



Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NA CLÍNICA DAS PSICOSES DOS CAPS
DE SANTA CATARINA**

Gabriel Amador de Lara

Financiamento: CAPES



Dissertação de Mestrado

São Leopoldo,

2012

**A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NA CLÍNICA DAS PSICOSES DOS CAPS
DE SANTA CATARINA**

GABRIEL AMADOR DE LARA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. Janine Kieling Monteiro

São Leopoldo,

2012

L318a Lara, Gabriel Amador de.

A atuação dos psicólogos na clínica das psicoses dos CAPS de Santa Catarina / Gabriel Amador de Lara. – 2012.

91 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2012.

"Orientadora: Prof. Dra. Janine Kieling Monteiro."

1. Reabilitação. 2. Psiquiatria social. 3. Saúde mental. 4. Psicoses. 5. Psicólogos. I. Título.

CDU 159.9

“Perguntas são nós de um extenso barbante inconclusivo”

(Hilda Hilst, *Com meus olhos de cão*)

“...só depois de haver conhecido a superfície das coisas”, conclui, “é que se pode proceder à busca daquilo que está embaixo. Mas a superfície das coisas é inexaurível.”

(Italo Calvino, *Palomar*)

“...o que dá o verdadeiro sentido ao encontra é a busca, e que é preciso andar muito para alcançar o que está perto.”

(José Saramago, *Todos os nomes*)

Para Taciana.

AGRADECIMENTOS

A minha esposa Taciana, por toda paciência, carinho, amor, apoio e cuidado na travessia desta jornada.

A meus pais Antonio e Anelise, pelos valores sólidos, pelo ensino da empatia, da tolerância, do respeito à alteridade. Por todo carinho e amor ao longo de todos os nossos anos de convivência. A meus irmãos, Diego e Mariana, e minha avó, Neide, por todo o carinho e aprendizado.

A Claudia, por todo o apoio, acolhimento, compreensão e grande disponibilidade em me receber durante o curso. Muito Obrigado!!

A minha querida orientadora Janine, por todos os ensinamentos, orientações, paciência, dedicação e convivência. Por todos os chimarrões compartilhados!!

A todos os professores e colegas do Mestrado, pela oportunidade de aprendizagens, das vivências conjuntas e do companheirismo. Ao amigo Rodolfo, pela troca de idéias, convivência e estadia neste processo. A CAPES pelo financiamento de minha formação e investimento na produção de conhecimento.

Ao meus sogros, Joaquim e Solange, por todo carinho, compreensão e a apoio.

Aos participantes do estudo, por sua disposição em contribuir.

A todos os meus amigos, pela compreensão de minha ausência ao longo desses dois anos.

Sumário

| | |
|--|-----------|
| LISTA DE TABELAS | 8 |
| Resumo | 9 |
| Abstract..... | 10 |
| Apresentação | 11 |
| Seção 1 - Reabilitação psicossocial das psicoses: a atuação dos psicólogos nos CAPS de Santa Catarina | |
| 1. Introdução | 14 |
| A Reabilitação Psicossocial no Brasil | 16 |
| A atuação do Psicólogo..... | 18 |
| 2. Método | 20 |
| 2.1. <i>Delineamento</i> | 20 |
| 2.2. <i>Participantes</i> | 20 |
| 2.3. <i>Instrumento</i> | 21 |
| 2.4. <i>Procedimento de coleta de dados</i> | 22 |
| 2.5. <i>Análise de dados</i> | 23 |
| 3. Resultados | 23 |
| <i>Formação profissional</i> | 23 |
| <i>Atuação profissional e avaliação institucional</i> | 26 |
| <i>Dificuldades, limitações e desafios</i> | 30 |
| 4. Discussão | 33 |
| <i>Perfil e formação profissional</i> | 33 |
| <i>Práticas e Intervenções</i> | 36 |
| <i>Avaliação dos CAPS para Reabilitação das Psicoses</i> | 40 |
| 5. Conclusão | 42 |
| 6. Referências | 44 |
| 1. Introdução..... | 50 |
| A Clínica Psicossocial e os CAPS | 51 |
| Os processos de trabalho nos CAPS | 53 |
| Atuação do Psicólogo nos CAPS..... | 54 |
| 2. Método..... | 55 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 2.1. | Delineamento | 55 |
| 2.2. | Participantes..... | 56 |
| 2.3. | Instrumento | 57 |
| 2.4. | Procedimentos de coleta de dados | 57 |
| 2.5. | Análise de dados | 58 |
| 2.6. | Procedimentos Éticos..... | 58 |
| 3. | Resultados e discussão | 58 |
| | Concepção de doença mental e psicose | 59 |
| | Possibilidades terapêuticas no ambiente institucional | 66 |
| 4. | Conclusão | 79 |
| 5. | Referencias..... | 81 |
| | Anexo A – Questionário | 86 |
| | Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo1 | 89 |
| | Anexo C - Roteiro de Entrevista..... | 90 |
| | Anexo D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo 2..... | 91 |

LISTA DE TABELAS

Seção 1 - Reabilitação psicossocial das psicoses: a atuação dos psicólogos nos CAPS de Santa Catarina.

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Dados sócio demográficos da amostra | 21 |
| Tabela 2 – Formação de graduação..... | 24 |
| Tabela 3 – Avaliação da formação de graduação para atuar em CAPS..... | 25 |
| Tabela 4 - Tipo de especialização e sua qualidade para atuação em CAPS..... | 25 |
| Tabela 5 - Prevalência de abordagem para atuação..... | 26 |
| Tabela 6 – Avaliação do CAPS, articulação em rede e relações de trabalho..... | 27 |
| Tabela 7 – Avaliação da formação acadêmica para o trabalho com psicoses..... | 28 |
| Tabela 8 – Trabalho dos psicólogos no CAPS com as psicoses..... | 28 |
| Tabela 9 – Preparo para lidar com situações de crise..... | 29 |
| Tabela 10 - Intervenções terapêuticas nas psicoses..... | 30 |
| Tabela 11- Dificuldade no atendimento às psicoses..... | 30 |
| Tabela 12 – No que acham que precisam melhorar na clinica das psicoses..... | 31 |
| Tabela 13 - Avaliação do CAPS no serviço prestado aos psicóticos..... | 31 |
| Tabela 14 - Comentários sobre a questão anterior..... | 32 |

Seção 2 - A prática profissional do psicólogo na clínica das psicoses dos CAPS

| | |
|--|----|
| Tabela 15 - Descrição dos participantes..... | 56 |
| Tabela 16 - Concepção de Doença Mental e Psicose..... | 59 |
| Tabela 17 - Avaliação da formação acadêmica..... | 65 |
| Tabela 18 - Possibilidades Terapêuticas no Ambiente Institucional..... | 67 |
| Tabela 19 - Qualidade da relação de trabalho com a equipe..... | 73 |
| Tabela 20 - Dificuldades e Desafios..... | 73 |
| Tabela 21 - Mudanças na formação para a Clínica das Psicoses..... | 78 |

Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo explorar as práticas dos psicólogos na clínica das psicoses dos CAPS de Santa Catarina. O delineamento empregado foi misto, com dois estudos ocorrendo concomitantemente. No primeiro estudo, seção I, trata-se de uma pesquisa quantitativa, de caráter descritivo e transversal. Participaram 48 Psicólogos de CAPS I, II e III do estado de Santa Catarina. O instrumento de pesquisa foi um questionário on-line contendo 24 perguntas. Os dados foram avaliados através de análises descritivas e análise de conteúdo. Já o segundo estudo, na seção II, foi qualitativo, descritivo e transversal. A coleta de dados foi realizada com entrevista semiestruturada, analisada através de análise de conteúdo. Participaram 10 psicólogos de CAPS I, II e III de quatro regiões diferentes do estado. Ambos tiveram seus instrumentos subdivididos em quatro eixos: características da formação acadêmica e percurso profissional, avaliações pessoais e institucionais, identificação das intervenções clínicas utilizadas por estes profissionais, além de suas dificuldades e limitações. Os resultados da seção I indicaram melhora no ensino de graduação para atuação em CAPS, e as práticas evoluíram para um direcionamento ampliado, sendo mais diversificadas e menos focadas no atendimento psicoterapêutico individual. A avaliação sobre a qualidade dos CAPS também teve viés positivo, sendo considerados como instituições que prestam bons serviços. Apesar dos avanços, algumas necessidades de evolução existem, como maior foco nos processos externos ao CAPS, na produção de autonomia e desestigmatização. Com relação a melhorias nos serviços, há a necessidade de avanços na gestão dos recursos financeiros e humanos, na valorização profissional, na fiscalização dos serviços, na qualificação técnica, no fortalecimento de redes de apoio comunitário e familiares e na articulação com a rede de saúde. Já na seção II, os resultados mostraram formação insuficiente para atuação nos serviços. O trabalho em equipe foi considerado satisfatório, com boas parcerias estabelecidas e sendo fonte de prazer para os profissionais. Os dados também mostraram evolução das práticas desenvolvidas pelos psicólogos para patamares mais aproximados da proposta de atenção psicossocial contida nos preceitos da reforma psiquiátrica nacional. Os CAPS foram avaliados como de boa qualidade. Alguns problemas apontados foram: a má política de gestão do trabalho, a escassez de recursos, a pouca articulação externa de alguns CAPS. Concluiu-se que há necessidade de avanços na formação dos psicólogos para atuação em saúde mental coletiva, bem como fortalecimento na atuação em rede para promover ganhos nos processos de autonomização e reinserção social dos usuários.

Palavras-chave: CAPS; Psicose; Reabilitação Psicossocial; Psicólogo

Abstract

This research aimed to explore the practices of psychologists in the clinic of psychoses of CAPS of Santa Catarina state. The research design was mixed, with two studies occurring concurrently. The first study, section I, it is quantitative, descriptive and transversal. A total of 48 psychologists of CAPS I, II and III of the state of Santa Catarina participated. The survey instrument was an online questionnaire containing 24 questions. The data were evaluated by descriptive analysis and content analysis. The second study, in section II, was qualitative, descriptive and transversal. Data collection was performed with semi-structured interviews, analyzed through content analysis. A total of 10 psychologists CAPS I, II and III in four different regions of the state. Both had their instruments subdivided into four areas: characteristics of academic and professional career, personal and institutional assessments, identification of clinical interventions used by these professionals, as well as their difficulties and limitations. The results of section I showed improvement in undergraduate education to work in CAPS, and practices have evolved to an expanded clinic, more diverse and less focused on individual psychotherapeutic care. The evaluation of the quality of CAPS also had a positive bias, being considered as institutions that provide good services. Despite advances, there are some needs for changes such as greater focus on actions outside CAPS, the production of autonomy and destigmatization. Regarding to improvements in services, there is the need for advances in the management of financial and human resources, in professional development, in monitoring services, in technical skills, in strengthening support networks with family and community, and better conjunction with the health network. In Section II, the results showed insufficient training to work in services. Teamwork was satisfactory, with good partnerships and being a source of pleasure to the professionals. The data also showed the evolution of practices developed by psychologists to more approximate heights of the proposed provisions contained in the psychosocial care of psychiatric reform nationwide. The Caps were assessed as having good quality in providing care. Some problems cited were: poor political management of labor, scarcity of resources, low external articulation of some CAPS. It was concluded that there is need for improvements in the training of psychologists to work in collective mental health, as well as strengthening the network action to promote gains in the process of empowerment and social reinsertion.

Keywords: CAPS; Psychosis; Psychosocial Rehabilitation; Psychologists

Apresentação

A presente dissertação aborda o tema da atuação dos psicólogos que trabalham na clínica das psicoses dos Centros de Atenção Psicossocial do estado de Santa Catarina, tendo sido desenvolvida junto ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Os resultados foram organizados em dois artigos, cada um descrevendo uma parte da pesquisa.

Com a inserção dos profissionais de psicologia no Sistema Único de Saúde (SUS) através da reforma psiquiátrica, um campo de atuação inédito se abriu no Brasil. Acostumados a trabalhar em seus consultórios particulares, os psicólogos iniciaram um processo de adequação a novas formas de estar presente no tratamento de pacientes com sofrimento psíquico grave. Não obstante, essa reformulação tem acontecido de maneira difícil, pois tanto a categoria não estava preparada, quanto não havia em sua formação acadêmica elementos que os auxiliassem nessa travessia.

Essa pesquisa surgiu a partir de inquietações pessoais, pois também sou Psicólogo em um Centro de Atenção Psicossocial e enfrento dificuldades e limitações em meu dia-a-dia. Os sujeitos psicóticos são os que apresentam maior grau de cronicidade, e seu acompanhamento é difícil e desafiador (Desviat, 1999). Por isso, percebi a necessidade de mapear as estratégias de intervenção para a psicose, como primeiro passo para a tentativa de auxiliar no aprimoramento do planejamento e dos serviços oferecidos na política nacional de saúde mental.

Há no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (2001), prevalência de transtornos mentais em cerca de 21% da população, sendo 3% os casos severos e persistentes e 12% os que necessitam de atendimento contínuo ou eventual. Esses dados sugerem a necessidade premente de efetividade e resolutividade nos serviços de saúde mental, bem como a produção de conhecimento e pesquisas na área que subsidiem o seu aperfeiçoamento. Sendo os psicólogos peças-chave nesta nova configuração da Política Nacional de Saúde Mental, e levando em conta a escassez de pesquisas sobre a clínica da psicose nos Centros de Atenção Psicossocial, este estudo procurou ser o mais abrangente possível dentro do contexto do estado de Santa Catarina.

O objetivo proposto foi investigar, através de método quantitativo e qualitativo concomitantemente, as características da formação acadêmica, as intervenções realizadas no cotidiano de trabalho, bem como a avaliação da qualidade de atendimento

prestada pelos CAPS. Na seção I, são apresentados e discutidos os resultados do estudo quantitativo de levantamento, e na seção II, são apresentados e discutidos os resultados do estudo qualitativo. Na última parte, constam, em anexo, os instrumentos de pesquisa.

Seção 1 – Reabilitação psicossocial das psicoses: a atuação dos psicólogos nos CAPS de Santa Catarina.

Resumo: Este artigo teve como objetivo levantar dados sobre a atuação do psicólogo na reabilitação das psicoses nos CAPS de Santa Catarina, através das características da formação acadêmica e percurso profissional, avaliações pessoais e institucionais, identificação das intervenções clínicas utilizadas por estes profissionais, além de suas dificuldades e limitações. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de caráter descritivo e transversal. Participaram 48 Psicólogos de CAPS I, II e III do estado de Santa Catarina. O instrumento de pesquisa foi um questionário on-line contendo 24 perguntas, divididas em quatro eixos temáticos. Os dados foram avaliados através de análises descritivas e análise de conteúdo. Os resultados indicaram melhora no ensino de graduação para atuação em CAPS, e as práticas evoluíram para um direcionamento ampliado, sendo mais diversificadas e menos focadas no atendimento psicoterapêutico individual. A avaliação sobre a qualidade dos CAPS também teve viés positivo, sendo considerados como instituições que prestam bons serviços. Apesar dos avanços, algumas necessidades de evolução existem, como maior foco nos processos externos ao CAPS, na produção de autonomia e desestigmatização. Com relação a melhorias nos serviços, há a necessidade de avanços na gestão dos recursos financeiros e humanos, na valorização profissional, na fiscalização dos serviços, na qualificação técnica, no fortalecimento de redes de apoio comunitário e familiares e na articulação com a rede de saúde.

Palavras-chave: Reabilitação Psicossocial; CAPS; Psicólogo; Psicose

Abstract: This article aimed to collect data about the work of the psychologists in the rehabilitation of psychoses in CAPS of Santa Catarina state, evaluating the characteristics of academic and professional career, personal and institutional assessments, identification of clinical interventions used by these professionals, as well as their difficulties and limitations. This is a quantitative, descriptive and transversal study. A total of 48 psychologists of CAPS I, II and III of the state of Santa Catarina participated. The survey instrument was an online questionnaire containing 24 questions, divided into four thematic axis. The data were evaluated by descriptive analysis and content analysis. The results indicated improved undergraduate education to work in CAPS, and practices have evolved towards to a more psychosocial clinic, more diverse and less focused on individual psychotherapeutic care. The evaluation of the quality of CAPS also had a positive bias, being considered as institutions that provide good services. Despite advances, there are some needs for changes, such as greater focus on external processes to CAPS, the production of autonomy and helping patients to be less stigmatized. Regarding to improvements in services, there is a need for improvement in the management of financial and human resources, in professional development, in monitoring services, technical skills, strengthening family and community support networks, as well as better work with the health network.

Keyword: Psychosocial Rehabilitation; CAPS; Psychologists; Psychosis

1. Introdução

A atenção às pessoas que apresentam sofrimento psíquico grave vem sofrendo alterações substanciais ao redor do mundo nos últimos 40 anos. O modelo de atendimento foi transformado por lutas sociais específicas em diferentes contextos mundiais, que se influenciaram mutuamente e produziram modos diferentes de operacionalizar alterações clínico-políticas, assistenciais e legais, estando esses aspectos entrelaçados no que se convencionou chamar de Reabilitação Psicossocial (Borges & Baptista, 2008; Nunes, Torrenté, Ottoni, Moraes & Santana, 2008). Este artigo tem como foco o estudo da clínica das psicoses praticadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com atenção especial para a atuação de uma das partes de suas equipes multidisciplinares, os profissionais de psicologia.

A reabilitação psicossocial pode ser definida como uma estratégia cujo objetivo é proporcionar melhor qualidade de vida possível a sujeitos com vida relacional, laboral e psíquica substancialmente prejudicada, sendo os profissionais mediadores no processo de recuperação da cidadania jurídica, ocupacional, econômica e política (Cases & Gonzalez, 2010). O objetivo da reabilitação são conquistas no campo da autonomia, da socialização e do desenvolvimento de potencialidades, para tanto se fazendo necessários programas estruturados e de qualidade, que contem com ações intersetoriais e busquem suporte nas comunidades locais e nas famílias.

O panorama da literatura de pesquisa internacional sobre reabilitação psicossocial das psicoses é variado e descreve programas diferenciados, sejam em serviços comunitários de saúde mental, em hospitais, em estruturas descentralizadas ou em abordagens domiciliares e de rua. Predomina metodologicamente o paradigma da pesquisa baseada em evidências, com incursões em avaliações quantitativas de serviços ou estudos fenomenológico-experienciais.

Há uma grande quantidade de trabalhos apoiando o uso de intervenções do âmbito cognitivo-comportamental, testadas através de protocolos de pesquisa em países Europeus e da América do Norte. Um exemplo é o grupo de pesquisa PORT (*Psychosis Outcome Research Team*) (Dixon *et al*, 2010), que listou as que mais têm sido pesquisadas e utilizadas dentro da pesquisa baseada em evidências. Dentre elas se inclui a Terapia Cognitivo-Comportamental (no reconhecimento de sintomas e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento), o treinamento de habilidades sociais, o treinamento sócio-cognitivo, a reabilitação vocacional, a prevenção de recaída, as

intervenções para aumentar a aderência e as intervenções familiares. As ações são utilizadas para o reconhecimento e enfrentamento das emoções, funcionamento social e laboral e autonomização

Outras técnicas foram pesquisadas e sugeridas no contexto dos serviços comunitários, também com grande influência do campo cognitivo-comportamental. Dentre elas, pode-se elencar: o estímulo ao uso de programas de manejo de ansiedade para o enfrentamento de estressores ambientais e a reabilitação cognitiva para combater a deterioração cognitiva que acontece nas psicoses. Ao mesmo tempo, realiza-se psicoeducação de famílias para manejo dos processos comunicacionais e a diminuição do estigma; programas de autocuidado e higiene; inserção em atividades de lazer e laborais; e programas de integração comunitária - tais como manejo do dinheiro, uso do transporte público e orientação espacial (Cases & Gonzalez, 2010; Giraldez *et al*, 2010).

Díaz, Avezuela, Moliner, Fraile e García-Cabeza (2010) revisaram as intervenções psicoterapêuticas mais utilizadas em pacientes psicóticos. A tendência atual é de abordagens integradas, com mais aspectos em comum sendo descobertos a cada dia. Nos últimos anos, muitas críticas foram endereçadas as técnicas psicodinâmicas em terapia, o que tem diminuído seu uso. Destaca-se a publicação da primeira recomendação do grupo PORT (*Psychosis Outcome Research Team*) para o tratamento da esquizofrenia, na qual as terapias dinâmicas foram excluídas como uma forma de tratamento efetiva. Ao mesmo tempo, o PORT criou um grupo de estudos em terapias dinâmicas, que arrolou uma série de pontos necessários para que essas terapias possam tornar-se apropriadas e efetivas do ponto de vista dos parâmetros epistêmicos sustentados por estes pesquisadores. Dentre eles se inclui o uso moderado da interpretação, ênfase no presente sobre o passado, a exclusão de abordagens mais clássicas, o reforço do processo de individuação, a estabilização dos limites do self e a integração das experiências psicóticas.

As grupoterapias têm sido menos estudadas neste contexto, mas considera-se que seu benefício verdadeiro acontece quando há uma abordagem eclética e flexível, adaptada as necessidades dos pacientes, com o uso do setting de socialização do grupo para o fornecimento de apoio, conselhos e técnicas de enfrentamento focadas no aqui e agora. Quando o grupo está mais estabilizado, mais coeso, com boa tolerância a ansiedade e poucas experiências psicóticas, é permitido que se use técnicas mais terapêuticas, com o modelo no final alcançando características mais psicodinâmicas, sem abandonar o apoio, o enfrentamento e as estratégias interpessoais. A evolução em

grupos permite que os pacientes aos poucos alcancem maior entendimento de si próprios, e passem a valorizar esse entendimento como um fator para mudança (Díaz, Avezuela, Moliner, Fraile & García-Cabeza, 2010; García-Cabeza & González de Chavez, 2009).

A farmacoterapia também faz parte dos programas de saúde mental, mas seu efeito tem sido mais limitado no funcionamento social, nas vulnerabilidades, nos conflitos, na qualidade de vida, e na análise ou modificação de estilos perceptivos, o que tem ajudado a reforçar a pesquisa psicossocial pelo mundo. Soma-se a isso as taxas de não-aderência ao tratamento farmacológico serem altas, variando de 50 a 90% (Álvarez-Jimenez, Parker, Hetrick, McGorry & Gleeson, 2009; Díaz, Avezuela, Moliner, Fraile e García-Cabeza, 2010; Dixon *et al.*, 2010; Escudero, Molina, Camacho & Garcia-Cabeza, 2010). Villeneuve, Potvin, Lesage e Nicole (2010) mostraram através de meta-análises que a taxa de abandono de tratamento farmacológico chega a 42%, em comparação a 13% no tratamento psicossocial, o que indica a relevância de abordagens psicossociais como parte de um programa completo de cuidados em psicoses.

