

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NOS CAPS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Vanda Valle de Figueiredo*
Maria Margarida Pereira Rodrigues#

RESUMO. Este trabalho teve como objetivo investigar se as concepções e práticas descritas pelos psicólogos atuantes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado do Espírito Santo fundamentavam-se na perspectiva da desinstitucionalização. Foram entrevistados nove psicólogos que atuavam nos CAPS do Estado do Espírito Santo em 2002. Os resultados revelaram que o conceito de desinstitucionalização aparece mais como um elemento de discussão teórica do que como um orientador das práticas nos CAPS. De modo geral, predominou o atendimento clínico, havendo poucas atividades desenvolvidas pelos psicólogos que tinham como objetivo a reinserção social dos usuários dos CAPS e intervenções no campo social.

Palavras-chave: atuação do psicólogo, saúde mental, desinstitucionalização.

PRACTICES IN PSYCHOLOGY AT THE CENTERS FOR PSYCHOSOCIAL ATTENDANCE IN THE ESPÍRITO SANTO STATE

ABSTRACT. The main objective of this study was to investigate if the conceptions and practices in psychology developed at the Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (Centers for Psychosocial Attendance), in the State of Espírito Santo, were based on the deinstitutionalization perspective. Nine psychologists who were working at the CAPS in the Espírito Santo State in 2002 were interviewed. The results revealed that the deinstitutionalization concept appears more as an element of a theoretical discussion than as a guide of the practices at the CAPS. The clinical attendance was predominant, with few activities developed by the psychologists who have as main objective to promote interventions in the social field as well as the social re-insertion of the CAPS' users.

Key words: Practices in psychology, mental health, deinstitutionalization.

As transformações na assistência psiquiátrica brasileira foram influenciadas, dentre outras experiências, pelo movimento conhecido como Psiquiatria Democrática Italiana. Franco Basaglia¹, o principal representante desse movimento, tinha como objetivo a desconstrução do paradigma psiquiátrico que legitimava a tutela, a exclusão e a idéia de periculosidade do louco, para reinventar o modelo de assistência. Mas a crítica do autor à instituição psiquiátrica buscava ultrapassar a estrutura manicomial, desdobrando-se num questionamento acerca dos valores sociais sobre os quais

se apóia essa estrutura e no reconhecimento da noção de neutralidade da ciência como sustentáculo dos valores dominantes (Basaglia, 1986/1991). Tratava-se de um projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos e intelectuais; um projeto de desmontagem de saberes e práticas sobre a loucura - que a simplificavam e a reduziam à noção de doença - e que tinha na comunidade e nas relações que esta estabelece com o louco a base para a transformação do dispositivo psiquiátrico. Desinstitucionalizar, na tradição basagliana,

* Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. Docente do Centro Universitário Vila Velha-ES.

Doutora em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

¹ Franco Basaglia (1924-1980), psiquiatra veneziano, foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana, conhecido como Psiquiatria Democrática. Antes da 2ª Guerra, ainda estudante de Medicina, militou contra o fascismo na Resistência Italiana, tendo sido preso por este motivo até o final da Guerra. Após esta fase, depois de 12 anos de carreira acadêmica na Faculdade de Medicina de Padova, ingressou no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, dedicando-se radicalmente à transformação do manicômio e do tratamento dispensado aos doentes.

diz respeito à promoção de transformações que devem ultrapassar o aparato físico do manicômio, levando a estratégias e ações transformadoras ao campo sócio-cultural, onde então deveria ser ressituaado o debate sobre a loucura.

Á proposta de Basaglia seguiu-se o trabalho de outros autores (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001) no sentido de esclarecer e reforçar a idéia de que a desinstitucionalização não se restringe nem pode ser reduzida à desospitalização do louco. Desospitalizar significa atuar apenas no sentido da extinção de organizações hospitalares ou manicômiais. Já o termo desinstitucionalização requer, antes de tudo, o entendimento do termo instituição no sentido da complexidade das práticas e saberes que produzem formas de se perceber, de se entender e de se relacionar com fenômenos sociais e históricos. Não é o doente mental que deve ser desinstitucionalizado, mas a é própria loucura como instituição social que precisa ser transformada. O que se critica é o conjunto de aparatos científicos, legislativos e de relações de poder construídos e caracterizados como mecanismos de controle social que acabaram por excluir o louco do convívio em sociedade. O movimento da desinstitucionalização não diz respeito apenas ao hospital psiquiátrico, mas às instituições totalitárias (Boarini, 2002). Nesse sentido seu significado é o do rompimento com um pensamento que visa submeter o doente mental a processos de disciplinarização e exclusão. Sua proposta, portanto, será efetivada na medida em que tal pensamento for desconstruído.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica Brasileira inicia-se entre os anos de 1978 e 1980. Destaca-se, nesse período, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), cuja atuação deu origem às propostas de reformulação da assistência psiquiátrica no país (Vasconcelos, 1999; Amarante, 2001). A segunda metade da década de 1980 foi um período marcado pela realização de eventos e reuniões da maior importância nesse processo, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde Mental. No ano de 1992, após a realização, em Brasília, da II Conferência Nacional de Saúde Mental a noção de desinstitucionalização firmase como conceito-chave para o projeto de transformação da assistência psiquiátrica brasileira.

