nós trabalhamos psicólogo e psiquiatra na mesma atenção ao paciente. A gente tem uma assistente social, a gente tem a enfermagem... mas, principalmente, psicólogo e psiquiatra, onde, ao que me parece, o psiquiatra lida mais com o sintoma, a medicação e nós, psicólogos, lidamos mais com a origem. Por exemplo, você não apaga o fogo enquanto você não apaga a brasa. Então tem que descobrir os focos que podem gerar aquela labareda, que a medicação vai, digamos, suprimir, vai encobrir. Aqui nós trabalhamos, como acabei de falar, é uma parceria: a psiquiatria de um lado e o psicólogo de outro. E existe uma ajuda mútua aí. E, nesses casos aqui, você já observou quantos pacientes o médico atende? Às vezes chega a atender até mais de 50 pacientes no espaço de 3 horas e meia, 4. Então, muitos pacientes... e eles fazem isso porque existe uma exigência, não é por negligência. Mas eu acredito que seja como uma exigência. Mas o que a gente observa é isso. O papel do psicólogo num programa como esse, eu acho que é muito importante, desde que ele se comprometa a olhar a pessoa. Por exemplo, se você é uma psicóloga e você atenta em alguém, esse alguém, quando você for atender, em última instância você poderia pensar assim “podia ser minha mãe, podia ser meu pai, podia ser meu irmão, podia ser meu marido, podia ser minha esposa”. Você entendeu?! Falando isso não como um foco direto, isso é apenas um complementar, porque cada profissional tem que zelar pela sua profissão. Mas sempre com esse olhar de “é tão bom a gente poder ajudar alguém”. Às vezes eu atendo paciente, que ele chega aqui com uma carga muito pesada. E eu gosto de brincar, se você tava observando eu abraço, eu gosto desse contato. Tem paciente que entra e você percebe que ele tá com a carga muito forte. E, de repente, nada mais é do que uma má interpretação de um sintoma que ele sentiu e, às vezes, um mal diagnóstico vindo lá de fora, a coisa mais simples. Quando você consegue localizar e clarifica pra esse paciente, você precisa ver a alegria, a leveza com que ele sai. É um trabalho muito gratificante. Eu acho que só vou sair do serviço público quando me expulsarem.”

“Você acredita que sua formação acadêmica foi suficiente para suprir sua atuação profissional?”

“Eu sempre fui muito curioso. Eu gosto de ler todas as teorias em psicologia, todas as teorias comportamentais, eu sempre leio... eu acho que não existe nenhuma terapia boa que não tenha uma participação da psicanálise. Mas tem uma que me chama especial atenção, é a humanística. Eu não abro mão de algumas teorias psicanalíticas, dou nota 10, não tem como você contestar. Mas tem umas que não. A começar até pela importação de uma cultura que não é nossa. Então até existem teorias que foram elaboradas em uma outra cultura totalmente diferente, bem diversa da nossa. E aí você não vai pegar uma teoria levantada lá na Europa, lá no escambau e querer aplicar aqui no Nordeste. ‘Mas um ser humano é igual ao outro’... Nem sempre. Existe as interferências culturais.”

“Qual era sua visão da Rede enquanto estudante de graduação e qual é essa visão agora?”

“No começo, a gente acha que é uma coisa, que é tudo certinho, que realmente é como você faz uma consulta no particular... outra coisa é o serviço público. Existem profissionais que até se doam num bom atendimento ao paciente. Mas existem outros que tão... é uma visão minha. Existem outros que tão com um olho no paciente e outro no relógio pra sair. Você ou toca sino ou acompanha a procissão. E nessa falta de atenção, nessa dispersão de atenção, muitos detalhes vão fugir. Eu parto do princípio de que um bom diagnóstico se começa com boas informações. As boas informações, as informações claras é que levam você a um bom diagnóstico. E um bom diagnóstico leva a um bom tratamento, uma boa resposta.”

“E como você observa a inserção do psicólogo no seu local de atuação?”

“Você fala em termos de trocas de experiências? Nesse sentido eu sou meio relapso, eu participei muito pouco. Eu participei muito pouco dessas reuniões. Aí você fala então acha importante?’. Eu acho. Toda interação humana, ela é importante, a gente tá sempre aprendendo. Mas como eu tinha outros afazeres... como eu falei, eu sou muito curioso, eu gosto bastante de observar. Essa coisa de reuniões, eu não curtia. Mas eu tenho, aproximadamente, uns 100 e poucos cursos. Quando tinha um curso dentro da área de saúde mental, eu tava lá fazendo. Aí aproveitava exatamente esse período pra interagir com os colegas, pra trocar ideias. Eu gosto disso aí.”

“Você acredita que os serviços oferecidos suprem a demanda que se apresenta?”

“Com uma certa dificuldade... no caso, pra falar sobre isso, nós precisaríamos de bastante tempo. Acabei de falar que nós temos profissionais muito competentes.

Quando a gente tem certa experiência, às vezes, só no olhar, no comportamento daquela pessoa, você já pode começar a formar uma ideia. Aí, conversando, você vai observar mais ainda. Você começa a perceber o que esse paciente sente, os seus sentimentos, as suas reações, as suas dores, as suas dúvidas... por você ter bastante experiência nesse campo, no nosso caso aqui o médico tem pouco tempo pra atender o paciente, mas, em compensação, a maioria tem experiência de olhar de longe e já... não to justificando que todos tem que ter aquele tempo curto. Quando o médico, naquele pouco tempo que ele tem, ele faz uma avaliação desse paciente e da o diagnóstico... muitos deles deixam o diagnóstico aberto e aí vem pro psicólogo. Por quê? O psicólogo vai olhar o que o médico anotou, o diagnóstico que ele deu, vai conversar com esse paciente, vai procurar saber a origem, quando começou isso, se ele lembra, faz referência a que, se percebe quando começou a sentir isso... e aí vai procurar as motivações, ou seja, os fatores desencadeantes praquele caso. Tu vai ter tempo. Tem paciente que tu vai ter que desamarrar ele pra poder começar a se sentir a vontade. Se você for um profissional que interage bem, você vai pela empatia. Só você entrar e abrir a porta pro paciente, o paciente já vai se desarmando e aí ele vai falar coisas... tem pacientes que na segunda, na terceira é que ele abre o jogo. Mesmo que eu perceba, ele esvai naquele espaço, mas eu fico em alerta.”