Existem ainda outras iniciativas de atenção propostas que utilizam *locus* não-institucionalizados. Chatterjee *et al.* (2009) reportaram uma experiência bem-sucedida de reabilitação comunitária com sujeitos psicóticos em uma comunidade rural pobre da Índia, utilizando pequenas equipes não especializadas referenciadas a um coordenador, todas supervisionadas por um único especialista, um psiquiatra. Foram utilizadas farmacoterapia, grupos de autoajuda e iniciativas de microcrédito. Já o ACT (*Assertive Community Treatment*), é um programa largamente implementado na Europa voltado para pessoas não motivadas a realizar tratamento regular vinculados a alguma instituição de saúde. Seu objetivo é diminuir a hospitalização, melhorar o funcionamento psicossocial e manter o pacientes em contato com os serviços. As pesquisas indicaram sua efetividade apenas para diminuir a hospitalização e manter o contato com serviço, não tendo clareza dos resultados para os sintomas, estabilidade residencial e indicadores de qualidade de vida subjetiva (Kortrijk, Mulder, Roosenschoon & Wiersma, 2010).

A Reabilitação Psicossocial no Brasil

Em contexto nacional, a reforma psiquiátrica possibilitou a construção de uma estratégia de atenção psicossocial, dentro da qual vem se erigindo uma proposta de

reabilitação para o atendimento as psicoses adaptada ao contexto brasileiro e ao SUS. E esta se dá, principalmente, através de seus serviços comunitários, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A clínica praticada nos CAPS é chamada também de clínica ampliada e considerada uma estratégia de atenção psicossocial, a qual implica em se pensar um modelo de atendimento processual, social e complexo, em oposição a um modelo fechado - algo que está passível a transformações e conectado ao movimento constante de mudanças, tensões e conflitos gerados nas relações humanas (Amarante, 2007). Inclui conceber atuações profissionais que superam a suposta neutralidade científica que calca os modelos tradicionais da psiquiatria, e admitir que todas as ações estão embebidas em valores éticos, religiosos, políticos e morais. Focando o trabalho no sujeito e seus laços sociais e não no seu transtorno, projeta-se um sistema de intervenções mais integrador, pensando o usuário como um indivíduo imerso em suas relações familiares, laborais, de vizinhança, com suas possibilidades e limitações (Alves & Francisco, 2009; Vieira Filho & Rosa, 2010).

As instituições psicossociais e seus profissionais atuam como interlocutores, possibilitando a entrada em cena de relações intersubjetivas mais horizontais, que dão voz e escuta as demandas da população, não sendo apenas o depositário daquilo que é indesejável socialmente no comportamento dos loucos, insanos ou doentes mentais (Costa-Rosa, 2000). Busca-se alcançar a supressão do sintoma que aparece como queixa-demanda, mas isto não se torna a meta máxima do serviço – a lógica é propiciar um novo modo de ser, para além de um dispositivo adaptacionista dos sujeitos e dos corpos às pressões sociais (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

Podem-se elencar algumas características centrais que os CAPS, como serviços comunitários e abertos, possuem em sua prática terapêutica - direito do usuário em ser acolhido, rapidez no atendimento e resolutividade frente às situações de crise, trânsito e diálogo dentro de seu território comunitário, consideração às variáveis sociais no processo de adoecimento e participação nas trocas sociais. Tais fatos redirecionam os movimentos dos atores/profissionais para um diálogo frequente com as famílias, os grupos comunitários e o território, buscando uma co-responsabilização no processo saúde/doença mental (Kyrillos, 2009).

O campo da reabilitação no Brasil ainda se mostra com pouca coesão teórica, com experiências heterogêneas em um país de grandes diversidades regionais. Guerra (2004) coloca que três modelos de reabilitação ocorrem atualmente: modelos psicoeducativos, focado na aprendizagem de comportamentos, ora dos indivíduos ora

das famílias, pensando na adequação entre indivíduo, família e comunidade – o que inclui a leitura da situação para modificação dos comportamentos dos indivíduos ou de suas famílias para lidar com quadro. Os modelos sociopolíticos ou críticos não trabalham com práticas pré-determinadas, sendo a intervenção determinada por realidades locais – são varias redes de atuação, pensando uma cidadania *possível* na psicose. Por último, os modelos de orientação clínica, calcados na Psicanálise, que fazem crítica radical ao modelo psicoeducativo, considerando-os homogeneizantes, adequadores e focados na remissão do sintoma. Propõem o trabalho com a singularidade das possibilidades de cada sujeito e sua responsabilização pelas respostas que apresentam.

Guerra (2004) avalia ainda que a operacionalização atual da reabilitação nos serviços comunitários nacionais se dá através de modelos mistos, que não sustentam paradigmas unificados, experimentando e criando a partir dos resultados obtidos em suas práticas. Tal fato pode ser percebido através da pouca literatura científica direcionada à avaliação de resultados de intervenções. Apesar do panorama internacional atual, focado no modelo psicoeducativo, a reforma psiquiátrica no Brasil tem grande influência do campo psicanalítico, que ainda possui certa hegemonia, tanto na compreensão dos sujeitos quanto nas práticas cotidianas (Ferreira, 2008a).

A atuação do Psicólogo

É dentro deste *modus operandi* denominado estratégia psicossocial que se insere o profissional de psicologia, introduzido no SUS pela via da saúde mental em meio à reforma psiquiátrica. No entanto, esta inserção não está acontecendo de maneira incólume, mas sim com impasses: dificuldades oriundas da formação fragmentada e estruturada para o trabalho clínico tradicional, com uma transposição acrítica de modelo; clientela de classes sociais baixas, geralmente diferentes dos profissionais e da demanda particular; o trabalho em equipe com profissões que atuam a mais tempo na saúde pública, para qual o trabalho em conjunto e articulado não faz parte da formação do psicólogo; e, por último, a condição laboral regrada, assalariada, com prestação de contas e avaliação de produtividade, situação que não acontece nos consultórios particulares (Ferreira, 2010; Yasui & Costa-Rosa 2008).

Algumas pesquisas têm sido desenvolvidas com psicólogos de CAPS (Correia, 2007; Figueiredo & Rodrigues, 2004; Sales & Dimenstein, 2009a, 2009b) com a

finalidade de investigar práticas e desafios atuais para essa classe, mas até agora nenhuma teve foco específico no tratamento das psicoses. Figueiredo e Rodrigues (2004) pesquisaram a atuação de psicólogos dos CAPS do Espírito Santo e perceberam que até então a desinstitucionalização não tinha sido suficientemente debatida no cotidiano dos profissionais entrevistados. Privilegiava-se o modelo clínico tradicional - e a abordagem psicanalítica predominante, que segundo os autores, determinou tal ênfase - além do foco estar na estrutura clínica, no discurso e nos sintomas do usuário, e pouco nos fatores sociais do adoecimento. A pouca promoção da reinserção social foi atribuída à baixa formação continuada específica para atuar na área de saúde mental. As condições de trabalho também foram fatores relacionados ao não engajamento dos técnicos as práticas fora dos muros do CAPS.

Por sua vez, Correia (2007), em um levantamento quantitativo que reuniu todos os psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, encontrou dados semelhantes aos últimos apresentados. Os sujeitos pesquisados responderam que os CAPS possuem boa estrutura física, mas carência e defasagem de recursos humanos e financeiros. No quesito atuação dos psicólogos, também predomina a psicoterapia individual, seguida pelo atendimento em grupo, deixando em último plano o atendimento à família e à comunidade. Novamente foi constatado um despreparo no ensino de graduação que os habilite no cumprimento das funções exigidas pelas características da reforma psiquiátrica nacional.

Um terceiro estudo regional foi conduzido com psicólogos dos CAPS do Rio Grande do Norte, em uma perspectiva cartográfico-qualitativa. Sales e Dimenstein (2009a, 2009b) concluíram, a partir de entrevistas, que falta postura crítica e ação política na transformação dos saberes e sujeitos. A maioria dos técnicos colocou a escuta clínica qualificada como a especificidade do psicólogo na equipe, mas apontaram que a prática em um CAPS é de natureza diferente do consultório privado. Mostraram também a defasagem na formação acadêmica em conteúdos de saúde pública e reforma psiquiátrica, com os profissionais se utilizando de estratégias próprias de formação complementar pra preencher suas deficiências. A lacuna na formação e no conhecimento é relatada como um dos entraves ao avanço da reforma, pois se as ideias não têm atingido nem os profissionais, muito menos alcançam a população em geral.

Os desafios no seio da reforma tem se colocado cotidianamente para os psicólogos, que vem aprendendo de maneira gradual como realizar um trabalho mais condizente com as necessidades coletivas da população usuária dos serviços de saúde

mental (Berlinck, Magtaz & Teixeira, 2008). Faz-se necessário nesse momento o registro dessa aprendizagem narrado pelos próprios protagonistas em cena, e essa pesquisa visou alcançar essa dimensão e contribuir para a descrição e a melhora das práticas emergentes em saúde mental no Brasil. O estado de Santa Catarina, que na avaliação do Ministério da Saúde (2011) conta com cobertura da rede CAPS considerada muito boa, carece de pesquisas que mapeiem o funcionamento de seus serviços. Para tanto, esta pesquisa objetivou levantar dados sobre a atuação do psicólogo nestas instituições junto a uma demanda de grande importância para a reforma, a dos sujeitos psicóticos. Além disto, apresenta aspectos pesquisados que se detiveram nas características da formação acadêmica e percurso profissional, nas avaliações pessoais e institucionais, na identificação de quais são as intervenções clínicas utilizadas por estes profissionais com sujeitos psicóticos, além das dificuldades e limitações encontradas pelos psicólogos na clínica das psicoses nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Método

2.1. Delineamento

Para abordar os objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa quantitativa de levantamento, de caráter descritivo e transversal.

2.2. Participantes

O universo de participantes foi composto por Psicólogos de todos os Centros de Atenção Psicossocial I, II e III de Santa Catarina. No momento da coleta de dados, o estado contava com 58 centros dessas modalidades cadastrados junto ao Ministério da Saúde, sendo 44 CAPS I, 12 CAPS II e dois CAPS III. Foi considerado como critério de inclusão atuar há mais de seis meses em um centro, independente do tipo de vínculo empregatício e carga horária. Não foram incluídos profissionais dos CAPS infantis e CAPS álcool e drogas, pela diferenciação da demanda e do foco do trabalho.

A amostra se constituiu de 48 sujeitos num universo de 91 que atuavam há mais de seis meses nos CAPS contatados, resultando num total de 52,7% de taxa de resposta dos questionários enviados. A idade variou entre 24 e 58 anos, com média de 36 ($M=36$,

DP=9), sendo 90% do sexo feminino e 10% do sexo masculino. A média de tempo que os respondentes trabalhavam em CAPS foi de 3,3 anos. A maioria dos sujeitos tinha entre dois e cinco anos de formado (40%), eram concursados (66%) e cumpriam carga horária de 40 horas semanais (24%). A maior parte deles (66%) possuía também outro local de trabalho além do serviço público de saúde mental, com destaque para o consultório privado (40%).

Tabela 1. Dados sócio demográficos da amostra (n=48)

| Variáveis | | n | % |
|-----------------------------|-----------------------------------|----------|----------|
| Gênero | Feminino | 43 | 90 |
| | Masculino | 5 | 10 |
| Tempo de formado | Entre 1 e 2 anos | 2 | 4 |
| | Entre 2 e 5 anos | 19 | 40 |
| | Entre 5 e 10 anos | 13 | 27 |
| | Mais de 10 anos | 14 | 29 |
| Vínculo Empregatício | Concursado | 31 | 66 |
| | Contratado | 16 | 34 |
| Carga Horária | 20h | 10 | 22 |
| | 30h | 11 | 24 |
| | 35h | 1 | 2 |
| | 40h | 24 | 52 |
| Outros Trabalhos | Consultório Privado | 19 | 40 |
| | Psicólogo Escolar | 3 | 6 |
| | Psicólogo na rede básica de saúde | 3 | 6 |
| | Psicólogo Organizacional | 1 | 2 |
| | Psicólogo Hospitalar | 1 | 2 |
| | Psicólogo na Assistência Social | 1 | 2 |
| | Outros | 12 | 25 |
| | Não possui | 16 | 33 |

2.3. Instrumento

O instrumento utilizado foi um questionário construído através da plataforma on-line *Google Docs*, contendo quatro eixos temáticos – dados pessoais, formação profissional, atuação profissional e avaliação institucional, dificuldades/limitações e desafios -, elaborados a partir da revisão de literatura realizada para o projeto de

pesquisa. Foram 24 questões ao total: seis no primeiro eixo, sete no segundo, sete no terceiro e quatro no quarto; deste montante, 20 eram de resposta fechada e quatro de resposta aberta/descritiva (Anexo A).

Os dados pessoais investigaram informações sócio demográficas da amostra, tais como idade, gênero, tempo de atuação, trabalhos exteriores ao CAPS, tipo de carga horária e vínculo empregatício. Por sua vez, o segundo eixo temático buscou capturar detalhes do percurso educacional de cada um, bem como sua avaliação sobre a formação que recebeu; incluiu também minúcias sobre escolha e prevalência de abordagem teórica em psicologia. No terceiro, as questões orbitaram em torno das práticas profissionais, intervenções, relações de trabalho e avaliação institucional. Por final, o último eixo procurou englobar avaliações pessoais e institucionais sobre dificuldades nos procedimentos clínicos. As perguntas abertas se localizaram no terceiro e quarto eixo, duas em cada.

2.4. Procedimento de coleta de dados

Após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS (Processo 11/007), iniciou-se a coleta de dados. O primeiro procedimento foi contatar os coordenadores de cada CAPS para que autorizassem a pesquisa em seu local de trabalho, e também informassem ao pesquisador os profissionais que se enquadravam no critério de inclusão do estudo. Quando necessário, pediram autorização para sua chefia imediata junto a Secretaria Municipal de Saúde. Apenas um município, Florianópolis, possuía comitê de ética próprio, onde esta pesquisa foi aprovada. Após anuência das chefias, foi iniciado contato telefônico individual com cada psicólogo de interesse (os que se enquadraram nos critérios de inclusão) – em todas as ligações, o pesquisador se apresentava, descrevia a pesquisa e os convidava para participar pedindo o e-mail pessoal para enviar o questionário on-line. Todos os coordenadores avalizaram a coleta; no entanto, nem todos os psicólogos concordaram em participar – dos 91 sujeitos aptos a participação, apenas 84 forneceram seu endereço eletrônico. Outra dificuldade encontrada foi a rotatividade empregatícia, que implicou em um número elevado de pessoas com menos de seis meses de CAPS. É relevante constar que dois locais contatados não possuíam Psicólogos em sua equipe.

O período de coleta durou pouco mais de quatro meses, se passando entre Abril e Agosto de 2011. Ao receber o e-mail apresentando novamente a pesquisa, os sujeitos

tinham a sua disposição um *link* para clicar que abria automaticamente o questionário em seus computadores. A primeira página do instrumento continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no Anexo B, onde a pessoa deveria admitir a sua aceitação em participar – uma vez consentido, o sistema automaticamente a conduzia para as perguntas. Ao final, um comando enviava o conteúdo das respostas automaticamente para a base de dados do pesquisador, contida na plataforma pessoal do *Google Docs*.

2.5. Análise de dados

Logo após o término da coleta, foi gerada através do *Google Docs* uma planilha com todo o material captado. O sistema eletrônico também proporcionou prontamente um relatório com as frequências das respostas para cada pergunta. A partir desta planilha foi confeccionado um banco de dados no SPSS 19.0® (*Statistical Package for Social Sciences* 19.0). Inicialmente, no software, foram realizadas análises descritivas (média, desvio padrão e frequências) cabíveis com o tipo de questionário confeccionado, as variáveis de interesse e os objetivos do estudo. Já as questões abertas foram submetidas à análise de conteúdo quantitativa (Flick, 2004), tendo suas respostas analisadas e categorizadas *a posteriori* em grupos e subgrupos por variedade temática.

3. Resultados

Como descrito na seção anterior, o questionário foi construído a partir de quatro eixos temáticos – e neste mesmo formato os dados serão apresentados aqui. O primeiro segmento já teve seus resultados descritos na caracterização sócio demográfica da amostra.

Formação profissional

O segundo conjunto de dados se refere à formação profissional. Este aspecto foi incluído devido à alta incidência de discussões e críticas na literatura sobre a debatida deficiência da formação profissional nacional para preparar os psicólogos para atuar nas políticas públicas de saúde mental (Ferreira, 2008a; Vasconcelos, 2004). A tabela 2 apresenta a caracterização da amostra referente a seu percurso de formação na carreira. As universidades privadas predominaram, com 92%; ao total 20 instituições diferentes

foram citadas, de seis estados diferentes do Brasil, com destaque para Santa Catarina (45%). A Universidade privada que mais formou psicólogos dos CAPS catarinenses é a Universidade do Vale do Itajaí (14%), seguida pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (10%); poucos se graduaram por escolas públicas, com pequena diferença em favor da Universidade Federal de Santa Catarina (4%).

Tabela 2. Formação de Graduação

| Graduação - Universidade | N | % |
|---------------------------------|----------|----------|
| Privada | 44 | 92 |
| Pública | 04 | 08 |
| Instituições | | |
| Privadas | | |
| UNIVALI | 07 | 14 |
| UNOCHAPECÓ | 05 | 10 |
| UNESC | 05 | 10 |
| FURB | 04 | 08 |
| ACE | 04 | 08 |
| UNOESC | 04 | 08 |
| UNISUL | 03 | 06 |
| PUCRS | 02 | 04 |
| URI | 02 | 04 |
| Públicas | | |
| UFSC | 02 | 04 |
| UEL | 01 | 02 |
| UNESP | 01 | 02 |
| Universidades por Estado | | |
| | N | % |
| Santa Catarina | 09 | 45 |
| Rio Grande do Sul | 04 | 20 |
| Paraná | 04 | 20 |
| São Paulo | 01 | 05 |
| Goiás | 01 | 05 |
| Minas Gerais | 01 | 05 |

Aos sujeitos também foi requisitado avaliar a qualidade de sua formação acadêmica de graduação para trabalhar no CAPS. A maior parte deles qualificou como boa (44%), seguido de regular (40%) e Ruim (8%). Percebe-se que poucas respostas se enquadraram nos extremos - Excelente e Péssimo -, ambas com 4%. Apenas seis

sujeitos realizaram estágio em CAPS durante sua graduação (13%), com a maioria sem experiência prévia nos serviços (88%).

Tabela 3. Avaliação da formação de graduação para atuar em CAPS

| Graduação | N | % |
|------------------|----------|----------|
| Excelente | 02 | 04 |
| Boa | 21 | 44 |
| Regular | 19 | 40 |
| Ruim | 04 | 08 |
| Péssima | 02 | 04 |

Foi inquirido também se possuíam pós-graduação, especificando se realizada nas áreas de saúde mental, saúde coletiva ou psicologia clínica. Predominou a formação em psicologia clínica nas mais diversas abordagens, com 37%. Logo em seguida vem a ênfase em Saúde Mental, com 31%. Apenas 17% dos psicólogos não possui nenhuma pós-graduação. No que toca a qualificação da pós-graduação para a atuação no CAPS, se sobrepuseram as avaliações positivas, com “bom” (46%) e “excelente” (19%), sendo que ninguém qualificou como “péssima” e apenas um como “ruim” (2%).

Tabela 4. Tipo de especialização e sua qualidade para atuação em CAPS

| Especialização ou Residência | N | % |
|-------------------------------------|----------|----------|
| Saúde Mental | 15 | 31 |
| Saúde Coletiva | 01 | 02 |
| Psicologia Clínica | 18 | 37 |
| Outras | 14 | 29 |
| Não Possui | 08 | 17 |
| Avaliação da Pós-Graduação | | |
| Excelente | 09 | 19 |
| Boa | 22 | 46 |
| Razoável | 09 | 19 |
| Ruim | 01 | 02 |
| Péssima | 00 | 0 |
| Não Possui | 07 | 15 |

Em seguida lhes foi perguntado sobre se possuíam orientação teórica para atuação. Foi permitido responder mais de uma alternativa elencada, com o total podendo

ultrapassar numericamente os 100%. Os dados mostraram uma heterogeneidade considerável, com nenhum campo predominando de maneira absoluta – ao todo foram citadas 10 abordagens técnico-teóricas. Em primeiro lugar destacam-se a Psicanálise e a Terapia Cognitivo-Comportamental (35%), seguidas pela Sistêmica (21%) e pela Gestalt-terapia (13%). Pode-se enfatizar que apenas um participante citou a Clínica da Reabilitação Psicossocial (2%) como arcabouço teórico.

Tabela 5. Prevalência de abordagem para atuação

| Abordagem | N | % |
|--------------------------------------|----------|----------|
| Psicanálise | 17 | 35 |
| Cognitivo-Comportamental | 17 | 35 |
| Sistêmica | 10 | 21 |
| Gestalt-terapia | 06 | 13 |
| Humanista | 03 | 06 |
| Existencialista | 03 | 06 |
| Reichiana | 01 | 02 |
| Psicodrama | 01 | 02 |
| Análise Transacional | 01 | 02 |
| Clínica da Reabilitação Psicossocial | 01 | 02 |
| Todas | 01 | 02 |

Atuação profissional e avaliação institucional

O terceiro grupo de questões foi arquitetado com fins de capturar a avaliação do funcionamento institucional na ótica dos psicólogos. Sabe-se que a clínica psicossocial tem sua funcionalidade condicionada a aspectos como integração em rede, interinstitucionalidade e trabalho multidisciplinar (Yasui & Costa-Rosa, 2008). Para tanto, pediu-se para que julgassem e citassem detalhes destes componentes. A avaliação global dos centros mostrou números positivos, com 17% de qualificações de Excelente e 56% de Bom, totalizando juntos 73%; apenas três sujeitos percebem como Ruim (6%) e nenhum como Péssimo.

No quesito da articulação em rede, a maioria dos CAPS atua em conjunto com a sua rede básica de saúde (85%) e com algum Hospital Psiquiátrico (63%). Tiveram ocorrência média a relação com Hospitais Gerais (48%) e Ambulatórios de Saúde Mental (48%); apenas 6% julgam que seu CAPS trabalha isolado. Outras instituições que apareceram foram o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), outras

Secretarias municipais, o Judiciário, a Polícia Militar, o Conselho Tutelar, Programas Sociais e Comunidades Terapêuticas. Os números indicados no quesito relação de trabalho com a equipe multiprofissional foram majoritariamente qualificados como positivos, sendo 35% Excelente e 56% Boa, totalizando 92%. Apenas 8% indicaram Regular e nenhum com Ruim ou Péssima.

Tabela 6. Avaliação do CAPS, articulação em rede e relações de trabalho

| Como qualifica seu CAPS | N | % |
|--|----------|----------|
| Excelente | 08 | 17 |
| Bom | 27 | 56 |
| Regular | 10 | 21 |
| Ruim | 03 | 06 |
| Péssimo | 0 | 0 |
| <hr/> | | |
| Articulação em Rede | N | % |
| ESF | 41 | 85 |
| Hospital Psiquiátrico | 30 | 63 |
| Hospital Geral | 23 | 48 |
| Ambulatório de Saúde Mental | 23 | 48 |
| Trabalha Isolado | 03 | 06 |
| Outros | 16 | 33 |
| <hr/> | | |
| Relação de trabalho com membros da Equipe | N | % |
| Excelente | 17 | 35 |
| Boa | 27 | 56 |
| Razoável | 04 | 08 |
| Ruim | 0 | 0 |
| Péssima | 0 | 0 |

Logo em seguida foram introduzidas perguntas sobre as práticas profissionais, especificando as intervenções utilizadas com o público alvo da pesquisa. A primeira sondou a avaliação da formação acadêmica para trabalhar com usuários que apresentassem quadro psicótico. Houve um largo predomínio da resposta Boa, com 65%, seguida pela Regular (29%). As outras opções tiveram apenas uma resposta cada (2%).

Tabela 7. Avaliação da formação acadêmica para o trabalho com Psicoses

| Formação acadêmica para o trabalho com Psicoses | N | % |
|---|----|----|
| Excelente | 01 | 02 |
| Boa | 31 | 65 |
| Regular | 14 | 29 |
| Ruim | 01 | 02 |
| Péssima | 01 | 02 |

A primeira pergunta aberta do questionário os indagou sobre qual seria o trabalho a ser feito pelos psicólogos no CAPS com os usuários que apresentam quadro psicótico. Destaca-se o fato deste item perguntar qual o ideal de trabalho, e não o que os profissionais estão realmente realizando, foco da pergunta aberta posterior. Apenas um dos sujeitos não a respondeu, totalizando 47 textos tratados por análise de conteúdo, codificados e categorizados tematicamente *a posteriori*, divididos em dois grupos de respostas: intervenções clínicas clássicas e clínica ampliada. Uma grande diversidade de propostas de trabalho foi relatada, com maior incidência de propostas ligadas as intervenções clínicas não-clássicas, como as familiares (45%), oficinas terapêuticas (43%), e a reinserção social (40%). Logo após vem uma intervenção clássica, a psicoterapia individual (34%), seguida pela grupoterapia (28%) e o trabalho multidisciplinar (28%), e o apoio/suporte clínico (19%).

Tabela 8. Trabalho dos psicólogos no CAPS com as psicoses

| Intervenções Clínicas Clássicas | N | % | Clinica Ampliada | N | % |
|--|----|----|---|----|----|
| Psicoterapia Individual | 16 | 34 | Apoio/Atendimento Familiar | 21 | 45 |
| Apoio/Suporte/Cuidados clínicos | 09 | 19 | Oficina em Grupo | 20 | 43 |
| Formação do vínculo/Acolhimento | 07 | 15 | Reinserção Social | 19 | 40 |
| Orientação | 07 | 15 | Trabalho em equipe | 13 | 28 |
| Compreensão do seu quadro pelo usuário | 06 | 13 | Grupoterapia | 13 | 28 |
| Escuta Qualificada | 05 | 11 | Atenção à crise | 05 | 11 |
| Avaliação Clínica | 05 | 11 | Autonomia | 05 | 11 |
| Adesão à medicação | 05 | 11 | Intervenções pela demanda do usuário | 05 | 11 |
| Resgate da auto-estima e auto-confiança | 04 | 08 | AT (Acompanhamento Terapêutico) | 04 | 08 |
| Treino de Habilidades sociais | 03 | 06 | Compreensão da singularidade e não de diagnóstico | 04 | 08 |
| Estabilizar o paciente/prevenção à recaída | 03 | 06 | Orientação sobre direitos e cidadania | 03 | 06 |
| Contato com a Realidade | 02 | 04 | Visitas Domiciliares | 03 | 06 |
| Adaptação | 02 | 04 | Melhorar a qualidade de vida | 03 | 06 |
| Psicoeducação | 01 | 02 | Desestigmatização | 02 | 04 |
| Diminuição dos sintomas | 01 | 02 | Matriciamento | 01 | 02 |

| | | |
|------------------------------------|----|----|
| Responsabilização pelo tratamento | 01 | 02 |
| Redução de danos | 01 | 02 |
| Desenvolvimento de Potencialidades | 01 | 02 |

Quando indagados sobre o quanto se sentiam preparados para prestar atenção à crise, a maioria dos sujeitos respondeu que se considera preparado (60%), e mais 15% se sentem muito preparados, totalizando 75% de pessoas que se sentem capacitadas a acolher e manejar crises ou surtos. Não obstante, uma parcela significativa se sente pouco preparada (25%), dado preocupante visto que o psicólogo é demandado a realizar ações desta natureza que acontecem de maneira recorrente no cotidiano dos CAPS. Outro dado positivo obtido percebe-se no fato de que nenhum profissional se sente despreparado para essas ações.

Tabela 9. Preparo para lidar com situações de crise

| Atenção à crise | N | % |
|------------------------|----------|----------|
| Muito preparado | 07 | 15 |
| Preparado | 29 | 60 |
| Pouco Preparado | 12 | 25 |
| Despreparado | 0 | 0 |

Logo em seguida, foi solicitado que citassem suas intervenções na terapêutica que tem realizado com usuários que apresentam quadro psicótico. O total de 47 respostas foi tabelado abaixo, também categorizado *a posteriori* em dois grupos: clínica clássica e clínica psicossocial. Houve amplo predomínio de citações de práticas psicossociais, apesar de a psicoterapia individual ter tido mesma quantidade de referencias (40% dos sujeitos) do que as oficinas terapêuticas (40%), sendo ambas as mais utilizadas pelos psicólogos. Logo em seguida vieram o trabalho com as famílias (34%), seguido por grupoterapia/grupos de apoio (21%). A escuta também foi bastante citada (17%), e apesar de estar entre os componentes primordiais da clínica clássica, é um aspecto proeminente no modo psicossocial (Rinaldi & Bursztyn, 2008). Outras citações que se destacam foram o acolhimento (13%), a psicoeducação (11%), a articulação com a rede de apoio (11%), a avaliação clínica (8%), atividades externas ao CAPS (8%) e visitas domiciliares (8%).

Tabela 10. Intervenções terapêuticas nas psicoses

| Clínica Clássica | N | % | Clínica Psicossocial | N | % |
|------------------------------------|----|----|---|----|----|
| Psicoterapia Individual | 19 | 40 | Oficinas em grupo | 19 | 40 |
| Escuta | 08 | 17 | Apoio/Orientação/Psicoterapia familiar | 16 | 34 |
| Acolhimento/Vinculação | 06 | 13 | Grupoterapia/Grupos de Apoio | 10 | 21 |
| Psicoeducação | 05 | 11 | Grupos Operativos/Dinâmicas | 07 | 15 |
| Avaliação | 04 | 08 | Articulação com a rede de apoio | 05 | 11 |
| Orientação ao paciente | 03 | 06 | Atividades externas ao CAPS (caminhadas, passeios) | 04 | 08 |
| Adesão à medicação | 03 | 06 | Visita Domiciliar | 04 | 08 |
| Técnicas de Relaxamento | 03 | 06 | Nada específico/depende do caso | 03 | 06 |
| Contenção em caso de crise | 02 | 04 | Acompanhamento Terapêutico | 02 | 04 |
| Prevenção à recaída | 02 | 04 | Ações de reinserção social | 02 | 04 |
| Técnicas de Resolução de Problemas | 02 | 04 | Atenção/Suporte à crise | 02 | 04 |
| | | | Desestigmatização | 01 | 02 |
| | | | Uso da Legislação | 01 | 02 |
| | | | Exercícios Físicos | 01 | 02 |

Dificuldades, limitações e desafios

O último conjunto de perguntas foi mais breve e contou com duas questões fechadas e duas abertas. Na primeira, foram requisitados a avaliar se sentiam dificuldades na atuação com as psicoses. A maioria dos sujeitos respondeu que sentia pouca dificuldade (65%), seguidos de 25% que afirmaram não sentir dificuldades. Destaca-se que apenas 10% sentem muita dificuldade.

Tabela 11. Dificuldade no atendimento às psicoses

| Dificuldades na atuação com psicoses | N | % |
|--------------------------------------|----|----|
| Muita | 05 | 10 |
| Pouca | 31 | 65 |
| Não sinto dificuldades | 12 | 25 |

A segunda pergunta deste eixo (e terceira aberta do instrumento) pediu para que opinassem no que deveriam melhorar em sua atuação com pacientes psicóticos. As respostas foram aglutinadas em categorias *a posteriori*. Somente 41 participantes responderam. Predominou a necessidade de novas aprendizagens através de cursos, técnicas e teorias, citadas por 44% dos sujeitos. Em seguida, aperfeiçoar as intervenções em crise (19%), recurso que dificilmente é ensinado nas graduações em psicologia.

Destacou-se também a necessidade de amparo nos recursos territoriais extra-CAPS (19%), o trabalho com as famílias (17%), assim como a melhora do trabalho em equipe (12%). Foram citados também aspectos da rotina de trabalho, como mais tempo para atendimentos (7%) e diminuição da carga horária (2%).

Tabela 12. No que acham que precisam melhorar na clinica das psicoses

| No que precisa melhorar na atuação com sujeitos psicóticos | N | % |
|---|----------|----------|
| Mais Capacitação/Aperfeiçoamento | 18 | 44 |
| Melhorar Intervenções na crise | 08 | 19 |
| Explorar/melhorar os recursos do território/trabalho interinstitucional | 08 | 19 |
| Contribuir para o engajamento/adeseão familiar | 07 | 17 |
| Ampliar ou melhorar o suporte/trabalho da equipe | 05 | 12 |
| Oferecer mais oficinas/Aprimorar trabalho em grupo | 04 | 10 |
| Mais tempo para atendimentos | 03 | 07 |
| Ter mais espaços de discussão e trocas | 02 | 05 |
| Utilização da psicoterapia | 01 | 02 |
| Qualificar a escuta | 01 | 02 |
| Redução da carga horária | 01 | 02 |
| Desestigmatização | 01 | 02 |
| Conhecer melhor a história pregressa do usuário e familiares | 01 | 02 |
| A experiência molda a melhoria do trabalho | 01 | 02 |
| Dificuldades na criação do vínculo | 01 | 02 |
| Atentar para sentimentos transferenciais | 01 | 02 |

A penúltima indagação pediu aos sujeitos uma avaliação do serviço que seu CAPS oferece aos usuários psicóticos. Predominaram as avaliações positivas, como quase a metade julgando como bom (48%), que se somado ao excelente (17%), totaliza 65%. No entanto, 29% julgam como regular e 6% como péssimo, apontando para existência de inconsistências e problemas no atendimento dos CAPS.

Tabela 13. Avaliação do CAPS no serviço prestado aos psicóticos

| Avaliação do serviço CAPS oferecido aos usuários psicóticos | N | % |
|--|----------|----------|
| Excelente | 08 | 17 |
| Boa | 23 | 48 |
| Razoável | 14 | 29 |
| Ruim | 03 | 06 |
| Péssima | 0 | 0 |

Por último foi requisitado aos participantes que comentassem a questão anterior, para que se conhecesse mais profundamente suas percepções. Esta pergunta aberta também foi codificada *a posteriori* e aglutinada segundo avaliações de cunho positivo ou negativo, sendo 37 o número de respostas. Apesar da avaliação majoritariamente boa dos serviços (48%) na questão anterior, houve maior ocorrência de aspectos negativos. O maior número de comentários relacionou-se a equipe reduzida (16%), necessidade de melhor técnica (13%) e falta de recursos materiais e financeiros (13%). Outros pontos negativos foram a baixa resolutividade frente às crises (8%), deficiências na rede (8%), *déficit* nas oficinas (8%), problemas na relação intersetorial (8%) e falta de comprometimento de técnicos com os usuários (5%).

Por outro lado, boas avaliações emergiram em quantidade destacada, principalmente focando a boa qualidade do serviço (13%), bons recursos terapêuticos (11%), boa evolução dos casos (8%) e bom trabalho em equipe (8%). Outros dados se opõem aos citados nos aspectos negativos, como comprometimento dos técnicos (5%), eficiência nas intervenções (5%) e preocupação com a inclusão social (5%).

Tabela 14. Comentários sobre a questão anterior

| Comentários sobre atendimento do CAPS às psicoses | N | % |
|--|----------|----------|
| Negativos | | |
| Equipe reduzida | 06 | 16 |
| É necessário profissionais melhorar competência técnica | 05 | 13 |
| Falta de recursos materiais e financeiros | 05 | 13 |
| Baixa resolutividade na atenção à crise | 03 | 08 |
| Município não investe na capacitação dos profissionais | 03 | 08 |
| Rede deficiente (faltam leitos em hospital) | 03 | 08 |
| Necessita melhora nas oficinas | 03 | 08 |
| Poderia melhorar relação com a sociedade/trabalho intersetorial | 03 | 08 |
| Falta de interesse dos profissionais/ despreocupação com o usuário | 02 | 05 |
| CAPS trabalha como ambulatório | 02 | 05 |
| CAPS trabalhar isolado | 01 | 03 |
| Poderia melhorar relação com famílias | 01 | 03 |
| Equipe faz poucas buscas ativas | 01 | 03 |
| Positivos | | |
| Serviço prestado é de boa qualidade | 05 | 13 |
| Bons recursos terapêuticos | 04 | 11 |
| Boa evolução dos casos | 03 | 08 |
| Bom apoio aos usuários | 03 | 08 |
| Bom trabalho em equipe | 03 | 08 |

| | | |
|---|----|----|
| Alguns profissionais têm bastante interesse e empenho | 02 | 05 |
| Conhecimento da equipe de métodos e técnicas eficientes | 02 | 05 |
| CAPS preocupado com a inclusão social dos usuários | 02 | 05 |
| Equipe se preocupa com resolatividade das estratégias | 01 | 03 |
| Equipe exerce realmente a clínica psicossocial | 01 | 03 |
| Índice de internações baixo/boa resolatividade na crise | 01 | 03 |
| Usuários e familiares têm avaliado bem o serviço | 01 | 03 |

4. Discussão

O objetivo deste estudo foi investigar, através de um instrumento tipo *survey*, a formação acadêmica e percurso profissional, avaliações pessoais e institucionais, bem como as práticas dos psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial I, II e III de Santa Catarina - especificamente na reabilitação das psicoses, clientela foco dos antigos hospitais psiquiátricos e que agora se encontra referenciada aos serviços comunitários. Apesar da taxa de resposta ter sido satisfatória - acima de 52% - para conferir consistência aos dados recebidos e relevância aos resultados, o número de não-respondentes foi elevado (48%), revelando uma cultura ainda precária de pesquisa sobre práticas profissionais e avaliações estruturadas dos trabalhos realizados. Num dos CAPS II do estado, que contava com cinco psicólogos, todos se recusaram a fornecer seus contatos para responder o questionário.

Perfil e formação profissional

Os resultados revelaram um perfil profissional predominantemente feminino (90%), com dedicação de 40 horas semanais (52%) ao CAPS e com vínculo empregatício estável (concursados, 66%). O perfil feminino se iguala a outros estudos de psicólogos de CAPS (Correia, 2007; Figueiredo & Rodrigues, 2004; Sales & Dimenstein, 2009a), bem como o alto índice de atuação paralela em consultórios privados - chama a atenção que 40% destes profissionais trabalhem nestes ambientes, mostrando ainda os profissionais diretamente conectados a identidade de psicoterapeuta, decorrente de sua formação e das demandas e expectativas sociais pelo modelo liberal clássico de consultório privado ((Figueiredo & Rodrigues, 2004; Vasconcelos, 2004). Além disto, 67% possuem mais de um local de trabalho, sendo que 52% têm carga horária de 40 horas no CAPS, o que pode indicar sobrecarga de trabalho para alguns profissionais. O motivo desta jornada extensa não foi explorado na pesquisa, mas pode

estar ligado a qualidade da remuneração dos profissionais, já descrita como insuficiente em outros estudos (Guimarães, Jorge & Assis, 2011; Sales & Dimenstein, 2009b)

Encontraram-se diferenças quanto à orientação teórica dos sujeitos entre este estudo e outras pesquisas, as quais apontaram a abordagem psicanalítica como predominante entre os psicólogos da rede de saúde mental em Minas Gerais, Espírito Santo e Rio Grande do Norte (Ferreira, 2008b; Figueiredo & Rodrigues, 2004; Sales & Dimenstein, 2009a, 2009b). A psicanálise também mostra grande enraizamento em Santa Catarina, mas divide seu espaço com a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Sistêmica e a Gestalt-terapia. O crescimento da TCC no estado pode aproximar a clínica dos CAPS de Santa Catarina mais do contexto de práticas de reabilitação internacional, onde é utilizada de maneira substancial através do modelo psicoeducativo (Guerra, 2004). Além disto, o crescimento do paradigma sistêmico em todas as ciências e suas ramificações nas práticas em Saúde pode ser o responsável pelo alto número de citações de intervenções familiares nas perguntas do eixo três (34% dos sujeitos afirmaram diretamente utilizar intervenções familiares). No mais, a multiplicidade de sustentações ontológicas e técnicas – mais de 10 orientações foram citadas - pode vir a enriquecer o trabalho e as discussões sobre uma clínica ainda em construção como a praticada nos CAPS.

A avaliação de qualidade da formação de graduação para atuar nos Centros foi considerada boa (44%), seguida de regular (40%) e Ruim (8%). Apenas em Correia (2007) existem dados anteriores de psicólogos de CAPS que qualificaram sua formação de graduação para atuar nos serviços. Em sua pesquisa, dos 61 profissionais de CAPS I e II respondentes, 10% consideraram a formação adequada, 56% em parte adequada e 33% inadequada. Nesta ocasião, a autora afirmou haver despreparo no ensino de graduação para o cumprimento das funções exigidas pelos parâmetros da reforma nacional. A comparação entre eles mostra evolução positiva, passando de 33% inadequada para apenas 8% ruim; 56% de parte adequada para 40% regular e 10% adequada para 44% boa. No entanto, os dados ainda sugerem uma margem apertada entre o bom e o razoável, apontando para problemas na graduação com relação ao ensino da reabilitação psicossocial. Reforçam as lacunas ainda existentes na formação apenas seis sujeitos terem realizado estágio em CAPS (13%), prática que certamente traria maior preparo para quando se tornassem membros efetivos das equipes.

Quanto à pós-graduação, se sobressaiu à formação em psicologia clínica com 37%, seguida pela Saúde Mental, com 31%, com apenas 17% dos psicólogos não

possuindo nenhuma pós-graduação. No quesito qualificação para atuar no CAPS, se destacaram as avaliações positivas, com “bom” (46%) e “excelente” (19%), sendo que ninguém qualificou como “péssima” e apenas um como “ruim” (2%). Os resultados mostraram bom nível de qualificação acadêmica dos profissionais – no entanto, sugerem, frente às qualificações da graduação, que a pós vem suprindo uma lacuna de satisfação técnica para lidar com os desafios cotidianos da clínica psicossocial. Destaca-se também que mais de um terço afirmou possuir especialização em saúde mental, o que pode ter contribuído para os números positivos na qualificação. Isto pode indicar que o interesse pela atuação nesse âmbito tem ocorrido após a conclusão da graduação, talvez ligada a oferta crescente de vagas de trabalho nas redes municipais de saúde.

Avaliando ainda sua formação, mas relativa à instrumentalização para a clínica das psicoses, houve amplo predomínio da resposta Boa, com 65%, seguida pela Regular (29%). Estes números reforçam o argumento duma guinada positiva na formação do psicólogo, visto que para dar conta da complexidade da atenção as psicoses é necessária uma formação mais integrada, que direcione o pensamento e o planejamento para ações/intervenções multiprofissionais em rede, considerando as relações dos sujeitos e os dispositivos comunitários que possam ser utilizados para auxiliá-lo na realização de laço social (Alves & Francisco, 2009). Assevera este possível crescimento a questão que abordou se sentiam dificuldades na atuação com as psicoses – a maioria dos sujeitos respondeu que sentia pouca dificuldade (65%), seguidos de 25% que afirmaram não senti-la. Destaca-se que apenas 10% sentem muita dificuldade. A ausência de pesquisas da atuação de psicólogos com psicoses não fornece dados longitudinais de comparação, se este aspecto evoluiu ou não ao longo da história da profissão na saúde mental coletiva brasileira.

A formação clássica para o trabalho individual em consultório já foi apontada como elemento contribuinte para dificultar a inserção do Psicólogo no trabalho em equipe multidisciplinar nos dispositivos do SUS, levando-se em conta que esta modalidade de trabalho grupal tem centralidade para as ações da atenção psicossocial (Ferreira, 2010). Yasui (2010) entende a equipe como principal agente de produção de cuidados em saúde mental, através da disponibilidade para construir vínculos, da pactuação de interesses e saberes na construção de um projeto em comum, e do encontro entre as demandas dos usuários, as subjetividades e as competências técnicas dos profissionais. Este estudo não propôs uma avaliação da qualidade do trabalho em equipe, apesar dele ter sido citado na questão que envolveu as qualidades e problemas

dos CAPS; propôs a ponderação sobre a qualidade da relação com a equipe. Os números foram em sua maioria absoluta positivos, sendo 35% Excelente e 56% Boa, totalizando 92%. A alta qualidade da relação pode estar relacionada com as avaliações globais positivas dos serviços (73%), visto que o cotidiano dos trabalhadores envolve, para além dos recursos materiais e financeiros, a necessidade de convivência colaborativa e sincrônica para o trabalho. Além do mais, psicólogos da rede pública pesquisados anteriormente por Ferreira (2008b) descreveram a multidisciplinaridade como potencializadora, na medida em que propicia aumento de recursos clínicos não disponíveis no consultório.

Práticas e Intervenções

A atuação profissional foi diretamente aferida através de quatro perguntas: como concebiam a clínica das psicoses nos CAPS, no sentido de quais princípios e parâmetros consideram ideais para conferir maior qualidade e efetividade do serviço prestado; quais eram as práticas que efetivamente implementavam; se sentiam-se preparados para prestar atenção às crises (cotidianas nas rotinas dos CAPS); e no que achavam que deveriam melhorar na sua atuação com sujeitos psicóticos. Como recurso metodológico para tratamento dos dados através da análise de conteúdo, nas duas primeiras questões citadas acima as práticas dos psicólogos foram cindidas em duas categorias: clínica clássica e clínica ampliada ou psicossocial.

A clínica clássica tem seu modelo centrado em ações individuais de avaliação psicodiagnóstica e psicoterapia, em grande monta influenciada pelo modelo de atendimento médico e pela clínica psicanalítica tradicional, com clientela foco nas classes médias e altas que acessam serviços particulares de Psicologia. Já a clínica ampliada ou psicossocial insere-se em meio às chamadas práticas emergentes em psicologia, amplamente diversificadas e ainda em construção, com seus profissionais ligados a instituições públicas ou Organizações Não Governamentais (ONGS) onde trabalham em equipe, com clientela-demanda composta de classes menos favorecidas financeiramente e que tradicionalmente não possuem acesso a consultórios (Ferreira, 2008b).

No que diz respeito ao modelo de trabalho a ser feito pelos psicólogos no CAPS com os usuários psicóticos, houve maioria ampla de citações às intervenções ampliadas, como as familiares (45%), oficinas terapêuticas (43%), reinserção social (40%),

grupoterapia (28%) e o trabalho multidisciplinar (28%). Se especificarmos ainda as ações de reinserção lembradas, podemos destacar a autonomização, o Acompanhamento Terapêutico, orientações sobre direitos e cidadania e as festividades. A intervenção clássica mais citada foi a psicoterapia individual (34%), seguida por outras práticas que são tradicionais da psicoterapia, mas que também são encampadas como importantes pela clínica psicossocial, como a formação do vínculo/acolhimento (15%) e a escuta qualificada (11%). Os dados confirmam a tendência já relatada por Ferreira (2008b), que afirma estar em marcha mudanças da clínica na direção de uma perspectiva mais ampliada: a atuação em rede, com vários dispositivos e profissionais diversos, além de mais recursos para os atendimentos; também na percepção do sujeito como cidadão, portador de direitos. Os resultados mostraram mudança da percepção sobre o papel do psicólogo na reabilitação das psicoses - a miríade de intervenções citadas como funções profissionais misturou o papel clássico da profissão, representado pela psicoterapia individual, orientação, dentre outras, com intervenções ampliadas.

No entanto, algumas propostas são discutíveis: o treino de habilidades sociais (6%), o contato com a realidade (4%) e a adaptação (4%) não acabam reproduzindo antigos modelos de práticas homogeneizantes e normatizadoras, onde o louco é visto como desviante e em necessidade de enquadramento no mundo dos normais ou portadores da razão? Ora, não se pode negar a importância da formação do laço social para a cidadania possível do usuário psicótico, e o treino de habilidades sociais pode ajudá-lo neste processo, mas o trabalho do CAPS também envolve uma dimensão política para qual seus técnicos são convocados: auxiliar a população, através de práticas desestigmatizantes, a deslocar seu olhar para uma postura mais tolerante frente às subjetividades diferenciadas dos sujeitos psicóticos.

No tocante às intervenções que implementam efetivamente no seu dia-a-dia, houve também predomínio de citações de práticas psicossociais, apesar da psicoterapia individual ter tido mesma quantidade de referências (40% dos sujeitos) do que as oficinas terapêuticas (40%). Destaca-se, no campo ampliado, o trabalho com as famílias (34%), seguido pela grupoterapia/grupos de apoio (21%), a articulação com a rede de apoio (11%), as atividades externas (8%) e as visitas domiciliares (8%). Práticas clássicas que também fazem parte do modo psicossocial, como a escuta (17%), o acolhimento e formação do vínculo (13%), a psicoeducação (11%) e a orientação (6%) aparecem em grande número também.

Os dados desta pergunta confirmam a tendência de ampliação, mostrada nas perspectivas da questão sobre o modelo de atuação na reabilitação das psicoses citado anteriormente, de práticas na direção da estratégia psicossocial, fato que pode ser atribuído tanto para mudanças na formação acadêmica quanto pela maior circulação entre os profissionais da iminência de uma nova clínica que seja resolutiva para o modelo aberto e comunitário em vigência (Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky & Machado, 2009; Kantorski *et al.*, 2009). No entanto, ainda são largamente utilizadas as práticas convencionais dos psicólogos, com diversos instrumentos importantes na produção de autonomia sendo citados por menos de 20% dos profissionais. Figueiredo e Rodrigues (2004) atribuíram a pouca promoção da reinserção social em atividades extra CAPS, por parte dos psicólogos, tanto pela formação que recebem quanto às condições gerais de trabalho precarizadas.

Um dos fatores que sustenta a perspectiva de avanço é o relato de que os profissionais estão se utilizando de diversas técnicas grupais (oficinas, grupoterapia, dinâmicas, passeios). Quase metade dos sujeitos realiza oficinas terapêuticas, que contribuem para a ressocialização e capacidade de melhora nos relacionamentos interpessoais dos usuários, parte essencial da lógica de reconstrução de subjetividades através do coletivo, que é uma estratégia psicossocial. Além disto, as oficinas são elementos cruciais para o desenvolvimento de potencialidades, expressão de sentimentos, aumento da auto-estima e a possibilidade de geração de renda. (Azevedo & Miranda, 2011). Outro fator, o trabalho com as famílias, listado por mais de um terço dos sujeitos, incide na alteração do modelo atomista de tratamento individual no qual apenas um dos elos das relações humanas necessita de mudança, o que é um desafio para os profissionais devido a sua formação acadêmica. Trabalha-se com sistemas familiares não apenas para utiliza-la na co-responsabilização e evitar a fragmentação do cuidado, mas para intervir diretamente na estigmatização do usuário e em possíveis disfuncionalidades na dinâmica familiar que tragam sofrimento para a pessoa e seu contexto (Duarte & Kantorski, 2011; Schrank & Olschowsky, 2008).

Um dos momentos mais críticos da atenção em saúde mental é o da crise, ruptura extrema com laços interpessoais e desestruturante psiquicamente para o sujeito, em geral resultando socialmente num alerta de periculosidade que precisa ser debelado através de hospitalização e controle. Na atenção psicossocial, os técnicos, através do seu vínculo com o usuário, necessitam se responsabilizar pela crise e acolhe-la como garantia de direito à singularidade e diferença (Willrich, Kantorski, Chiavagatti, Cortes

& Pinheiro, 2011). Portanto, as respostas totalizando 75% de pessoas que se sentem capacitadas a acolher e manejar crises se mostram favoráveis ao avanço da reforma psiquiátrica nacional. Não obstante, um quarto dos profissionais se sente pouco preparada (25%), fator que pode auxiliar a fragilização dos serviços e reforçar os discursos manicomiais por internações compulsórias e policialização indiscriminada das crises. O sentido de preparo também pode estar ligado a mudanças na formação profissional, visto que 71% têm menos de 10 anos de graduação e 75% se sente no mínimo preparada para acolher crises.

Quando foram requisitados a fazer uma auto-avaliação sobre os aspectos que necessitavam melhorar em suas atuações na reabilitação das psicoses, logo o tema das habilidades emergiu. A necessidade de novas competências através de capacitação, citadas por 44% dos sujeitos, bem como aperfeiçoar as intervenções em crise (19%), demonstram lacunas na formação profissional, mesmo com alto índice de pós-graduados nos serviços. Destacou-se também a necessidade de amparo nos recursos territoriais extra-CAPS (19%), o que mostra a percepção dos profissionais de que as psicoses necessitam de estratégias de ação dentro da proposta ampliada, que envolvam diversos setores e profissionais para dar conta da complexidade dos campos envolvidos na reabilitação (Figueiró & Dimenstein, 2010). Foram citados também aspectos da rotina de trabalho, como mais tempo para atendimentos, mais espaço para discussões e trocas e diminuição da carga horária, fatos que sugerem uma possível sobrecarga de trabalho, tornando estes profissionais muitas vezes acrícos, menos qualificados e suscetíveis ao adoecimento (Guimarães, Jorge & Assis, 2011). O trabalho com as famílias também teve destaque (17%), mostrando que este aspecto da atenção psicossocial precisa ser reforçado, para não ocasionar descontinuidade nos cuidados, abandono de tratamento e menor adesão dos usuários com seu projeto terapêutico.

A ampliação da necessidade de acionar os recursos extra CAPS pode ser comparada ao quesito articulação em rede. Nas respostas deste estudo, esta conjunção se mostrou largamente maior dentro do sistema de saúde, com menor destaque para a intersetorialidade. O critério foi apenas citar a articulação, e não avaliar sua funcionalidade – os fluxos de referencia, contra referencia e apoio até podem acontecer, mas serem ruins, pouco resolutivos e contraproducentes. Quanto menor a intersetorialidade, menos os usuários conquistam sua autonomia e podem se apropriar das opções de lazer, trabalho, estudo e outros fatores de seu território. Cabe aos técnicos do CAPS, como referência na organização dos cuidados em seu território, potencializar

a articulação da rede em cuidados para permitir a ressocialização e a construção da cidadania dos usuários do CAPS (Yasui, 2010). Ao avaliar a socialização de usuários psicóticos de CAPS de Minas Gerais, Moll e Saeki (2009) encontraram que, apesar do serviço ter boa adesão ao tratamento e diminuir as internações psiquiátricas, não contribuía para promover a socialização das pessoas fora do ambiente familiar, sugerindo a necessidade de melhorias na articulação intersetorial.

Avaliação dos CAPS para Reabilitação das Psicoses

Os CAPS foram avaliados em dois momentos do instrumento, sendo uma avaliação geral e outra no cuidado específico aos sujeitos psicóticos. O julgamento global dos centros mostrou predomínio de números positivos, assim como a avaliação específica. Os números globais mostraram um grau de satisfação com a qualidade de seus CAPS, sendo apenas 6% de respostas negativas. Este fato não pode ser correlacionado com pesquisas de efetividade do tratamento ou auxílios efetivos para a construção de uma cidadania possível a seus usuários. No entanto, pode sugerir que o processo de reforma vem se consolidando com certa qualidade no estado de Santa Catarina, reconhecido pelos psicólogos neste estudo. Tomasi *et al.* (2010), em estudo avaliativo sobre a efetividade do cuidado de CAPS de uma cidade do Rio Grande do Sul, envolvendo 1013 usuários através de pesquisa de coorte, mostraram que os CAPS estão cumprindo seu papel substitutivo aos hospitais psiquiátricos, apesar dos diversos problemas organizacionais e de infra-estrutura, tendo efeito positivo na redução da ocorrência de crises para todos os usuários e das internações hospitalares para os usuários com sintomas mais severos.

Na apreciação do serviço oferecido aos usuários psicóticos, às avaliações positivas totalizaram 65% das respostas, número este 8% menor do que o índice de satisfação com a avaliação global. Além disto, 29% os julgaram como regular, contra 21% na avaliação geral, e 6% como péssimo, apontando para existência de inconsistências e problemas no atendimento dos CAPS. A discrepância de dados significa que os pacientes reconhecidos como psicóticos têm um serviço pior do que os outros usuários? Será que a responsabilização com esta demanda é menor, ou a falta de recursos técnicos e materiais imprime piora no cuidado, dependendo do tipo de situação que se apresenta?

Os comentários sobre a avaliação fornecem indícios do que está sendo funcional e disfuncional na terapêutica dos serviços. Os maiores problemas apontados dizem

respeito à falta de recursos humanos e materiais, necessidade de capacitação e melhora técnica dos funcionários, além de fragilidades na rede de saúde e intersetorial. Estes pontos já foram catalogados pela literatura anteriormente em diferentes cidades e regiões do Brasil, e confundem-se com a fragilidade do SUS como um todo. São diversos locais em que ocorre sobrecarga de funções dos técnicos, os impossibilitando de cumprir com todas as suas tarefas propostas. Há ainda escassez e má gestão de recursos financeiros e humanos, baixos salários, ausência de planos de carreira, desconhecimento da legislação em saúde mental, dificuldades em expandir as práticas para fora dos serviços, bem como formação deficitária para atuação em saúde mental. (Alverga & Dimenstein, 2006; Antunes & Queiroz, 2007; Cavalcanti, Dahl, Carvalho & Valencia, 2009; Guimarães, Jorge & Assis, 2011; Jardim, Cartana, Kantorski & Quevedo, 2009; Koda & Fernandes, 2007; Leão & Barros, 2008; Lopes, Veira, Arruda & Farina, 2009; Luzio & L'Abbate, 2009; Mondoni & Costa-Rosa, 2010; Nascimento & Galvanese, 2009; Olschowsky, Glanzner, Mielke, Kantorski & Wetzel, 2009; Rabelo & Torres, 2006; Rezio & Oliveira, 2010).

Por outro lado, as avaliações positivas se referiram a uma boa qualidade do atendimento e do trabalho em equipe, inclusive na avaliação dos familiares, corroborando com os detalhes mencionados os índices de avaliação positiva dos CAPS mostrados nas tabelas 6 e 13. As citações que versam sobre o comprometimento dos técnicos e da preocupação com a reinserção social se opõe às mesmas informações referidas nos problemas do parágrafo acima, mas em sentido contrário, indicando que existem desigualdades entre os locais e as equipes. Outros registros positivos aparecem na literatura que corroboram os dados deste estudo. Há transformação no cuidado e nas relações interpessoais em relação ao modelo asilar, com experiências de boas práticas de reabilitação, auxílio e orientação familiar. Percebe-se também capacidade para acolher crises, a prática do técnico de referência, a construção de projetos terapêuticos e um avanço na mudança das concepções de sofrimento psíquico. Surgiram também avaliações positivas dos usuários, que julgaram ser tratados respeitosamente, com disponibilidade, afeto, qualidade e sentiram-se valorizados por poder participar e opinar nas decisões sobre seu tratamento. Numa pesquisa avaliativa que englobava CAPS de toda região Sul do Brasil, as equipes se mostraram bastante engajadas e comprometidas com o cotidiano da construção do processo de reforma. (Campos & Soares, 2003; Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky & Machado, 2009; Kantorski *et al.*, 2009; Nunes, Torrenté, Ottoni, Moraes Neto & Santana, 2008; Onocko-Campos *et al.*, 2009).

5. Conclusão

Os resultados obtidos mostraram fatores em comum e diversificados em relação à literatura da área. Com relação aos parâmetros teórico-técnicos para a atuação, os psicólogos dos CAPS de Santa Catarina demonstram abordagens teóricas diversificadas, sendo a Psicanálise não hegemônica, se igualando ao campo Cognitivo-Comportamental como as mais usadas. Houve evolução no ensino de graduação para atuação em CAPS, mas ainda existem lacunas sendo preenchidas pela pós-graduação e pelas práticas cotidianas. Continua necessária evolução na formação universitária para o trabalho em saúde mental. Nesta direção, Amarante (2008) sugere algumas modificações: devem-se contemplar outros modelos de atenção, que abarquem experiências internacionais para que se avaliem diferentes pontos de vista sobre sistemas de atenção e redes; aprender a construir redes de atenção à saúde em geral, e atuar perante as famílias não apenas como cuidadores, mas como agentes catalisadores e seres políticos. O ensino deve implicar os profissionais no auxílio da construção de usuários críticos, senhores de seus processos vitais e que resistam a aniquilação identitária nas relações sociais. Outro fator educacional em saúde se encontra na formação continuada, e este estudo sugere um dos focos prementes a ser abordado: o acolhimento às crises precisa ser aperfeiçoado, a fim de que o processo de mudança de eixo da reforma psiquiátrica, mudando dos hospitais para os serviços comunitários, possa se aprofundar.

Este trabalho também mostrou resultados favoráveis sobre o trabalho em equipe, sendo um ponto positivo da atenção aos usuários do CAPS. No entanto, vale atentar para acontecimentos comuns na realidade dos serviços, em que mantem-se um trabalho burocrático, reprodutor das hierarquizações tradicionais no campo da saúde com o saber médico no centro, sendo outras categorias relegadas ao plano secundário, enfraquecendo a lógica da multidisciplinaridade. Nestes locais os trabalhos continuam compartimentalizados em salas individuais, com as agendas cheias de consultas, mantendo-se o psicólogo como realizador de consultas com longas listas de espera. Ainda é problemática também a multiprofissionalidade que se apresenta como um somatório de forças diferentes, sem diálogo e cooperação mútua na construção de práticas em comum, que atravessem premissas estanques das formações voltadas ao modelo privado individualista de saúde (Yasui, 2010).

No que diz respeito às intervenções, as práticas evoluíram para um direcionamento ampliado, sendo mais diversificadas e menos focadas no atendimento psicoterapêutico individual. No momento, o avanço necessário se dá no maior foco nos processos externos ao CAPS, na produção de autonomia e desestigmatização, através de ações mais efetivas de apoio ao trabalho e geração de renda, e de melhoras nos contatos com a rede intersetorial e de saúde. Nasi e Schneider (2011) reforçam essas idéias, atentando os CAPS para que, com ênfase nos usuários mais crônicos, se ofereça caminhos para os sujeitos interagirem socialmente, mas que também possibilite ao usuário por ele mesmo dê musculatura aos seus laços sociais e não se torne dependente do CAPS como seu único meio de socialização.

A avaliação sobre a qualidade dos CAPS também teve viés positivo, sendo considerados como instituições que prestam bons serviços. Indica, portanto, a despeito de problemas já conhecidos pela literatura nacional sobre funcionamento dos CAPS, evolução dos serviços comunitários abertos nacionais. Tomasi *et al.* (2010) mostraram em seu estudo que os centros são estratégias efetivas e devem ser reforçados no âmbito do SUS, assim como Nasi e Schneider (2011) constataram que o atendimento no modo psicossocial, em especial nos CAPS, vem propiciando que os usuários se insiram socialmente, participem de diversas ações sociais que não aconteciam no modelo hospitalocêntrico. Alguns problemas recorrentes se mantêm, como a necessidade de melhora na gestão dos recursos financeiros e humanos, na valorização profissional, na fiscalização dos serviços, na qualificação técnica, no fortalecimento de redes de apoio comunitário e familiares e na articulação com a rede de saúde.

Algumas questões ficam em aberto neste estudo: há justificativa para uma clínica diferenciada das psicoses, se a inversão epistêmica que a reforma psiquiátrica propõe, ao olhar o sujeito, não rotulá-lo, pensando a doença mental como uma entidade separada? Ao se olhar o sujeito em sua singularidade, se justifica uma clínica da psicose para os CAPS? Ou os modos de sofrimento são diferenciados, o diagnóstico, seja nosológico, seja fenomenológico ou psicanalítico é necessário, e isso sustenta caminhos de tratamento diferentes para os usuários?

Possíveis limitações deste estudo se referem ao fato dele não incluir a voz dos usuários, familiares e outros profissionais sobre a atuação e o papel dos psicólogos nos CAPS. Outra limitação acontece pela pesquisa não ter sido delineada para avaliar a qualidade/efetividade das ações dos psicólogos. Sugerimos o possível uso deste estudo, em conjunção com outros sendo realizados sobre os atores da reforma psiquiátrica

brasileira, para auxiliar no planejamento das ações dos serviços e para os caminhos da formação em Psicologia e saúde mental no país e no estado de Santa Catarina.

6. Referências

Alvarez-Gimenez, M., Parker, A. G., Hetrick, S. E., McGorry, P. D., & Gleeson, J. F. (2009). Preventing the Second Episode: A Systematic Review and Meta-analysis of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode psychosis, *Schizophrenia Bulletin*, 1-12.

Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2006). Psychiatric reform and the challenges posed by deinstitutionalization. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 299-316.

Alves, E. S., & Francisco, A. L. (2009). Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29(4), 768-779.

Amarante, P. (2008). Cultura da formação: reflexões para inovação no campo da saúde mental. In: Amarante, P. & Cruz, L. B (Orgs.). *Saúde Mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps.

Antunes S. M. M. O., & Queiroz M. S. (2007). A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 207-215.

Azevedo, D. M., & Miranda, F.A.N. (2011). Oficinas terapêuticas como instrumentos de Reabilitação Psicossocial: percepção de familiares, *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(2), 339-345.

Berlinck, M. T., Magtaz, A. C., & Teixeira, M. (2008). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(1), 21-28.

Borges, C. F., & Baptista, T. W. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 456-468

Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (2011). *Saúde Mental em Dados - 9, Ano VI*. Recuperado em 26 de fevereiro de 2012, de www.saude.gov.br.

Campos, C. M. S., & Soares, C. B. (2003). A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores, *Ciencia & Saude Coletiva*, 8(2), 621-628.

Carneiro, N. G. O. (2008). Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial – haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental?, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(2), 208-220.

Cases, J. G., & González, A. R. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis, *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.

Cavalcanti, M. T., Dahl, C. M., Carvalho, M. C. A. de, Valencia, E. (2009). Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 23-28.

Chatterjee, S., Pillai, A., Jain, S., Cohen, A., & V. Patel (2009). Outcomes of people with psychotic disorders in a community-based rehabilitation programme in rural India, *The British Journal of Psychiatry*, 195, 433-439.

Correia, V. A. C. (2007). *Cenários e Práticas dos Psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina*. Dissertação de Mestrado, Univali, Itajaí, SC, Brasil.

Costa-Rosa, A. (2000) O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Díaz, N. E., Avezuela, N. R., Moliner, M. G., Fraile J. C. F., & García-Cabeza, I. (2010). Psicoterapia de la Psicosis: De la Persona en Riesgo al Paciente Crónico, *Clínica y Salud*, 21(3), 285-297.

Dixon, L. B. Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg R. W., Lehman, A., Tenhula, W. N., Calmes, C., Pasillas R. M., Peer, J., & Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements, *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48-70.

Duarte, M. L. C., & Kantorski, L. P. (2011). Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 47-52.

Escudero, A. P., Molina, S. G., Camacho, L. P., & Garcia-Cabeza, I. (2010). Psicofarmacología de la Psicosis: Elección del Fármaco, Adherencia al Tratamiento y Nuevos Horizontes, *Clínica y Salud*, 21(3), 271-283.

Ferreira, J. L., Neto (2008a). Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo, *Psicologia & Sociedade*, 20(1), 62-69.

Ferreira, J. L., Neto (2008b). Práticas Transversalizadas da Clínica em Saúde Mental, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 110-118.

Ferreira, J. L., Neto (2010). A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses, *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 390-403.

Figueiredo, V. V., & Rodrigues, M. M. P. (2004). Atuação dos Psicólogos nos CAPS do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*, 9, 173-181.

Figueiró, R. A., & Dimenstein, M. (2010). O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?, *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(2), 431-446.

- Flick, U. (2004) *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman.
- García-Cabeza, I., & González de Chávez, M. (2009). Therapeutic factors and insight in group therapy for outpatients diagnosed with schizophrenia, *Psychosis*, 1(2), 134–144.
- Giráldez, S. L., Fernández, O. V., Iglesias, P. Fernández., Pedrero, E. F., & Paino M. (2010), Bases Clínicas para un Nuevo Modelo de Atención a las Psicosis, *Clínica y Salud*, 21(3), 299-318.
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(2), 83-96.
- Guimarães, J. M. X., Jorge, M. S. B., & Assis, M. M. A. (2011). (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial, *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2145-2154.
- Jardim, V. M. R., Cartana, M. H. F, Kantorski, L. P. & Quevedo, A. L. A. (2009). Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de centros de Atenção Psicossocial, *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(2), 241-8.
- Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Wetzel, C., Olschowsky, A., Schneider, J. F., Resmini, F., Heck, R. M., Bielemann, L. M., Schwartz, E., Coimbra, V. C. C., Lange, C., Sousa, A. S. (2009). Contribuições do estudo de avaliação dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil, *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 1-9.
- Koda, M. Y., & Fernandes, M. I. A. (2007). A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1455-1461.
- Kortrijk, H. E., C. L., Roosenschoon, B. J., & Wiersma, D. (2010). Treatment Outcome in Patients Receiving Assertive Community Treatment, *Community Mental Health Journal*, 46, 330–336.
- Kyrillos, F., Neto (2009). Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise. *Aletheia*, 30, 39-49.
- Leão, A., & Barros, S. (2008). As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social, *Saúde e Sociedade*, 17(1), 95-106.
- Lopes, D. Neto, Veira, H. W. D., Arruda, A. T., & Farina, H. A. D (2009). Atenção à Saúde Mental no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os Centros de Atenção Psicossocial, *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2), 23-37.
- Luzio, C. A., & L'Abbate, S. (2009). A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica, *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1),105-116.

- Nascimento, A. F., & Galvanese, A. T. C. (2009). Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 8-15.
- Nasi, C., & Schneider, J. (2011). O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1157-63.
- Nunes, M., Torrenté, M., Ottoni, V., Moraes, V., Neto & Santana, M. (2008) A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 188-196.
- Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Olschowsky, A. & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 159-164.
- Moll, M. F., & Saeki, T. (2009). Social life of people with diagnosis of schizophrenia, attended at a psychosocial care center. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17(6), 995-1000.
- Mondoni, D., & Costa-Rosa, A. (2010). Reforma Psiquiátrica e Transição Paradigmática no Interior do Estado de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 39-47.
- Olschowsky, A., Glanzner, C. H., Mielke F. B., Kantorski L. P. & Wetzel, C. (2009). Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 781-787.
- Onocko-Campos, R. T., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L., Gama, C. A. P. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 16-22.
- Rabelo, I. V. M., & Torres, A. R. R. (2006). Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 219-228.
- Rezio, L. A., & Oliveira, A. G. B. (2010). Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(2), 346-354.
- Sales, A. L. L. F., & Dimenstein, M. (2009a). Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução? *Psicologia em Estudo*, 14(2), 277-285.
- Sales, A. L. L. F., & Dimenstein, M. (2009b). Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 812-827.
- Schrank, G., & Olschowsky, A. (2008). O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 127-34.
- Tomasi, E., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Thumé, Silva, E. R., Gonçalves, H., & Silva, S. M. (2010). Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores

de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada, *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 807-815.

Vasconcelos, E. (2004). Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas, *Mnemosine*, 1(0), 73-90.

Vieira Filho, N. G., & Rosa, M. D. (2010). Inconsciente e Cotidiano na Prática da Atenção Psicossocial em Saúde Mental, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 49-55.

Villeneuve, K., Potvin, S., Lesage, A., & Nicole, L. (2010). Meta-analysis of rates of drop-out from psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder, *Schizophrenia Research*, 121, 266–270.

Yasui, S. (2010). *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos serviços de saúde mental. *Saúde em debate*, 32, 27-37.

Willrich, J. Q., Kantorski, L. P., Chiavagatti, F. G., Cortes, J. M., & Pinheiro, G. W. (2011). Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção a crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 47-64.

Seção 2 – A prática profissional do psicólogo na clínica das psicoses dos CAPS

Resumo: Esta pesquisa teve como objetivo explorar as práticas dos psicólogos na clínica das psicoses dos CAPS de Santa Catarina. A metodologia empregada foi qualitativa, sendo o estudo descritivo e transversal. A coleta de dados foi realizada com entrevista semiestruturada, analisada através de análise de conteúdo. Participaram 10 psicólogos de CAPS I, II e III de quatro regiões diferentes do estado. Os resultados mostraram formação insuficiente para atuação nos serviços. O trabalho em equipe foi considerado satisfatório, com boas parcerias estabelecidas e sendo fonte de prazer para os profissionais. Os dados também mostraram evolução das práticas desenvolvidas pelos psicólogos para patamares mais aproximados da proposta de atenção psicossocial contida nos preceitos da reforma psiquiátrica nacional. Os CAPS foram avaliados como de boa qualidade. Alguns problemas apontados foram: a má política de gestão do trabalho, a escassez de recursos, a pouca articulação externa de alguns CAPS.

Palavras-chave: Psicólogo; CAPS; Saúde mental; Psicose

Abstract: This research aimed to explore the practices of psychologists in the clinics of psychoses in the CAPS of Santa Catarina. The methodology used was qualitative, descriptive and transversal. Data collection was made with semi-structured interviews, analyzed through content analysis. A total of 10 psychologists of CAPS I, II and III in four different regions of the state participated. The results showed insufficient training to work in services. Teamwork was satisfactory, with good partnerships and being a source of pleasure to the professionals. The data also showed the evolution of practices developed by psychologists to more approximate of the psychosocial care contained in the proposal of the psychiatric reform nationwide. The Caps were assessed as being in good quality. Some problems cited were: poor political management of labor, scarcity of resources, low external articulation of some CAPS.

Keywords: Psychologists; CAPS; Mental health; Psychosis

1. Introdução

A inserção dos Psicólogos na saúde coletiva brasileira vem acontecendo ao longo das últimas três décadas, a partir das lutas iniciadas pelos profissionais do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) através das reformas psiquiátrica e sanitária nacional. No período em que o modelo hospitalocêntrico era predominante, a participação dos psicólogos nessas instituições era insipiente, sendo esses profissionais alocados principalmente em consultórios particulares, com influência predominantemente da teoria e técnica psicanalítica (Ferreira, 2010; Vasconcelos, 2004).

Foi a partir da montagem das primeiras equipes multidisciplinares de perfil ambulatorial, no âmbito da reforma sanitária, que o Psicólogo se inseriu de maneira mais incisiva nas políticas públicas de saúde. Contudo, a formação para o ofício neste campo se manteve a mesma, privilegiando o modelo clínico tradicional, ocasionando uma entrada periclitante do profissional de psicologia - as práticas predominantes eram isolacionistas, de pouco diálogo com a equipe, vetorizada na direção de uma clientela de maior escolaridade e renda, negligenciando uma parcela importante da população e suas demandas (Vasconcelos, 2004).

A expansão da rede de atenção psicossocial no início da década de noventa do século passado permitiu a abertura de muitas vagas neste vasto campo de atuação, ao mesmo tempo em que se instalou no país certa crise no mercado dos consultórios de psicoterapia. Apesar disso, o percurso acadêmico de graduação focado no modelo clínico liberal não se alterou, tanto por características da formação dos professores, quanto por certa resistência dos profissionais a se abrir para práticas inovadoras que necessitavam emergir para uma nova situação de trabalho, adaptada a realidade do SUS. A mudança necessária vinha da premente incorporação do compromisso social e responsabilização pelas necessidades de uma demanda diferenciada - população de baixa renda, sujeitos psicóticos, desigualdades no acesso aos serviços, consideração das diversidades culturais (Dimenstein, 2001; Vasconcelos, 2004). Os impasses entre formação e atuação no que se convencionou chamar de atenção psicossocial começaram a se alterar pontualmente a partir de mudanças curriculares na metade da década de 90, quando maior enfoque foi dado para novas áreas de atuação, tateando os preceitos da clínica ampliada, principalmente, a partir das experiências construídas pelos psicólogos na saúde pública desde a década de 80 (Ferreira, 2010).

Ferreira (2010) afirma que tais práticas sanitárias no âmbito coletivo foram alicerçando um terreno fértil para intervenções e parâmetros que já se consolidaram no arsenal dos psicólogos brasileiros. As novas competências tem se afastado do modelo clássico tão criticado e se aproximado das necessidades de uma clinica comprometida com a integridade e territorialidade dos cuidados, sendo cada vez mais resolutiva. No entanto, muitos desafios ainda se apresentam, principalmente, nas intervenções extraclínicas.

A Clínica Psicossocial e os CAPS

As novas ações construídas se deslocaram para o interior de uma perspectiva ampliada, aparecendo na literatura em saúde mental também sob o cognome de clinica psicossocial. Para que seja operacionalizada, o profissional necessita trabalhar dentro do horizonte de rede, intermediando o diálogo entre os setores públicos e a sociedade civil, articulando suas ações no âmbito comunitário e familiar. A intersetorialidade deve ser utilizada na recuperação dos laços sociais e ser promotora de autonomia, com o profissional auxiliando os sujeitos no desenvolvimento de suas potencialidades e na transformação de suas realidades relacionais e contextuais (Alves & Francisco, 2009).

Dentro da política nacional de saúde mental, cabe aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ser referência para os portadores de sofrimento psíquico grave e/ou crônico, com destaque para a clientela-alvo de sujeitos os psicóticos, e os psicólogos fazem parte das equipes destes serviços. Os CAPS trazem em suas diretrizes a realização de acompanhamento clínico e de inserção social, bem como ser uma alternativa às internações em manicômios e hospitais psiquiátricos em geral. Procuram se articular dentro de um fluxo municipalizado de saúde, mantendo diálogo constante com a atenção básica, ambulatorios e hospitais, sendo responsáveis por organizar a rede local de saúde mental e dar máxima resolutividade aos casos que surgem na comunidade de sua responsabilidade (Cavalcanti, Dahl, Carvalho & Valencia, 2009; Nunes, 2005). Contam com equipes multiprofissionais que devem atuar de maneira integrada às demandas de cuidado condizentes com os paradigmas que sustentam os preceitos da reforma psiquiátrica (Olschowsky, Glanzner, Mielke, Kantorski & Wetzel, 2009).

Faz-se necessário um ambiente acolhedor ao sofrimento humano para que os sujeitos que chegam em crise nos serviços sejam abordados com efetividade evitando, assim, internações hospitalares. As pessoas atendidas pelo CAPS têm a seu dispor uma série de atividades, propostas a partir das bases de pensamento que confluíram para a sua criação, ou seja, na direção da reabilitação e reinserção psicossocial e do protagonismo dos usuários frente às suas vidas (Leão & Barros, 2008; Onocko-Campos & Furtado, 2006). Dentre elas, pode-se destacar: atendimentos individuais, em grupo e familiares; oficinas artísticas; visitas domiciliares; atividades esportivas; atividades de inserção na comunidade e assembleias de organização do serviço abertas a todos os atores que o compõem (técnicos, usuários, familiares, população).

Pode-se estabelecer a clínica psicossocial sobre três eixos orientadores do trabalho: o acesso, o acolhimento e o acompanhamento (Schmidt & Figueiredo, 2009). O acesso diz respeito à forma de organização institucional, naquilo que permite e limita os usuários do território a acessá-la de maneira adequada e ampla. Já o acolhimento é como os primeiros contatos com o usuário são feitos – como, por quem é recebido, o que lhe é oferecido, como é avaliada sua demanda -, e serve também para estimular a apropriação do sujeito por sua demanda e sua responsabilização nos processos de sua vida. O acompanhamento se caracteriza pela continuidade e manutenção do cuidado em saúde, sendo diferenciado para cada caso atendido, e crucial para a formação dos vínculos do CAPS com os usuários (Brandalise & Rosa, 2009).

Para que isso funcione, há a necessidade de se operar com projetos terapêuticos individualizados, construídos entre o usuário, sua família e os profissionais que serão referência para determinado sujeito, de modo a incluí-los no tratamento e responsabilizá-los pelo processo – os quais servirão como ferramenta para o planejamento e acompanhamento constante do tratamento, balizando as ações da equipe. O projeto permite o acompanhamento e acolhimento personalizado, em oposição à despersonalização presente nos aparelhos hospitalares (Onocko-Campos *et al*, 2009; Rinaldi & Bursztyn, 2008; Sanduette, 2007; Rosa, 2005).

Ao analisar as publicações científicas sobre CAPS entre 1997 e 2008, Ballarin, Miranda e Fuentes (2010) encontraram 160 artigos, com predominância da categoria temática rede de serviços em saúde mental (58%), seguida de textos sobre organização dos CAPS (15%) e estudos socioantropológicos (11%), ficando em quinto lugar pesquisas sobre os trabalhadores dos serviços (5,6%). De maneira geral, foi encontrado uma mudança efetiva no modelo hospitalar e avanços na reversão dos cuidados, focando

nas práticas grupais, no trabalho multidisciplinar, na necessidade de reavaliações e da consideração do ponto de vista de técnicos, usuários e familiares. Recomendam, frente aos desafios ainda postos, a condução de pesquisas que aprofundem as temáticas encontradas.

Os processos de trabalho nos CAPS

Estudos investigando os processos de trabalho e os impasses, ganhos, percepções e dificuldades dos trabalhadores de CAPS têm sido realizados nos últimos anos em municípios de todos os tamanhos ao redor do Brasil, apresentando resultados diferentes (Alverga & Dimenstein, 2006; Antunes & Queiroz, 2007; Cavalcanti, Dahl, Carvalho & Valencia, 2009; Jardim, Cartana, Kantorski & Quevedo, 2009; Koda & Fernandes, 2007; Leão & Barros, 2008; Lopes, Veira, Arruda & Farina, 2009; Luzio & L'Abbate, 2009; Mondoni & Costa-Rosa, 2010; Nascimento & Galvanese, 2009; Olschowsky, Glanzner, Mielke, Kantorski & Wetzel, 2009; Rabelo & Torres, 2006).

Do lado das críticas e problemas, com relação à organização do trabalho, os resultados mostraram a possibilidade de alguns serviços estarem se tornando ambulatoriais crônicos sem projeto terapêutico individualizado, formando filas de espera para atendimento ou trabalhando sem perspectiva de alta para o usuário. Também vem acontecendo sobrecarga de funções dos técnicos, os impossibilitando de cumprir com todas as suas funções programáticas. Há ainda escassez e má gestão de recursos financeiros e humanos, desigualdades regionais na implementação da reforma, baixos salários, ausência de planos de carreira e desconhecimento da legislação em saúde mental. Foram encontradas dificuldades em expandir as práticas para fora dos serviços, no sentido de diminuir o preconceito com os usuários. Sobre as práticas e concepções, ainda aparecem ideias de tutela, de incapacidade dos usuários, dependência excessiva da medicalização, hegemonia do modelo biomédico, centralização do serviço na figura do psiquiatra, convivência de práticas e modelos de atenção conflitantes entre os profissionais, formação deficitária para atuação em saúde mental.

No entanto, pesquisas também têm apontado avanços e qualidades (Campos & Soares, 2003; Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky & Machado, 2009; Kantorski *et al.*, 2009; Nunes, Torrenté, Ottoni, Moraes Neto & Santana, 2008; Onocko-Campos *et al.*, 2009). Há transformação no cuidado e nas relações interpessoais em relação ao modelo asilar, com experiências de boas práticas de reabilitação, auxílio e orientação

familiar. Percebe-se também capacidade para acolher crises, a prática do técnico de referência, a construção de projetos terapêuticos e um avanço para concepções multicausais do sofrimento psíquico. Surgiram também avaliações positivas dos usuários, que julgaram ser tratados com respeito, disponibilidade, afeto, qualidade e sentiram-se valorizados por poder participar e opinar nas decisões sobre seu tratamento. Numa pesquisa avaliativa que englobava CAPS de toda região Sul do Brasil, equipes se mostraram bastante engajadas e comprometidas com o cotidiano da construção do processo de reforma (Kantorski *et al.*, 2009).

Atuação do Psicólogo nos CAPS

Algumas pesquisas foram desenvolvidas (Correia, 2007; Figueiredo & Rodrigues, 2004; Sales & Dimenstein, 2009a, 2009b) com a finalidade de investigar práticas e desafios atuais para os Psicólogos de CAPS, mas até agora nenhuma teve foco específico no acompanhamento de pacientes psicóticos. Figueiredo e Rodrigues (2004) estudaram, através de método qualitativo, a atuação de psicólogos dos CAPS do Espírito Santo, e perceberam que a desinstitucionalização não estava sendo de fato implementada no cotidiano dos profissionais entrevistados. Predominava o modelo clínico tradicional – principalmente com a influencia da abordagem psicanalítica - além do foco estar na estrutura clínica e nos sintomas do usuário, pouco centrado nos elementos relacionais e comunitários do adoecimento. A insipiente promoção da reinserção social foi atribuída à escassez de formação continuada específica para atuar na área de saúde mental. As condições de trabalho precárias também foram fatores relacionados ao não engajamento dos técnicos as práticas fora dos muros do CAPS.

Em levantamento quantitativo que reuniu todos os psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Correia (2007) encontrou dados semelhantes aos últimos apresentados. Os sujeitos pesquisados responderam que os CAPS possuem boa estrutura física, mas carência e defasagem de recursos humanos e financeiros. No quesito atuação dos psicólogos, também predomina a psicoterapia individual, seguida pelo atendimento em grupo, deixando em último plano o atendimento à família e à comunidade (incluindo neste âmbito a reinserção social). Novamente foi constatada a defasagem no ensino de graduação em Psicologia que auxiliasse os profissionais no desempenho das funções exigidas pelas características da reforma psiquiátrica nacional,

tais como as intervenções grupais, o trabalho com a rede intersetorial ou as práticas de promoção de autonomia.

Um terceiro estudo regional foi conduzido com psicólogos dos CAPS do Rio Grande do Norte, em uma perspectiva cartográfico-qualitativa. Sales e Dimenstein (2009a, 2009b) concluíram, a partir de entrevistas, que falta postura crítica e ação política na transformação dos saberes e dos sujeitos na busca de promoção de saúde mental. A maioria dos técnicos colocou a escuta clínica qualificada como a especificidade do psicólogo na equipe, mas apontaram que a prática em um CAPS é de natureza diferente do consultório privado. Mostraram também a defasagem na formação acadêmica em conteúdos de saúde pública e reforma psiquiátrica, com os profissionais se utilizando de estratégias próprias de formação complementar para preencher suas deficiências. A lacuna na formação e no conhecimento é relatada como um dos entraves ao avanço da reforma, pois se as ideias não têm atingido nem os profissionais, muito menos alcançam a população em geral.

Considerando a necessidade de aperfeiçoamento dos quadros que atuam nos serviços de implementação da reforma psiquiátrica nacional, e a ausência de pesquisas sobre o trabalho dos Psicólogos dos CAPS com os usuários psicóticos, este estudo teve como objetivo investigar a atuação destes profissionais no contexto catarinense. Para tanto, foi necessário estabelecer alguns objetivos secundários, tais como: compreender a concepção de doença mental e de psicose dos psicólogos dos CAPS I, II e III de Santa Catarina; analisar aspectos relacionados à formação e à atuação profissional dos psicólogos com pacientes psicóticos neste contexto; identificar dificuldades e desafios encontrados por estes profissionais em seu cotidiano de trabalho com os portadores dessa classe de sofrimento psíquico.

2. Método

2.1. Delineamento

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e transversal. Pope e Mays (2009) afirmam que a pesquisa qualitativa está ligada à exploração e detecção dos significados subjetivos atribuídos às vivências singulares que os sujeitos experimentam cotidianamente, sem utilizar-se de uma manipulação experimental do que se está procurando descrever ou explicar. O pesquisador sempre está implicado em sua pesquisa e assume este fato naturalmente, sem pretender acomodar-se no argumento da

neutralidade e abstenção científica, tendo, inclusive, o papel de desanuvial fenômenos sociais e atitudinais que não se deixam apreender por métodos quantitativos.

2.2. Participantes

Foram entrevistados presencialmente 10 psicólogos, pertencendo a CAPS de quatro microrregiões do estado de Santa Catarina – três do Sul, três do Norte, três do Vale do Itajaí e um da grande Florianópolis. O número menor na região metropolitana da capital se deve ao fato desta possuir apenas dois CAPS I ou II no período da coleta. A seleção foi realizada por conveniência, a partir dos profissionais contatados que responderam o questionário da parte quantitativa da pesquisa, cujos resultados estão descritos em estudo paralelo. A determinação do número final de participantes ocorreu através de saturação das respostas por repetição dos conteúdos (Flick, 2004). Os critérios de inclusão adotados foram: estar no cargo há no mínimo seis meses, independente do tipo de vínculo empregatício e carga horária no serviço, e trabalhar em um CAPS I, II ou III. Não participaram psicólogos de CAPSad e infantil.

Participaram seis psicólogos de CAPS I, dois de CAPS II e dois de CAPS III. Conforme indica a Tabela 15, foram oito mulheres e dois homens, possuindo de 28 a 57 anos de idade ($M=43,5$). Tinham, na época da coleta de dados, entre 4 e 31 anos de formados ($M=11,6$), e entre 10 meses a 10 anos de atuação em CAPS ($M=3,5$). Na orientação teórica dos profissionais, predominou a abordagem Cognitivo-Comportamental, com quatro sujeitos, seguida do Psicodrama, com dois, e a Psicanálise, Sistêmica, Análise Transacional e a Reabilitação Psicossocial com um representante cada. Todos os sujeitos possuíam pós-graduação, sendo oito com especialização *latu sensu* e dois com mestrado – sendo um com mestrado em Saúde coletiva, um com especialização em saúde coletiva e um com especialização em saúde mental, temáticas alinhadas ao foco de seu trabalho no CAPS.

Tabela 15. Descrição dos participantes

| Participante | Idade | Gênero | Tempo de Formado (anos) | Atuação no CAPS (anos e meses) | Orientação Teórica |
|--------------|-------|-----------|-------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1(p1) | 39 | Masculino | 10 | 3 anos e 1 mês | Cognitivo-Comportamental |
| 2(p2) | 53 | Masculino | 04 | 1 ano e 3 meses | Psicanálise |
| 3(p3) | 38 | Feminino | 15 | 10 anos | Psicodrama |
| 4(p4) | 32 | Feminino | 05 | 2 anos | Cognitivo-Comportamental |

| | | | | | |
|---------|----|----------|-----|-----------------|---------------------------|
| 5(p5) | 51 | Feminino | 10 | 10 anos | Cognitivo-Comportamental |
| 6(p6) | 30 | Feminino | 06 | 2 anos | Análise Transacional |
| 7(p7) | 53 | Feminino | 06 | 10 meses | Sistêmica |
| 8(p8) | 54 | Feminino | 31 | 1 ano e 8 meses | Psicodrama |
| 9(p9) | 57 | Feminino | 25 | 3 anos | Reabilitação Psicossocial |
| 10(p10) | 28 | Feminino | 4,5 | 1 ano e 7 meses | Cognitivo-Comportamental |

2.3. Instrumento

Foi utilizada uma entrevista que teve como base um roteiro semiestruturado contendo 14 perguntas subdivididas em quatro eixos temáticos – dados sócio-demográficos, conceito de doença mental e psicose, possibilidades terapêuticas no ambiente institucional e desafios e dificuldades - elaborados *a priori* a partir da revisão de literatura e dos objetivos da pesquisa. Uma das maneiras dentro das ciências humanas, para colher informações, além das observações, é obter depoimentos. Este recurso permite a exploração do conhecimento, representações, sentimentos, valores, projetos, desejos e crenças expostos pelos atores sociais (Laville & Dione, 1999). O roteiro da entrevista encontra-se no Anexo C desta dissertação.

A entrevista semiestruturada se apresenta como uma forma de depoimento em que uma sequência de perguntas abertas é realizada verbalmente em uma determinada ordem, mas que pode ser flexibilizada com a inclusão de novos questionamentos e esclarecimentos a partir do que foi respondido. Esta abertura, no entanto, depõe contra a tentativa de padronização do material coletado e seu possível tratamento estatístico, também quanto às relações de causalidade entre os elementos emergentes. Mas, ao mesmo tempo, permite uma maior proximidade entre o pesquisador e o sujeito, aprofundando e explorando a experiência subjetiva dos envolvidos (Pope & Mays, 2009).

2.4. Procedimentos de coleta de dados

Os profissionais foram convidados por telefonema e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa. As entrevistas foram gravadas presencialmente nos locais de trabalho, em formato de áudio, com duração que variou de 21 a 48 minutos, e transcritas. Neste momento da investigação, os participantes assinaram o TCLE e retiveram consigo uma cópia assinada pelos pesquisadores. A coleta de dados aconteceu

no primeiro semestre de 2011, entre os meses de Maio a Agosto, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética da Unisinos.

2.5. Análise de dados

As entrevistas foram transcritas, codificadas tematicamente, categorizadas e submetidas à análise de conteúdo, a fim de ser, posteriormente, discutidas sob o enfoque da revisão de literatura realizada (Flick, 2004). A codificação temática se constitui no processo de fragmentar o *corpus* textual, reorganizando-o de partes mais gerais para categorias específicas definidas *a priori*. Feito isso, subcategorias são criadas dentro das categorias analíticas gerais, pré-definidas na construção do instrumento de pesquisa. Quando se passa para a análise dos conteúdos, leva-se em consideração também o contexto – tanto dentro do campo linguístico quanto relacional – para a compreensão do material produzido na interação entre o pesquisador e o pesquisado.

2.6. Procedimentos Éticos

Este projeto de pesquisa foi submetido, examinado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos (número de aprovação 010/2011), já que se trata de uma investigação envolvendo seres humanos. Foram observados todos os critérios contidos nas resoluções nº 16/2000 do Conselho Federal de Psicologia e 196/06 do Conselho Nacional de Saúde. A coordenação estadual de saúde mental de Santa Catarina e os coordenadores dos CAPS foram consultados primeiramente, autorizando as coletas de dados. Os participantes foram informados sobre sua participação ser voluntária e que poderia ser interrompida em qualquer etapa, sem prejuízo pessoal de nenhuma natureza, além de que o sigilo e a confidencialidade das informações preservariam suas identidades. Todos também preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D), mantendo consigo uma cópia do termo assinada pelos pesquisadores. Em um prazo máximo de dois anos após a defesa da dissertação, as entrevistas serão destruídas. Os indivíduos pesquisados terão a sua disposição os resultados finais após a conclusão do estudo, se assim o desejarem.

3. Resultados e discussão

A partir das entrevistas transcritas, gradualmente se foi separando os enunciados em unidades de sentido, posteriormente agrupadas em categorias e subcategorias, conforme descritas nas tabelas 16 a 21. As unidades de sentido foram agrupadas em eixos, estabelecidos a priori na confecção do questionário, a partir da revisão de literatura realizada para elaborar o instrumento de pesquisa. As tabelas foram organizadas com base em três grandes eixos: concepção de doença mental e psicose, possibilidades terapêuticas no ambiente institucional e desafios e dificuldades. Cada um deles possui subcategorias. Os resultados foram analisados, através de interpretação, à luz da literatura relacionada ao tema, do problema da pesquisa e dos objetivos estabelecidos. A seguir estão apresentadas a descrição e discussão do conteúdo obtido.

Concepção de doença mental e psicose

Nesta temática foram agrupados os conteúdos relacionados às concepções que sustentam a atuação dos profissionais psicólogos dos CAPS pesquisados. As subcategorias referem-se aos conceitos particulares de doença mental, psicose, como reconhecem a condição psicótica e como avaliam sua formação para lidar com sujeitos que apresentam tal situação, podendo ser visualizadas na tabela 16.

Tabela 16. Concepção de Doença Mental e Psicose

| Categorias | Participantes |
|--|---------------------------------|
| Concepção de doença mental e Psicose | |
| Doença mental | |
| Sofrimento Psíquico | p1, p4, p8, p10 |
| Alterações comportamentais e emocionais | p1, p3, p4, p8 |
| Comprometimento da vida cotidiana | p5, p8, p10 |
| Sintomas fora da normalidade | p6, p7 |
| Ausência de Saúde | p5, p7 |
| Incapacidade de lidar com seus problemas | p2, p6 |
| Forma de funcionamento próprio | p1, p9 |
| Psicose | |
| Rompimento com a Realidade | p1, p2, p3, p4, p7, p8, p10 |
| Dificuldades Interpessoais | p3, p4, p5, p8, p9 |
| Presença de sintomas positivos | p1, p2, p4, p5, p7 |
| Dificuldades na vida cotidiana | p7, p8, p10 |
| Modo diferente de ver o mundo | p9 |
| Como reconhece | |
| Observação dos sintomas/comportamento | p1, p2, p3, p4, p5, p7, p8, p10 |

| | |
|-----------------------------------|--------|
| Relatos de terceiros | p5, p7 |
| Comprometimento da vida cotidiana | p9 |
| Sufrimento | p9 |
| Sente dificuldades em reconhecer | p6, p8 |

Quanto às noções de doença mental, sete descrições foram contempladas: a doença como consequência do sofrimento psíquico, como forma de alterações comportamentais e emocionais, como sintomas que extrapolam a normalidade, ausência de saúde, forma de funcionamento particular e quando a vida cotidiana do sujeito se compromete. A doença percebida através do sofrimento psíquico que a acompanha se refere às manifestações dos sujeitos p1, p4, p8 e p10 – *“a referencia vai ser o que, como eu disse no inicio, é a função daquele comportamento né... então, é se aquele comportamento é adaptativo ou não, qual o grau de sofrimento que aquilo causa ao sujeito”* (p1); e *“Aquilo que faz a pessoa entrar em sofrimento, não consegue se relacionar, parte do sofrimento que a pessoa traz.”* (p8).

Já a doença compreendida através de alterações comportamentais e emocionais aparece em p1, p3, p4 e p8 – *“na verdade doença mental está bem atrelada à questão de alteração de comportamento... também esta atrelada ao sofrimento psíquico, e tudo que altera o comportamento está relacionado à doença mental... por que? Por que as pessoas percebem a doença mental através da alteração do comportamento da pessoa, né..”* (p4).

A doença vista como um conjunto de sintomas que escapam a uma percepção de normalidade pelo olhar de terceiros foram relatadas por p6 e p7 – *“É quando a pessoa apresenta sintomas fora da normalidade, que aquilo está causando algum perigo pra própria pessoa ou pra alguém”* (p7). O fenômeno foi definido também pelo seu oposto, como ausência de saúde, para p5 e p7 – *“Independente de qualquer diagnóstico, de qualquer patologia. Eu acho que é bem esse inverso da saúde, apesar da gente não saber qual é o limite entre uma e outra”* (p5).

Quando a pessoa perde a capacidade de resolver seus conflitos e problemas, a doença acontece como uma manifestação desta dificuldade, acreditam p2 e p6 – *“Aquilo que ultrapassa a capacidade do paciente de lidar com suas dificuldades”* (p2). Além deste fato, alguns participantes crêem que o adoecimento mental se dá no momento em que a pessoa percebe que suas atividades cotidianas estão afetadas, e aquilo lhe causa sofrimento – *“Qualquer transtorno que traga dificuldade de adaptação. Limite alguma*

atividade de vida, não aquilo que a gente espera dele na sociedade, mas que para ele seja um problema” (p8).

Um sujeito apresentou uma percepção particular e única nos dados obtidos. Para p9, não existem doenças e sim pessoas doentes, e a doença mental geralmente é um julgamento moral sobre um funcionamento pessoal não aceito socialmente – *“O diferente, a pessoa que não se enquadra, na realidade é um modo próprio de viver o mundo e vivenciar as coisas que acontece consigo mesmo, e que nem sempre é uma forma saudável de resolver”*. O adoecimento aconteceria como um recurso de saúde no momento em que as possibilidades de resolução de dificuldades pessoais se esgotam subjetivamente para a pessoa.

Os participantes, em geral, demonstraram visões dispersas do processo de adoecimento. Três categorias mostraram uma perspectiva que retira o foco da doença e o desloca para o sujeito do sofrimento, aquele que sofre em decorrência do comprometimento que aquilo que lhe ocorre causa para suas vivências interiores e relacionais – perspectiva esta que se aproximam do novo modelo epistêmico proposto no âmbito da reforma psiquiátrica nacional (Amarante, 2008). Ao contrário dos profissionais investigados por Antunes e Queiroz (2007), não houve neste estudo sujeitos que propusessem explicações de base organicista para o fenômeno, influenciados pelos modelos da medicina tradicional. No entanto, se mostram conflitantes com estas idéias as percepções da doença mental como alterações comportamentais e emocionais do ponto de vista externo, uma vez que a vivência de sofrimento é radicalmente singular e só pode ser capturada a partir do relato de quem a traz como demanda.

Além disto, a perspectiva da doença como desvio da normalidade, trazida por p6 e p7, coloca o indivíduo em um ponto de vista assujeitado, passível de intervenções do outro social na voz do especialista, que, através de atos curativos, lhe trará novamente para do campo do comportamento não-desviante. O perigo deste enfoque é o profissional pautar suas práticas no controle moral do desvio, no desrespeito a alteridade e singularidade, deixando à margem aquilo que pode ser produtor de sociabilidades renovadas, além de retirar o mito da normalidade do leque necessário de intervenções junto à comunidade (Yasui, 2010).

A psicose é vista pelos participantes principalmente, através do viés do rompimento da pessoa com a realidade, em falha na percepção ou na mistura entre

realidade e fantasia – *“mas podem acontecer falhas na percepção da realidade, na interpretação da realidade. Então acho que isso é uma forma de você compreender e explicar o que acontece quando a pessoa tem o que normalmente se classifica como psicose”* (p1).

A visão da psicose como déficit ou dificuldade foi relatada através das dificuldades nos relacionamentos interpessoais – *“... aí entra aquela coisa do sujeito distante, do sujeito que está com isolamento social, o sujeito que está com o discurso desorganizado”* (p5) e nas dificuldades para realizar tarefas cotidianas, como trabalhar, estudar ou organizar condições de moradia – *“já é um transtorno mais significativo, aquele que realmente cria uma dificuldade de adaptação em todas as áreas, na aprendizagem, desenvolvimento, relacionamento, profissional, social”* (p8).

Como no conceito de doença, as manifestações comportamentais e verbais pautam o julgamento de diversos profissionais, e na psicose isto se dá através dos sintomas clássicos relacionados a ela, como alucinações, delírios e cisões identitárias – *“começam a aparecer aqueles sintomas tradicionais e típicos de psicose, delírios e alucinações, e a gente sabe que em transtornos de humor severos também podem aparecer delírios e alucinações... mas aí a psicose... na prática, no dia-a-dia com o paciente a gente percebe outras características... aí entra aquela coisa do sujeito distante, do sujeito que está com isolamento social, o sujeito que está com o discurso desorganizado”* (P5).

Um participante apresentou visão única e particular do fenômeno nomeado de psicótico, que seria um modo diferenciado de funcionamento integral do sujeito, que lhe causa dificuldades sociais pela não aceitação de suas particularidades existenciais – *“Um modo diferente de ver o mundo. Nem orgânica, nós somos somatório, nós temos um corpo, temos as emoções e uma parte que não é nem emoções e nem corpo que é a parte espiritual. Isso são fragilidades que você, às vezes, sensibilidades que você pode ter e que pro mundo pode ser visto como uma psicose. Quando na realidade eu acho que é uma outra forma de você enxergar, as vezes, uns muito mais além do que os ditos normais... enquanto que outros sim tem uma dificuldade na organização desses pensamentos e que possa dar uma qualidade ou um funcionar junto com algum grupo, porque não é aceita essa forma de ver”* (p9).

A pesquisa revela perspectivas predominantemente corroborativas com o saber instituído da psiquiatria clássica sobre as psicoses, diferentemente de outra investigação

sobre psicólogos de CAPS, feita no Espírito Santo (Figueiredo & Rodrigues, 2004), onde a maioria dos profissionais trouxe o ponto de vista psicanalítico como concepção para o sujeito psicótico. Na perspectiva clássica, o fenômeno psicótico é tomado a partir de um saber “normalizante”, no qual uma realidade, supostamente comum a todos pauta o direito à intervenção sobre o comportamento desviante, sendo esta intervenção uma ação também política (Yasui, 2010). É importante tomar o sintoma ou manifestação dita psicótica no âmbito da experiência do sujeito, aproveitar a comunicação que o sintoma positivo traz, o entendendo como uma resposta ao campo social ao qual pertence aquele apontado como psicótico (Guerra, 2004). O sujeito psicótico não pode ser o mesmo da racionalidade científica, o sujeito da certeza e da clareza, e sim o sujeito do afeto, aquele tomado como alteridade em seu sofrimento (Kyrillos, 2009). A prática de intervenção sobre o psicótico, sem uma demanda de sofrimento localizada por ele perante o outro, acaba tornando-se uma operação moral de normalização, que não o auxilia e pode ser sentida por ele como uma forma de violação e violência. E a desinstitucionalização, tomada em sua forma radical, necessita da presença do aprendizado para a lida cotidiana com a diferença, com aquilo que não cabe dentro da norma. Para Sales e Dimenstein (2009b), este é o maior desafio dos profissionais que têm se aventurado no campo da reforma psiquiátrica.

No quesito da percepção do fenômeno - que irá sedimentar os caminhos da atenção e de um provável projeto terapêutico no serviço - os sujeitos se reportaram predominantemente às manifestações comportamentais e sintomáticas – *“então quando há uma distorção entre o que a pessoa percebe, interpreta da realidade, e o que a realidade mostra...”* (p1), e *“É eu reconhecera por sintomas... por sintomas, ou mesmo por atitudes, posturas, mas basicamente por sintomas...uma postura mais atípica diríamos assim... socialmente”* (p2). Há, também, a consideração ao relato de terceiros, tanto como fonte de confronto do discurso do usuário, quanto na ideia de que os sintomas psicóticos são congruentes e não causam estranhamento a pessoa – *“... se a gente vê que aquela historia que vem trazendo diariamente, a gente vai investigar a veracidade disso, ai a gente percebe que aquilo não procede, investigar com a família né, investigar com pessoas que vivem com ele, a gente percebe que aquilo não procede, que aquilo pode fazer parte de um quadro psicótico”* (p5); *“assim... a queixa vem sempre através de algum familiar...porque a pessoa em si dificilmente ela percebe que está apresentando esse transtorno”* (p7).

O comprometimento da vida cotidiana e o sofrimento subjetivo são os aspectos que devem ser considerados, na visão de p9, e não os sintomas no julgamento de um outro social – *“Você acaba vendo a pessoa, você não entra no diagnóstico, mas a pessoa em si, e dentro daquilo ali o que dele, do funcionamento dele dificulta a sua vida como um todo... vou trabalhar isso, o desejo dele, do que ele tá querendo modificar, que é isso que a gente vai estar atuando (sic), que ele tem uma dificuldade sim, mas que não é dado pelo sintoma, é dado pelo funcionamento dele, em relação ao que ele está sentindo”*.

Diferentemente da fala dos participantes anteriores, p6 e p8 admitem dificuldade em reconhecer ajustamentos psicóticos, seja pela mutabilidade das manifestações, seja por falha apontada na formação acadêmica – *“o diagnóstico é muito difícil, porque ele muda, ele é mutável, existe uma séria de fatores que se deve observar. Então eu não consigo ver uma pessoa num primeiro atendimento e definir a realmente é um esquizofrênico... eu, enquanto psicóloga, sinto muita dificuldade, eu sempre busco nos outros profissionais na área mais referências...”*(p8).

Esta categoria reforça a concepção predominante trazida no conceito de psicose, onde o observador externo do comportamento se faz juiz para instituir uma norma. Certamente que existirá, em caso de sintomatologia positiva, incongruência entre o relato do sujeito e de terceiros, visto que a experiência particular da psicose possui uma lógica própria que dificulta os relacionamentos sociais da pessoa (Rinaldi, Cabral & Castro, 2008). Além disto, a crise como expressão do rompimento radical com os laços familiares e comunitários e comunicação de um sofrimento particular, tem recebido como resposta condutas de dominação, visto as ideias de periculosidade que a acompanham. Sendo assim, após a criação dos psicofármacos e os processos internacionais de reforma psiquiátrica, quando debelados os sintomas, há certa aceitação social do louco, sendo a crise o que passou a incomodar mais as famílias e comunidades, pois rompem com certa normalidade cotidiana (Willrich, Kantorski, Chiavagatti, Cortes & Pinheiro, 2011).

Portanto, como trouxe p9 em suas respostas, o processo de percepção, acolhimento e cuidado dos sujeitos psicóticos passa pelo sofrimento pessoal em decorrência do comprometimento para a vida cotidiana, sem um olhar anulador e castrador sobre os sintomas. O auxílio na travessia desse processo, por meio da intermediação no desenvolvimento de potencialidades, está no cerne da reabilitação psicossocial.

A formação acadêmica dos participantes (ver tabela 17), para trabalhar com os sujeitos do CAPS que são vistos como psicóticos, foi julgada pela maioria como insuficiente no que diz respeito à graduação, tanto por déficits teóricos quanto por carência de práticas direcionadas – *“a graduação eu achei que foi muito deficitária. A graduação deixou muito a desejar...”* (p7). Apenas p5 a julgou suficiente, mas não apenas pela qualidade curricular, mas também pela sua busca pessoal por estudar o campo da psicopatologia tradicional – *“a minha formação acadêmica foi bastante voltada pra psicopatologia, pra essas coisas assim. Na verdade, quando a gente estuda, quando faz graduação, a gente não sabe o que vai acontecer lá na frente... eu tinha muito gosto pela psicopatologia, muito gosto pelo transtorno mental, pelas psicoses...”* (p5).

Por sua vez, a pós-graduação já foi suficiente para a maioria dos participantes, apontada como aquela que veio suprir lacunas anteriores do percurso universitário, principalmente nas questões clínicas clássicas – *“a sim, ajuda muito sim, porque a TCC... é uma abordagem muito voltada pra transtornos mentais... ela surgiu a partir da depressão... pra trabalhar com transtornos mentais de uma forma geral, inclusive com as psicoses, inclusive com a esquizofrenia a gente tem TCC voltada pra isso. Técnicas, estratégias, enfim aquilo tudo que se tem dentro da TCC em técnicas e estratégias voltada pras psicoses...”* (p5).

Metade dos participantes ressaltou o valor da experiência cotidiana na aprendizagem do manejo com os usuários, que tanto vem pra preencher lacunas da formação, quando são naturais para qualquer ofício, aprendendo a se fazer ao longo das práticas julgadas como bem ou mal sucedidas – *“...mas tem coisas infelizmente que é só na prática, então isso eu fui conquistando aqui trabalhando com eles. E tenho conquistado ainda...”* (p10). Foi citado também o valor da aprendizagem com o trabalho multidisciplinar – *“Com a troca de experiência com outros profissionais, no ambiente de trabalho... o trabalho em equipe te acrescenta muito mais do que toda graduação acadêmica...”* (p7).

Os relatos vão de encontro a dados de outras pesquisas sobre psicólogos na saúde mental (Figueiredo & Rodrigues, 2004; Correia, 2007; Sales & Dimenstein, 2009a). A formação insuficiente na graduação, para a maioria dos participantes, engloba tanto o graduado há 25 anos (p8), quando os CAPS nem existiam no Brasil, quanto aquele formado há quatro anos (p2), período em que as discussões sobre os Psicólogos na Saúde mental coletiva já são profícuas na literatura, mas não se conhece

ainda sua repercussão nas salas de aula. Os dados deste estudo mostram que ainda existem lacunas severas na formação de graduação para o trabalho em CAPS, pois os profissionais graduados há menos de 10 anos não se mostraram satisfeitos com seus cursos. A pós-graduação vem preenchendo, de certa forma, este vazio, mas os percursos em psicoterapia clássica, dados por cursos de especialização e formação, preparam para o modelo tradicional de atuação, como mostrou a fala de p5. O cotidiano dos serviços e o trabalho em equipe vêm realmente assentando um caminho de intervenções que buscam a promoção de reabilitação dos usuários, como mostrou a fala de metade dos participantes.

Tabela 17. Avaliação da formação acadêmica

| Categorias | Participantes |
|---|-------------------------------------|
| Avaliação da formação acadêmica para Clínica das Psicoses | |
| Graduação | |
| Suficiente | p5 |
| Insuficiente | p1, p2, p3, p4, p6, p7, p8, p9, p10 |
| Pós-graduação | |
| Suficiente | p1, p4, p5, p9, p10 |
| Insuficiente | p2, p6, p7, p8 |
| Prática construiu habilidades necessárias | p3, p4, p7, p9, p10 |

Possibilidades terapêuticas no ambiente institucional

O segundo eixo de análise se foca nos discursos sobre as concepções clínicas, as práticas efetivamente implementadas pelos psicólogos nos serviços, bem como sua relação de trabalho com a equipe multiprofissional. As duas primeiras categorias foram subdivididas entre clínica clássica e clínica psicossocial. A primeira aqui compreendida como aquela que tem seu modelo centrado em ações individuais de avaliação psicodiagnóstica e psicoterapia, em grande parte influenciada pelo modelo de atendimento médico e pela clínica psicanalítica tradicional, com clientela foco historicamente nas classes médias e altas que acessam serviços particulares de Psicologia. Já a clínica ampliada ou psicossocial se localiza em meio às chamadas práticas emergentes em psicologia, amplamente diversificadas e ainda em construção, com seus profissionais ligados a instituições públicas ou ao terceiro setor, onde trabalham em equipes multidisciplinares, com clientela-demanda composta de classes

sociais diversificadas, incluindo as mais pauperizadas, que acessam serviços tais como os aparelhos do SUS (Ferreira, 2008). As categorias estão descritas nas tabelas 18 e 19, que seguem abaixo.

Tabela 18. Possibilidades Terapêuticas no Ambiente Institucional

| Categorias | Participantes |
|--|-------------------------------------|
| Possibilidades Terapêuticas no Ambiente Institucional | |
| Concepção de Clínica das Psicoses | |
| Clínica Clássica | |
| Psicoterapia/Atendimento Individual | p1, p4, p5, p6, p7, p10 |
| Técnicas Cognitivo-Comportamentais | p1, p4, p10 |
| Trabalho específico segundo patologia | p3, p5, p10 |
| Farmacoterapia | p4, p7 |
| Reforçar a auto-estima | p8, p10 |
| Orientação | p8, p10 |
| Acolhimento/Formação do Vínculo | p4, p7 |
| Clínica Psicossocial | |
| Trabalho com famílias | p6, p7, p8, p10 |
| Oficinas Terapêuticas | p2, p3, p8, p9 |
| Grupoterapia/Grupos de Apoio/Dinâmicas de Grupo | p3, p5, p6, p9 |
| Reinserção Social/Socialização | p2, p8, p9, p10 |
| Geração de Renda | p8, p9 |
| Autonomia | p9 |
| Promoção de Cidadania e Direitos | p9 |
| Trabalho Multidisciplinar | p2 |
| Trabalho com a Estratégia de Saúde da Família | p6 |
| Trabalho Intersetorial | p8 |
| Trabalhar o sujeito, não a psicose | p9 |
| Desenvolvimento de Competências | p9 |
| Práticas e Intervenções | |
| Clínica Clássica | |
| Psicoterapia Individual | p1, p2, p3, p4, p6, p7, p8, p9, p10 |
| Formação do Vínculo/Acolhimento | p3, p4, p5, p8 |
| Orientações | p4, p5, p9 |
| Técnicas Cognitivo-Comportamentais | p1, p5 |
| Avaliação | p2, p6 |
| Aderência à Medicação | p1 |
| Clínica Psicossocial | |
| Grupoterapia/Grupo de apoio/Operativo | p1, p4, p5, p6, p8, p9, p10 |
| Trabalho com as Famílias | p3, p6, p7, p8, p9 |
| Oficinas Terapêuticas | p2, p5, p8, p9 |
| Visita Domiciliar | p5, p6, p7, p9 |
| Atividades de Socialização | p4, p5, p9 |

| | |
|-----------------------------------|--------|
| Atividades Externas ao CAPS | p2, p9 |
| Direitos dos Usuários/Assembleias | p8, p9 |
| Treinamentos com Atenção Básica | p4 |
| Acompanhamento Terapêutico | p9 |

A concepção de clínica das psicoses se refere ao modelo idealizado, o qual os participantes acreditam que deveria acontecer nos CAPS, mas que, não obstante, pode ser diferente do qual conseguem realizar em suas condições de trabalho. A clínica clássica está representada em grande parte pela psicoterapia individual, incluindo nela técnicas cognitivo-comportamentais específicas citadas por p1, p4 e p10 – “...outra é a gente começar um trabalho psicoterapêutico dessa pessoa, pra ela tá entendendo (sic) um pouquinho o que está se passando com ela... procurar deixar claro de que apesar de que você não estar vendo as alucinações, não ter os delírios, você acredita nelas... nesse momento a gente escuta mais do que fala...” (p4).

O acolhimento e a formação do vínculo são citados como importantes, na medida em que diminuem o sofrimento do sujeito e auxiliam na adesão à ajuda oferecida – “... a vinculação também do paciente na psicoterapia, isso é muito importante porque sem ter essa vinculação não tem como estar trabalhando né... com o paciente, nem com a família...” (p7). Foi dada atenção também à farmacoterapia, e, apesar de não ser prerrogativa do psicólogo manejá-la, as técnicas de adesão à medicação foram citadas como essenciais – “Assim... eu penso que tem que ter a questão medicamentosa, isso é importante... porque assim, só a psicoterapia não dá conta de uma situação de surto psicótico” (p7). A fala de p7 dá a impressão de colocar a medicação e a psicoterapia como apenas as duas únicas faces da reabilitação psicossocial.

O trabalho especializado, por critério diagnóstico, foi citado por três participantes com um modelo ideal, que traria maior qualidade para a terapêutica – “a gente precisa dar mais atenção a esses pacientes com psicose. Como a gente não tem isso, a gente acaba trabalhando em grupo misturando muitos pacientes, misturando muitos transtornos, e aí se trabalha muito com dinâmicas, se trabalha mais numa maneira geral assim. Mas o ideal seria a gente dar mais uma atenção quase que individualizada pra esse paciente psicótico...”. P3 alerta para uma possível periculosidade em se misturar os usuários em algumas atividades – “...e assim, tu tem que ter esse cuidado, e o conhecimento da psicopatologia é bastante útil, pra ver em

que solo tu estás pisando.. porque se tu fizeres salada de fruta com os usuários em grupo, por exemplo, se tu não tiveres esse cuidado, é um grupo que vai gerar violência, é um grupo que vai ser agressivo, que vão ter conteúdos muitos complicados de trabalhar né...”

Por sua vez, a clínica psicossocial foi lembrada, principalmente, através de intervenções em rede (familiar, rede de saúde, intersetorial) – *“e trabalho com a família assim...com a unidade de saúde, com a família, eu acho que deveria ser isso assim...”* (p6), nas técnicas grupais de expressão e socialização – *“primeiro eu vejo esse trabalho como essa questão mesmo de inserção desses pacientes no cotidiano.. no meio social, não tirar essas pessoas do convívio social...”* (p2), e na promoção da autonomia do usuário, através dos direitos de cidadania, do desenvolvimento de suas potencialidades e da geração de renda – *“...eu acho que o psicólogo entra um pouco nesse, eu não vejo um trabalho clínico mesmo, de terapia individual, eu pelo menos não consigo conceber isso. Eu vejo um trabalho muito mais de inserção mesmo, trabalhar a auto-estima, tentar inseri-lo de forma no social, o trabalho com a família e com a sociedade também, com as empresas...”* (p8). O P2 foi o único a citar o trabalho multidisciplinar, mesmo que indiretamente, elogiando a importância de uma colega – *“o trabalho da T.O. é muito bom, acho uma menina muito ligada, muito inteligente, muito jovem também, acho que tem muito potencial...”*.

Chama a atenção a fala de p9, que destoa dos participantes ao declarar que se deve trabalhar o sujeito e não seu quadro, sendo qualquer diagnóstico secundário ao trabalho com a individualidade e o desenvolvimento de suas competências – *“Então eu volto aquela resposta que eu dei antes, tu não vê a psicose, tu vê o indivíduo. A gente tem essa possibilidade de trabalhar com o indivíduo, a individualidade mesmo, num grupo tu trabalha a individualidade deles. Eu acho, tentando sempre nos eixos da reabilitação, é a vida produtiva, quer seja um trabalho remunerado ou não, na questão de autonomia de vida, de tomar decisões, de ele resgatar também os seus direitos. A minha prática com os ditos psicóticos não é com a psicose, eu trabalho com o indivíduo e aí tu trabalha as competências que ele tem.”*

As respostas mostram uma tendência já apontada por Ferreira (2008), com atuações se aproximando da perspectiva da atenção psicossocial. Nota-se nos relatos dos participantes modelos que contém práticas mistas, envolvendo o papel clássico de psicoterapeuta ensinado nas graduações, incluindo também avaliações clínicas e orientações. Soma-se a isso o investimento no acolhimento e na aliança,

comportamentos que atravessam a clínica clássica e fazem parte também do modo psicossocial. As condutas da clínica psicossocial são amplamente citadas, incluindo intervenções grupais, em rede, socializantes e reconstrutoras de projeto de vida através da perspectiva de cidadania dos usuários. No entanto, o trabalho intersetorial, grande facilitador de inclusão, de desestigmatização e de promoção de autonomia, foi citado por apenas um sujeito, o que vai ao encontro dos argumentos de Nasi e Schneider (2011) e Moll e Saeki (2009), que atentam para o avanço que deve acontecer nas práticas que estimulem os recursos comunitários para socialização mais ampla dos usuários.

No entanto, as falas conectadas a uma perspectiva que se foca no transtorno, inclusive ligadas ao mito da periculosidade do sujeito psicótico, se mantêm (Willrich *et al.*, 2011). Se um dos enfoques da reabilitação é a reinserção social e produção de laço social, trabalhar em separado não seria um entrave para isto? Separar os usuários em diagnósticos poderia criar mecanismos de exclusão interna nos serviços e pouco contato com as diferenças. Se os CAPS buscam ser experiências de tolerância à alteridade, o trabalho por critérios diagnósticos pode surtir efeitos contrários ao trabalho de desestigmatização. Ao mesmo tempo, se percebendo tais diferenças não só nos sujeitos, mas nas suas formas de sofrimento, o trabalho específico em alguns momentos poderia proporcionar resultados relevantes.

No que diz respeito às práticas cotidianas realizadas nos serviços, a clínica clássica é amplamente praticada através da psicoterapia individual, das avaliações, do acolhimento e das orientações. A psicoterapia individual foi citada por nove participantes, sendo usada para os mais diversos motivos, seja para responder a crises, para realizar o vínculo com o serviço – *“Mas primeiro é bem individual comigo, bem estabelecer vínculo mesmo”* (p3), para estratégias cognitivo-comportamentais de habilidades sociais e enfrentamento dos sintomas - *“geralmente são pessoas que tem muita dificuldade em interação social, por falta de habilidade mesmo, ou seja, não aprenderam ou não tiveram modelos adequados de interação social, então geralmente tem déficits de interação social, você vai treinar isso”* (p1), ou para atender uma necessidade do usuário, mas não da equipe – *“nós temos atendimentos individuais, mas são atendimentos pontuais, vai fazer parte do projeto de um determinado usuário se for uma necessidade dele, não uma necessidade nossa”* (p9). Apenas p5 não citou a psicoterapia individual como uma prática que realiza com os usuários ditos psicóticos.

As orientações geralmente se focam em atividades rotineiras, organização da vida pessoal, aderência à medicação, hábitos de higiene – *“ele precisa ter uma rotina, ele precisa escovar o dente, então faz desde esse trabalho social de tá “vamos comer com talheres, vamos usar guardanapo, vamos lavar a mão após sair do banheiro” (p4), “orientar... chegar numa recepção, chegar num guichê do serviço público né... essas habilidades que eles precisam ter... se ele vai no banco receber o dinheirinho dele, como que ele tem que se comportar, sempre orientando nesse sentido né.” (p5)*, mas também em direitos de cidadania e formação política dos usuários – *“Então a gente trabalha questões de direitos do usuário, que ele pode não ter só em relação a trabalho, mas em relação a andar de transporte, questão do benefício que tem direito muitas vezes, então são algumas atividades e a gente trabalha em conjunto” (p9)*.

No campo das estratégias psicossociais, predominaram as atividades coletivas, como grupoterapia, grupo operativo, oficinas terapêuticas, atividades de socialização (como festas) – *“Mas de uma maneira geral a gente faz grupos, grupos psicoterapêuticos, grupos de apoio, grupos de suporte, além das oficinas que a gente tem e tudo mais...” (p5)*, e atividades externas ao CAPS (caminhadas, pescaria, visitas domiciliares) – *“Estou com um projeto agora de fazer uma oficina de pescaria, mas essa não saiu ainda, tem que fazer projeto... é por causa da região né? Não necessariamente precisa ser da pesca, a gente pode trabalhar outras coisas, meio ambiente, cidadania, outras coisas né.” (p2)*. Além disto, metade dos profissionais citou que trabalha com as famílias, intervindo de maneira mais sistêmica – *“Tem um grupo de famílias, que não trabalha só o apoio familiar, mas a participação dos familiares dentro do serviço, como um parceiro nos cuidados, não somente com aquele que a gente só orienta ou só cobra. Mas ele é um parceiro na construção do serviço, não só no projeto do seu familiar. A gente tem que contar com ele. Então ele tem um caráter também político, da construção da saúde mental do município” (p9)*. Dentro da perspectiva ampliada, são realizadas ainda atividades de formação política e de cidadania dos usuários (assembleias, grupo sobre direitos) – *“A gente tem as assembleias, também faz discussões com os familiares...” (p8)*, além de um sujeito (p9) ter também citado o acompanhamento terapêutico como estratégia de reabilitação e socialização.

O atuação cotidiana detalhada pelos participantes também mostrou avanços na direção da clínica psicossocial em relação às pesquisas anteriores com psicólogos de CAPS (Figueiredo & Rodrigues, 2004; Correia, 2007; Sales & Dimenstein, 2009a). As

práticas também foram bastante heterogêneas, com profissionais utilizando-se de psicoterapia individual, oficinas, orientações, trabalhos de reinserção, articulação com a rede de apoio e intersetorial. Bastante investimento tem se dado à grupalidade nas condutas, o que permite ganhos no desenvolvimento interpessoal dos usuários, permitindo sua evolução na possibilidade de contratualidade social. Ademais, nota-se os profissionais se distanciando do purismo da identidade de psicoterapeuta de consultório, e mesmo os que a praticam predominantemente, em geral citaram outros trabalhos.

Apesar disto, apenas quatro profissionais fazem oficinas, somente dois realizam atividades externas ao CAPS e nenhum citou o trabalho intersetorial. Dois profissionais trabalham basicamente com atendimento individual e, eventualmente, com os familiares. Atitudes que não promovem diretamente a reinserção social e a desestigmatização, componentes centrais da atenção psicossocial às psicoses, deixando lacunas na contribuição ao trabalho multidisciplinar de reabilitação (Jorge, Randemark, Queiroz & Ruiz, 2006).

A relação de trabalho com a equipe foi avaliada como positiva por todos os profissionais (tabela 19). Metade a considerou muito boa – *“A gente é bem parceiro, divide tarefas. Eu tava atendendo um grupo que não era meu, porque a colega estava de férias de uma semana e eu fui lá e cobri. A gente se dá super bem. A reunião é para conversar, para acertar algumas diferenças, porque tem personalidades diferentes, fazer estudos de caso, a relação da equipe é muito boa, a equipe é muito boa”* (p5), e outra metade afirmou que era boa ou tranquila – *“tranquila... eu sou... eu me considero bastante atuante tá... então a gente acaba encontrando alguma dificuldade ... porque em órgão público tem algumas pessoas que querem trabalhar... tem outras que tem.. não que não querem trabalhar, mas que querem seguir o seu modo de trabalho, então as vezes, a gente encontra assim algumas dificuldades”* (p10). No entanto, três participantes transpareceram que ela nem sempre foi assim, sendo difícil no passado e tendo melhorado atualmente, inclusive pela alta rotatividade de técnicos no serviço – *“hoje trocou algumas pessoas, e está muito boa, mas uma das dificuldades que a gente tem é que troca muito... não só aqui do CAPS, mas secretaria, coordenação... isso é bem grave...acaba atrapalhando a continuidade do trabalho”* (p2).

Ferreira (2010) afirmou que existiu historicamente uma dificuldade por parte dos Psicólogos em se integrar ao trabalho em equipe, por conta de sua formação focada para o trabalho individual em consultório. O trabalho em equipe é o pilar sustentador do

atuação na atenção psicossocial, pois permite a circulação dos saberes diferentes na construção dos projetos terapêuticos frente à complexidade do acolhimento, vinculação e responsabilização perante os usuários e seus familiares (Yasui, 2010). As avaliações predominantemente positivas da relação em equipe corroboram dados da literatura e mostram que parte do caminho para efetivação da política nacional de saúde mental está sendo bem sucedido, inclusive da perspectiva dos Psicólogos neste estudo, aparentemente bem inseridos nesta tarefa de cooperação grupal (Kantorski *et al.*, 2009). Além disto, estudo realizado por Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011) mostrou que o trabalho em equipe tem sido fonte de prazer e crescimento para os trabalhadores de CAPS, pelas possibilidades de trabalho colaborativo e criativo no cotidiano, fato que tem sido reconhecido positivamente por usuários e familiares.

Tabela 19. Qualidade da relação de trabalho com a equipe

| Categorias | Participantes |
|----------------------------------|----------------------|
| Relação de Trabalho com a Equipe | |
| Muito Boa | p2, p4, p5, p6, p9 |
| Boa | p1, p3, p7, p8, p10 |
| Melhorou em relação ao passado | p1, p2, p8 |

Desafios e dificuldades

O último eixo de perguntas foi centrado nos desafios e dificuldades que se apresentam para os psicólogos entrevistados. Foram três perguntas que formaram subcategorias analíticas: qualidades e problemas na atenção às psicoses no CAPS, desafios e dificuldades pessoais e possibilidade de mudanças na formação do psicólogo para atuação na reabilitação das psicoses, apresentadas nas tabelas 20 e 21.

Tabela 20. Dificuldades e Desafios

| Categorias | Participantes |
|---|-----------------------------|
| Desafios e Dificuldades | |
| Qualidades e problemas na atenção às psicoses no CAPS | |
| Qualidades | |
| Bom trabalho em equipe | p2, p3, p4, p5, p7, p8, p10 |
| Atendimento de Qualidade | p1, p2, p5, p10 |
| Parceria com a polícia | p3, p4 |
| Desenvolvimento de Potencialidades dos Usuários | p1 |

| | |
|--|-----------------|
| Acesso amplo ao serviço | p7 |
| Orientação Familiar | p5 |
| Matriciamento funcionando corretamente | p8 |
| Integração do Psiquiatra à equipe | p8 |
| CAPS é referência para as famílias | p9 |
| Problemas | |
| Escassez de Recursos Financeiros e Materiais | p1, p3, p5, p10 |
| Estigmatização dos Usuários e serviço | p1, p8, p9 |
| Falhas na rede de saúde | p8, p9 |
| Pouca Participação da Família | p1 |
| Excesso de demanda | p1 |
| Não contar com Psiquiatra diariamente | p4 |
| Fragmentação do atendimento | p6 |
| Abandono e não adesão ao tratamento | p7 |
| Interferência de Igrejas Evangélicas | p7 |
| CAPS trabalha como ambulatório | p8 |
| Cronificação dos Usuários | p3 |
| Dificuldades e desafios pessoais | |
| Desafios | |
| Trabalhar com famílias | p1 |
| Engajar politicamente os usuários | p9 |
| Desestigmatização dos usuários | p1 |
| Reinserção Social | p1 |
| Ampliar acesso aos serviços | p1 |
| Diminuir Sofrimento dos Usuários | p1 |
| Trabalhar com grupos | p3 |
| Maior conhecimento Teórico | p2 |
| Dificuldades | |
| Demanda Excessiva | p4, p10 |
| Condições de Trabalho | p3, p10 |
| Espaço Físico | p3 |
| Cronificação dos casos | p7 |
| Formação Insuficiente | p8 |
| Não tem dificuldades | p6 |
| Abandono de tratamento | p7 |
| Lidar com Surtos e emergências | p5 |

Na avaliação sobre as qualidades e os problemas no atendimento aos sujeitos psicóticos dos CAPS no qual atuam, os problemas se sobrepuseram em número de citações às qualidades. No entanto, o aspecto mais citado foi uma qualidade: o bom trabalho em equipe, no julgamento de sete participantes – “*acho que o que tem de bom é que nós temos uma equipe bem comprometida atualmente, a gente já teve dificuldades, e hoje em dia a gente tem uma equipe comprometida, os pacientes que vem a gente percebe melhora*” (p10). Quatro psicólogos crêem que o serviço prestado pelo CAPS é

de qualidade, como afirma p1 – *“acho que de uma forma geral eles tem um atendimento adequado, um atendimento de qualidade dos profissionais que tem um preparo, que tem uma capacitação adequada... poderia talvez ser melhor, acredito que sim poderia ser melhor, mas de uma forma geral eles tem a possibilidade de desenvolver atividades, eles tem um suporte com atendimento individual, com trabalho em grupo, com oficinas, com suporte social quando necessário, eles tem a possibilidade de desenvolver habilidades né, apesar de não ser o ideal e não atender todas as pessoas que poderiam ser atendidas...”*. O atendimento as famílias citado por p7, e o desenvolvimento de potencialidades, citado por p1, poderiam ser incluídos neste critério de qualidade do serviço. A qualidade do acolhimento acaba se transformando em referência para a população, como em caso de situações de crise – *“A família que internava várias vezes, hoje vem para o CAPS”* (p9).

Outros aspectos positivos citados dizem respeito ao funcionamento da rede, como o amplo acesso ao serviço – *“O acesso dos pacientes ao serviço, eu vejo assim é bem fácil sabe, que a prefeitura oferece, nossa muita facilidade para os paciente em questão de transporte”* (p7), o funcionamento de matriciamento na rede de saúde – *“Matriciamento está um pouquinho melhor com a rede, com comprometimento da rede, o usuário não é nosso, ele é do município”* (p8) e a parceria com a polícia na resolução de crises – *“principalmente essa parceria com a polícia teve que ser firmada em decorrência disso, tem situações que a gente não consegue... normalmente são internações compulsórias que a gente raramente tem... se teve uma, duas na história do CAPS foi muito, porque normalmente a gente tentar fazer essa negociação com o paciente.”* (p4).

No quesito problemas na atenção, o tema mais citado foi a escassez de recursos financeiros e materiais, que resulta na queda da qualidade do serviço – *“A falta de recurso é um problema, na maioria dos CAPS acontece isso, mais técnicos, a demanda é maior...a gente aprende a ter jogo de cintura. O suporte do município poderia ser maior, mas dentro daquilo que a gente tem, a gente faz coisa bacana, mas muito deixa a desejar por causa do financeiro. Nos impede de mais atividades com os pacientes...”* (p5). O fato de o CAPS trabalhar mais como um ambulatório, sem ter clareza de sua clientela alvo prioritária, foi apontado como elemento que piora também a qualidade do cuidado – *“Eu vejo que hoje a gente tem um grande ambulatório... por causa de como está estruturada a rede... tem, mas como a gente está hoje está difícil, porque hoje a gente atende uma pessoa que está numa crise de luto como a gente atende um*

esquizofrênico em surto. A gente está focado em tudo, é uma queixa da equipe toda, o volume de pessoas, as diferenças de demandas, do que cada um traz...” (p8).

Outro problema apontado, mas neste caso de natureza extrínseca ao serviço, é a estigmatização do serviço e dos usuários, muitas vezes, pelos próprios profissionais de saúde de outros locais da rede – *“...engatinhando em formação de rede, mas o usuário não é daqui, ele deve ter outros cuidados aonde ele mora e a rede de saúde não tem essa visão que a gente tem. Tem umas unidades de saúde que, um paciente que está querendo se matar, mandam aqui para o CAPS. Essa é uma dificuldade na visão do doente mental, tem uma visão estigmatizante, muitas vezes interfere no seu cuidado..”* (p9). Problema adicional relativo à rede é a falha no seu funcionamento e a resultante fragmentação dos cuidados – *“Com os hospitais, o suporte para internar, é muito difícil isso. A gente não tem leito, não tem ala psiquiátrica. A gente encaminha pro pronto-socorro para J., nem sempre o regional aceita.”* (p8). Instituições extra rede também tem tido um papel negativo sobre o atendimento, como afirma p7 sobre as Igrejas Evangélicas – *“...muitos pacientes são evangélicos, isso interfere bastante, quando tem que tomar medicação, a Igreja promete que vai curar eles, e deixam de tomar medicação...”*.

As falas dos participantes se aproximam a de outros estudos atuais sobre a realidade da rede CAPS. Em geral, os profissionais e as atividades e ações do CAPS são bem avaliados pelos usuários e pelos familiares, que se sentem valorizados, escutados e acolhidos com atenção e qualidade nas instituições, que cumprem seu papel de referência para a rede de saúde mental. Adicionam-se a isso estudos que já vem demonstrando a efetividade dos CAPS para a diminuição de crises e ocorrência de internações (Azevedo & Miranda, 2011; Kantorski *et al.*, 2009, Tomasi *et al.*, 210). Os centros catarinenses parecem estar caminhando nesta direção também. Não obstante, os problemas locais também se repetem na literatura nacional, mostrando que alguns fatores da rede pública de saúde mental são comuns entre as regiões do país, e ainda necessitam de soluções– a falta de recursos humanos perante a grande demanda, a falta de recursos materiais, a dificuldade na articulação da rede intersetorial, o trabalho ainda insipiente de desestigmatização dos usuários frente à população e os profissionais de saúde (Kantorski *et al.*, 2009).

Apenas quatro sujeitos citaram desafios pessoais para a reabilitação das psicoses. P1 foi responsável por quatro delas – *“é acho que o desafio é modificar o estigma que*

ainda existe com relação a isso, trabalhar familiares, trabalhar com profissionais para que aja uma compreensão mais realista, mais adequada de quais são as limitações, do que pode ser feito, pra que haja um conhecimento maior sobre isso, da comunidade em geral né, não só dos profissionais, mas da comunidade em geral..”. Desafio também na obtenção de mais conhecimentos e habilidades para atuação, como ressaltam p2 e p3 – *“eu penso,... mais conhecimento teórico... acho que depende de mim, correr mais atrás”*. Um dos participantes, p9, crê que o desafio se põe em auxiliar o crescimento político e autonômico dos usuários, para que se sintam mais senhores de si e de seu caminho – *“Desafio que fazer com que eles se apropriem do serviço como fazendo parte das decisões do serviço. Isso hoje é o meu maior projeto aqui dentro do CAPS é isso, tanto do usuário quanto do familiar, eles sejam coparticipantes de seu projeto terapêutico de uma maneira um pouquinho mais politizada”*.

Seis participantes elencaram dificuldades pessoais, sendo que p6 afirmou não sentir dificuldade alguma. Três categorias se referem diretamente às condições de trabalho, como o excesso de demanda, falta de recursos materiais e o pouco espaço físico – *“Então eu acho que não tenho maiores problemas, eu acho que o problema, muitas vezes, são as questões de verba mesmo... então nós queremos fazer a horta, tem uma dificuldade de conseguir material...”* (p10). Dificuldades relativas a lidar com os usuários foram lembradas, relativas ao abandono de tratamento, à cronificação e aos surtos, comuns em casos de psicose – *“...a maioria dos pacientes psicóticos já tem uma idade mais avançada, já tá (sic) meio que estabilizada a coisa, já é de muito tempo isso, então para mudar esse quadro é um grande desafio...é um desafio sim, tem pacientes que a gente vê resultado que faz, a desistência, lidar com a frustração da desistência para mim é delicado, delicado não, eu tenho que aprender né.”* (p7).

Os desafios se mantêm centrados basicamente nas atitudes dos profissionais perante a rede e às famílias, para a atuação que envolva uma dimensão política de intervenção na realidade social que permita uma mudança de postura frente à loucura, além do protagonismo dos usuários e seus familiares para com suas vidas (Yasui, 2010). Neste sentido a qualidade do acolhimento, a responsabilização pelo território e a articulação adequada com os recursos da rede de saúde e intersetorial podem evitar ou combater algumas das dificuldades arroladas – a cronificação e o abandono sendo combatidas com visitas domiciliares, co-responsabilização dos familiares pelo cuidado, relação mais próxima e menos estigmatizada entre estratégia de saúde da família e os

usuários e o fluxo constante entre o CAPS e os recursos extra-serviços que promovam o desenvolvimento de potencialidades (Pande & Amarante, 2011). Já a falta de recursos materiais, assunto recorrente na literatura nacional sobre os CAPS, pode ser combatida também como uma forma de ação clínica, estimulando o protagonismo dos usuários na fiscalização dos recursos públicos e na participação no controle social do SUS.

Tabela 21. Mudanças na formação para a Clínica das Psicoses

| Categorias | Participantes |
|--|----------------------|
| Mudanças na formação para a Clínica das Psicoses | |
| Aumento de aspectos práticos | p1, p2, p4, p5, p8 |
| Reforço em conteúdos específicos | p1, p3, p4 |
| Aumento da carga horária de estágios | p5, p6 |
| Graduação foi de boa qualidade | p5, p10 |
| Aprofundamento do tema | p7, p10 |
| Mudanças na concepção de sujeito | p9 |
| Criação de CAPS Escola | p8 |

O último quesito procurou explorar se viam a necessidade de alguma mudança na formação do Psicólogo para a reabilitação psicossocial das psicoses nos CAPS (tabela 21). Dois participantes referem boa qualidade em sua formação. Três categorias envolvem o aumento de aspectos práticos, como aumento da carga horária de estágios e criação de CAPS escola – *“Bastante sim... primeiro eu acho que se tenha estágios... nós devíamos ter aprofundado com carga horária maior, que de repente desse um embasamento prático, com algum respaldo na teoria... não sei se isso é possível né; porque assim, é aquela velha história, tu só aprende na prática...”*(p6).

Três participantes acreditam na necessidade de aprofundar em alguns conteúdos, como a Psicopatologia e intervenções cientificamente validadas – *“mas que essas estratégias sejam realmente baseadas em conhecimento científico, em algo que tenha um rigor, um embasamento, e não usar qualquer técnica, qualquer instrumento sem ter um conhecimento, sem ter uma justificativa pro uso daquilo né...”* (p1) e como realizar contenções – *“A questão prática assim ... o que precisa ser feito...se tiver que conter um paciente, como que a gente vai fazer, que técnica usar... na verdade, os livros não te dão esse suporte, e deixa muito a desejar.”* (p4).

Por fim, um sujeito crê que as mudanças devem ser profundas e vão além da Academia, não apenas na teórica e técnica, mas na concepção pessoal de sujeito que embasará a ação – *“Não adianta uma visão diferente da universidade, se tu acha que o*

psicótico não tem capacidade de decidir, só fala besteira, que tudo é delírio, não adianta, a formação parte do todo da formação do ser humano. Aí vem a teoria te ajuda, mas a academia não pode fazer disso o pano principal, a regra para a tua atuação, mas sim é um suporte. Uma visão de que o psicólogo não pode se envolver com o paciente, o que que é a distância... dentro do CAPS o afeto também é importante, o abraço, isso faz parte da terapêutica...”(p9).

O relato dos participantes sugere a necessidade de maior contato entre a formação acadêmica e os serviços de saúde mental comunitários de Santa Catarina, através de programas de estágio estruturados, que permitam processos de aprendizagem condizentes com os paradigmas da reforma psiquiátrica nacional e da reabilitação psicossocial. Esta aproximação servirá também para reforçar a necessidade de desestigmatização dos portadores de sofrimento psíquico grave perante os profissionais de saúde. A partir destas relações, podem ser estabelecidos diretamente pontes entre os novos conteúdos da atenção psicossocial dos componentes curriculares, as práticas necessárias para implementá-los, bem como os desafios cotidianos que se colocam para os profissionais que estão na linha de frente do processo de construção dos serviços.

4. Conclusão

Esta pesquisa buscou contribuir, através de estratégia exploratória e compreensiva, como estão trabalhando os profissionais de psicologia dos CAPS do estado de Santa Catarina, especificamente com a clientela do serviço que está diretamente relacionada ao estigma da loucura: os usuários psicóticos. Para isso, foi necessário não apenas perguntar o que estavam fazendo, mas como concebiam os fenômenos com os quais estavam lidando cotidianamente.

Alguns resultados foram diferentes da literatura existente até o momento, como o predomínio da abordagem cognitivo-comportamental entre os participantes, sendo as pesquisas até agora mostrado a Psicanálise como referencial principal dos psicólogos de CAPS ou da rede de saúde mental dos locais investigados (Figueiredo & Rodrigues, 2004; Ferreira, 2008; Sales & Dimenstein, 2009a). Em geral, a visão de doença mental aparece de forma mais ampliada, o que inclui o sofrimento subjetivo e o comprometimento da vida cotidiana como critério principal no julgamento do que vem a ser ou não patológico. No entanto, a psicose ainda é vista pela maioria dos

participantes em sua concepção clássica, sendo considerada predominantemente um rompimento com a realidade compartilhada socialmente.

A formação de graduação para o trabalho com sujeitos psicóticos no CAPS se mostrou insuficiente, tendo os profissionais que preencher estas lacunas com cursos de pós-graduação e através do aprendizado cotidiano. Por sua vez, o trabalho em equipe considerado satisfatório, com boas parcerias estabelecidas e sendo fonte de prazer, confirmando fatos já encontrados pela literatura (Glanzner, Olschowsky & Kantorski, 2011). Aparece também nos dados uma evolução das práticas desenvolvidas pelos psicólogos para patamares mais aproximados da proposta de atenção psicossocial contida nos preceitos da reforma psiquiátrica nacional, acrescentando ao foco do trabalho individual ações com familiares, grupais e com as redes de saúde e intersetorial, ainda que, neste último quesito, de maneira bastante tímida.

As qualidades e os desafios colocados para o âmbito pessoal e dos serviços se aproximam também do panorama atual das pesquisas brasileiras. Em geral, os CAPS têm sido bem avaliados por usuários e familiares, tendo sua qualidade demonstrada em estudos avaliados de larga escala de alcance (Kantorski et al., 2009; Tomasi et al., 2010). Os problemas apontados já são conhecidos, como a má política de gestão do trabalho, a precarização dos serviços e das condições de trabalho, a escassez de recursos, a pouca articulação externa de alguns CAPS, o funcionamento ambulatorial de outros (Guimarães, Jorge & Assis, 2011). Os desafios estão ainda na tentativa de auxiliar a organização dos usuários para que reivindiquem melhorias para os serviços e isto também sirva como exercício de cidadania. Há a necessidade da real implementação de trabalho em rede, assumindo o papel de organizador da rede de cuidados descrito na portaria 336/2002, além de ações de diminuição de preconceitos dos próprios profissionais de saúde e da comunidade em geral para com os usuários.

Este trabalho não se propõe a ter um caráter explicativo, mas sim compreensivo e analítico. Portanto, há limitações no âmbito da generalização de seus dados para outros contextos regionais brasileiros. Há maior necessidade de investigação sobre a qualidade das práticas dos psicólogos, que abarquem estudos avaliativos de efetividade e exploratórios que englobem o ponto de vista de outros profissionais dos CAPS, usuários e familiares.

5. Referencias

- Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2006). Psychiatric reform and the challenges posed by deinstitutionalization. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 299-316.
- Alves, E. S. & Francisco, A. L. (2009). Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial, *Psicologia Ciência e Profissão*, 29(4), 768-779.
- Amarante, P. (2008). Cultura da formação: reflexões para inovação no campo da saúde mental. In: Amarante, P. & Cruz, L. B (Orgs.). *Saúde Mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps.
- Antunes S. M. M. O., & Queiroz M. S. (2007). A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 207-215.
- Azevedo, D. M., & Miranda, F.A.N. (2011). Oficinas terapêuticas como instrumentos de Reabilitação Psicossocial: percepção de familiares, *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(2), 339-345.
- Ballarin, M. L. G. S., Miranda, I. M. S., & Fuentes, A. C. R. C. (2010). Centro de Atenção Psicossocial: Panorama das Publicações de 1997 a 2008, *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(4), 726-737.
- Borges, C. F., & Baptista, T. W. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 456-468
- Brandalise, F., & Rosa, G. L. (2009). Estratégias clínicas: a construção de projetos terapêuticos e o acompanhamento terapêutico-at na atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2), 150-161.
- Campos, C. M. S., & Soares, C. B. (2003). A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores, *Ciencia & Saude Coletiva*, 8(2), 621-628.
- Cavalcanti, M. T., Dahl, C. M., Carvalho, M. C. A. de, Valencia, E. (2009). Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 23-28.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). Resolução CFP nº 016/2000 de 20 de dezembro de 2000. Recuperado em 26 de fevereiro de 2012 de http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/resolucao2000_16.pdf
- Correia, V. A. C. (2007). *Cenários e Práticas dos Psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina*. Dissertação de Mestrado, Univali, Itajaí, SC, Brasil.
- Dimenstein, M. (2001). O Psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva, *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63.

- Ferreira, J. L., Neto (2008). Práticas Transversalizadas da Clínica em Saúde Mental, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 110-118.
- Ferreira, J. L., Neto (2010). A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses, *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 390-403.
- Figueiredo, V. V., & Rodrigues, M. M. P. (2004). Atuação dos Psicólogos nos CAPS do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*, 9, 173-181.
- Flick, U. (2004) *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman.
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(2), 83-96.
- Guimarães, J. M. X., Jorge, M. S. B., & Assis, M. M. A. (2011). (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial, *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2145-2154.
- Glanzner, C. H., Olschowsky, A., & Kantorski, L. P. (2011). O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 716-21.
- Jardim, V. M. R., Cartana, M. H. F, Kantorski, L. P. & Quevedo, A. L. A. (2009). Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de centros de Atenção Psicossocial, *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(2), 241-8.
- Jorge, M. S. B., Randemark, N. F. R., Queiroz, M. V. O., & Ruiz, E. M. (2006). Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 734-9.
- Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Wetzell, C., Olschowsky, A., Schneider, J. F., Resmini, F., Heck, R. M., Bielemann, L. M., Schwartz, E., Coimbra, V. C. C., Lange, C., Sousa, A. S. (2009). Contribuições do estudo de avaliação dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil, *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 1-9.
- Koda, M. Y., & Fernandes, M. I. A. (2007). A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1455-1461.
- Kyrillos, F., Neto (2009). Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise. *Aletheia*, 30, 39-49.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Editora Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Leão, A., & Barros, S. (2008). As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social, *Saúde e Sociedade*, 17(1), 95-106.

Lopes, D. Neto, Veira, H. W. D., Arruda, A. T., & Farina, H. A. D (2009). Atenção à Saúde Mental no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os Centros de Atenção Psicossocial, *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2), 23-37.

Luzio, C. A., & L'Abbate, S. (2009). A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica, *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1),105-116.

Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Olschowsky, A. & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais, *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 159-164.

Moll, M. F., & Saeki, T. (2009). Social life of people with diagnosis of schizophrenia, attended at a psychosocial care center, *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17(6), 995-1000.

Mondoni, D., & Costa-Rosa, A. (2010). Reforma Psiquiátrica e Transição Paradigmática no Interior do Estado de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (1), 39-47.

Nascimento, A. F., & Galvanese, A. T. C. (2009). Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 8-15.

Nasi, C., & Schneider, J. (2011). O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5),1157-63.

Nunes, M., Torrenté, M., Ottoni, V., Moraes, V., Neto & Santana, M. (2008) A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 188-196.

Olschowsky, A., Glanzner, C. H., Mielke F. B., Kantorski L. P. & Wetzal, C. (2009). Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 781-787.

Onocko-Campos, R. T., Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1053-1062.

Onocko-Campos, R. T., Furtado, J. P, Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L., Gama, C. A. P. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental, *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 16-22.

Pande, M. N. R., & Amarante, P. D. C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão, *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2067-2076.

- Pope, C., & Mays, N. (2009). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Portaria GM 336/2002. Ministério da Saúde. Recuperado em 26 de fevereiro de 2012, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>.
- Resolução 196/96. Conselho Nacional de Saúde. Recuperado em 26 de fevereiro de 2012, de http://www.ung.br/pesquisa/cep/res_cns_196_96.pdf.
- Rabelo, I. V. M., & Torres, A. R. R. (2006). Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 219-228.
- Rezio, L. A., & Oliveira, A. G. B. (2010). Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso, *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(2), 346-354.
- Rinaldi, D. L., & Bursztyn, D. C. (2008). O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 32-39.
- Rinaldi, D. L., Cabral, L. H., & Castro, G. S. (2008). Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação, *Estudos e pesquisas em psicologia*, 8(1), 118-125.
- Rosa, L. C. S. (2005). A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental, *Psicologia em Revista*, 11(18), 205-218.
- Sales, A. L. L. F., & Dimenstein, M. (2009a). Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução? *Psicologia em Estudo*, 14(2), 277-285.
- Sales, A. L. L. F., & Dimenstein, M. (2009b). Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 812-827.
- Sanduvette, V. (2007). Sobre como e por que construir, (re)construir e avaliar projetos terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Psicologia USP*, 18(1), 83-100.
- Schmidt, M. B., & Figueiredo, A.C. (2009). Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(1), 130-140.
- Schrank, G., & Olschowsky, A. (2008). O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 127-34.
- Tomasi, E., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Thumé, Silva, E. R., Gonçalves, H., & Silva, S. M. (2010). Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada, *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 807-815.

Vasconcelos, E. (2004). Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas, *Mnemosine*, 1(0), 73-90.

Vieira Filho, N. G., & Rosa, M. D. (2010). Inconsciente e Cotidiano na Prática da Atenção Psicossocial em Saúde Mental, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 49-55.

Yasui, S. (2010). *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Willrich, J. Q., Kantorski, L. P., Chiavagatti, F. G., Cortes, J. M., & Pinheiro, G. W. (2011). Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção a crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 47-64.

Anexo A – Questionário

Dados Pessoais:

1. Qual a sua Idade? ____
2. Qual o seu Gênero? ()Feminino () Masculino
3. Há Quanto tempo você está formado?
() Menos de um ano
() Entre 1 e 2 anos
() Entre 2 e 5 anos
() Entre 5 e 10 anos
() Mais de 10 anos
4. Qual Seu tipo de vínculo empregatício e carga horária semanal?
()Concursado () Contratado
() 10h () 20h ()30h ()40h
5. Há quanto tempo você atua no CAPS? (em anos e meses)
6. Você possui algum trabalho exterior ao CAPS?
() Consultório Privado
() Psicólogo Escolar
() Psicólogo Organizacional
() Psicólogo Jurídico
() Psicólogo Hospitalar
() Psicólogo na Assistência Social
() Psicólogo na rede básica de saúde
() Não possui
Outros _____
7. Em qual Universidade você cursou a graduação? _____
8. Cursou em Universidade Pública ou Privada?
() Publica
() Privada
9. Como você qualifica sua formação de graduação para atuar no CAPS?
() Excelente
() Boa
() Regular
() Ruim

- Péssima
10. Você realizou estágio em CAPS durante a graduação?
 Sim
 Não
11. Você possui pós-graduação na área de saúde mental, coletiva ou psicologia clínica?
 Especialização ou Residência em Saúde mental
 Especialização ou Residência em Saúde coletiva
 Especialização ou formação em Psicologia Clínica
 Não Possui
Outro: _____
12. Como você avalia a sua formação acadêmica de pós-graduação para atuar no CAPS?
 Excelente
 Boa
 Razoável
 Ruim
 Péssima
 Não possui
13. Trabalha com alguma abordagem teórica específica em Psicologia?
 Nenhuma Psicanálise Gestalt-terapia Sistêmica
 Cognitiva-comportamental Reichiana Humanista
 Existencialista Transpessoal Outra: _____
14. Qual a sua avaliação do CAPS no qual atua?
 Excelente
 Boa
 regular
 Ruim
 Péssima
15. O seu CAPS se articula a outros serviços de saúde? Se sim quais?
 PSF
 Hospital Psiquiátrico
 Hospital Geral
 Ambulatório de Saúde Mental
 Trabalha Isolado
Outros _____
16. Como você avalia a sua relação de trabalho com os outros membros da equipe?

- Excelente
 - Boa
 - Razoável
 - Ruim
 - Péssima
17. Como você julga a sua formação acadêmica para trabalhar com os usuários psicóticos?
- Excelente
 - Boa
 - Razoável
 - Ruim
 - Péssima
18. Especificamente, qual o trabalho a ser feito pelo psicólogo no CAPS com pacientes psicóticos?
19. Você se sente preparado para prestar atenção à crise?
- Muito preparado
 - Preparado
 - Pouco preparado
 - Despreparado
20. Cite as intervenções que você tem utilizado na sua terapêutica com os pacientes psicóticos.
21. Você sente dificuldades na atuação com os usuários psicóticos?
- Muita
 - Pouca
 - Não sinto dificuldade
22. No que você acha que precisa melhorar em sua atuação com pacientes psicóticos?
23. Qual a sua avaliação do serviço que seu CAPS oferece aos usuários psicóticos?
- Excelente
 - Boa
 - Razoável
 - Ruim
 - Péssima
24. Comente a questão anterior.

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo1

A atenção à saúde mental no Brasil vem passando por muitas mudanças e os psicólogos fazem parte delas. Este estudo intitulado "A atuação dos psicólogos na clínica da psicose dos CAPS de Santa Catarina" trata de uma pesquisa de dissertação de Mestrado sob responsabilidade do psicólogo e mestrando Gabriel Amador de Lara e de sua orientadora Profa. Janine Kieling Monteiro, da UNISINOS. Tem como objetivo pesquisar a atuação de nossa classe profissional nos CAPS, especificamente no cuidado aos sujeitos psicóticos, e isto será feito através deste questionário.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa. Sua participação é voluntária e as informações fornecidas serão confidenciais, utilizadas para fins do estudo, e sua identidade será mantida em sigilo. Esta pesquisa foi autorizada pela coordenação estadual de saúde mental.

Você poderá interromper a sua participação na pesquisa se assim o desejar, bem como não é obrigado a responder todas as questões. A pesquisa não trará qualquer despesa pessoal. É possível que a análise de dados seja divulgada em publicações de caráter científico, e nesses casos, sempre será preservado o anonimato e identidade dos participantes.

Caso necessite de algum esclarecimento sobre a participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, o psicólogo Gabriel Amador de Lara (CRP 12/08805), pelos telefones (47)33960420 ou (47) 88760108. A devolução dos resultados será feita a todos os participantes, se assim o desejarem.

Você foi informado de forma clara dos objetivos e procedimentos da pesquisa, e aceita participar?

Ao clicar em "sim" e ir a próxima página, você está aceitando participar desta pesquisa.

Sim

Não

Anexo C - Roteiro de Entrevista

1. Qual a sua idade?
2. Há quanto tempo você está formado? Há quanto tempo você atua no CAPS?
3. Você possui algum tipo de especialização?
4. Você trabalha com algum tipo de abordagem específica em psicologia?

Concepção de doença mental e transtorno psicótico

5. Para você, o que é doença mental? Qual sua concepção de psicopatologia?
6. O que é psicose?
7. Como você reconhece a presença desta condição?
8. Como você avalia sua formação acadêmica de graduação e de pós-graduação para trabalhar com esse tipo de transtorno?

Possibilidade terapêutica no ambiente institucional

9. Como você concebe a clínica da psicose?
10. Como você trabalha em seu CAPS com pacientes psicóticos? Quais são suas práticas?
11. Como é sua relação de trabalho com a equipe que atua?

Dificuldades e Desafios

12. Quais são as qualidades e problemas do atendimento aos sujeitos psicóticos nos CAPS?
13. Quais são as suas maiores dificuldades e desafios para trabalhar com esses usuários?
14. Você acha que deve haver mudança na formação do psicólogo para lidar com a psicose? O que precisa mudar?

Anexo D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo 2

A atenção à saúde mental no Brasil vem passando por muitas mudanças, e os psicólogos fazem parte delas. Este estudo intitulado “A atuação dos Psicólogos na clínica da psicose dos CAPS de Santa Catarina” trata-se de uma pesquisa de dissertação de Mestrado sob responsabilidade do psicólogo e mestrando Gabriel Amador de Lara e de sua orientada Profa. Dra. Janine Kieling Monteiro, da Unisinos. Tem como objetivo pesquisar a atuação de nossa classe profissional nos CAPS, especificamente no cuidado aos pacientes com diagnóstico de psicose.

Para isto, serão realizadas entrevistas individuais que serão gravadas para posterior análise dos dados. Após a transcrição dos dados, os arquivos de gravação das entrevistas serão mantidos pelo período de cinco anos, sob o cuidado do pesquisador responsável, e posteriormente apagados.

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa. Sua participação é voluntária e as informações que fornecerá para a pesquisa serão confidenciais, utilizadas para fins de pesquisa e sua identidade será mantida em sigilo.

Está ciente de que poderá interromper a sua participação na pesquisa assim que desejar, assim como não é obrigado a responder todas as questões. A pesquisa não trará qualquer despesa pessoal. É possível que a análise desses dados seja divulgada em publicações de caráter científico; nestes casos, sempre será preservado o anonimato e identidade dos participantes.

Caso necessite de algum esclarecimento sobre minha participação nesta pesquisa, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável, psicólogo Gabriel Amador de Lara (CRP 12/08805), pelo telefone: (47) 33960420 ou (47) 88760108.

A devolução dos resultados será feita a todos os participantes, se assim o desejarem. Este documento está sendo apresentado em duas vias, sendo uma delas para o entrevistado e outra para o pesquisador.

Eu, _____
declaro que fui informado de forma clara e detalhada sobre os objetivos e dos procedimentos da pesquisa acima descritos e autorizo minha participação no estudo.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Local e Data: _____