Do ponto de vista do modelo de assistência psiquiátrica, a reorganização dos serviços e das ações de saúde mental fez surgir dois novos dispositivos de atenção representados pelos Núcleos de Atenção Psicossocial² (NAPS) e pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

² São serviços regionalizados de reabilitação psicossocial, que funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana,

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) caracteriza-se por ser um serviço de atenção diária, que se propõe como alternativa ao hospital psiquiátrico e tem como principal objetivo promover a reabilitação psicossocial³ de seus usuários. Em cada unidade desses serviços trabalham equipes compostas por profissionais de diversas áreas de formação, inclusive por psicólogos.

Do ponto de vista das práticas desenvolvidas nesses serviços, a tarefa exigida é a de inovar, na prática concreta, as relações entre as instituições e os sujeitos, por meio de uma inscrição cotidiana do direito de cidadania do louco (Nicácio, 1994). Busca-se garantir, além do direito à hospitalidade diurna e noturna, da atenção à crise ou de um espaço de convivência, a criação de redes de relações que se estendam para além das fronteiras dos NAPS e CAPS, atingindo o território onde vivem os usuários. O trabalho inclui ações que vão das visitas domiciliares, do estabelecimento de vínculos com familiares e pessoas do bairro ao confronto com as resistências, na tentativa de abrir espaços e ampliar as possibilidades de inserção do louco.

Os novos dispositivos de atenção exigiam dos profissionais que ali atuavam uma redefinição de funções, além de propostas para a implementação de novas práticas. Entre as diferentes categorias profissionais que o MTSM reuniu desde sua origem, encontravam-se os psicólogos. O desafio, portanto, estava lançado também para essa categoria profissional.

Tradicionalmente, a prática da psicologia no Brasil esteve caracterizada pela predominância do modelo clínico de atuação profissional (Mello, 1978; Botomé, 1979; CFP, 1988). Isso se explicaria, em parte, pelas condições históricas e sociais em que surgiu a profissão, e principalmente, pelas características da formação desses profissionais pouco voltada para a discussão dos aspectos sociais como determinantes da condição humana.

Os estudos realizados na década de 1990 revelaram algumas modificações quanto à ampliação dos espaços de atuação para os psicólogos (CFP,

respondendo à demanda de saúde mental das respectivas área de abrangência.

³ De acordo com a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada na Venezuela em 1990, a expressão reabilitação psicossocial consiste “na reaprendizagem das atividades da vida cotidiana, na obtenção e conservação de um ambiente de vida satisfatório, na participação em atividades de trabalho significativas e no desenvolvimento de atividades sociais e culturais” (OPAS/OMS, 1990, p.5).

1992; CFP, 1994), o que não significava que as práticas emergentes eram inovadoras.

Não obstante a dificuldade em se romper com um modelo dominante, as possibilidades de atuação em outros espaços apresentavam aos profissionais a necessidade de se propor novos fazeres, e diante da própria profissão, a necessidade de construção de outros saberes.

É o que discute Spink (1992) ao analisar a Psicologia da Saúde como um novo campo de saber. De acordo com a autora, a adoção, em São Paulo, a partir de 1982, de uma política de desospitalização que previa a extensão dos serviços de saúde mental à rede básica, permitiu um novo modo de inserção dos psicólogos na área da saúde. Entretanto, a falta de um embasamento teórico-prático específico, que orientasse a atuação dos psicólogos nesse outro espaço, produziu uma série de questionamentos acerca do modelo de atuação então utilizado.

Alguns autores (Belisário, 1992; Rauter, 1995) afirmam que a atuação do psicólogo no campo da saúde pública encontra-se relativamente indefinida. Essa indefinição poderia ser considerada um ponto estratégico a partir do qual os novos fazeres podem ser propostos. Porém, a distância apontada por outros (Silva, 1992; Dimenstein, 1999, 2000) entre as necessidades da população usuária dos serviços públicos de saúde e o tipo de formação básica que vêm recebendo os psicólogos atuantes nesses espaços é problemática.

Especificamente no campo da saúde mental (Bandeira, 1992; Campos, 1992a, 1992b, 1992c; Vasconcelos, 1999), a discussão não difere em essência daquela que aponta os desafios enfrentados pela psicologia no campo da saúde pública em geral. Na verdade, as modificações ocorridas no sistema público de saúde nas duas últimas décadas não foram acompanhadas de transformações análogas nos currículos dos cursos de graduação (Silva, 1992).

Os resultados dessas pesquisas suscitam questões tais como: efetivamente, como os psicólogos têm respondido às exigências colocadas por essa nova proposta que vêm reorientando o modelo de atenção em saúde mental no país? Estaria a atuação desses profissionais fundamentada na noção de desinstitucionalização?

Nesse contexto, este trabalho teve como objetivo investigar se as concepções e práticas descritas pelos psicólogos atuantes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado do Espírito Santo fundamentavam-se na perspectiva da desinstitucionalização, como proposto pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para substanciar a análise proposta foi necessário ir além da desinstitucionalização, questionando os psicólogos sobre determinados conceitos e práticas – doença mental, tratamento, função do psicólogo nos CAPS –, sobre suas trajetórias profissionais e entendimento das políticas de saúde mental.

MÉTODO

Participantes

Foram entrevistados todos os psicólogos (n=9) que atuavam nos Centros de Atenção Psicossocial da rede pública do Estado do Espírito Santo em 2002.

Quanto à experiência de trabalho nos CAPS, cinco declararam um tempo inferior a dois anos e os demais (4) tinham mais de 4 anos de exercício profissional nos CAPS. Sete dedicavam-se paralelamente ao consultório particular e um acumulava atividades junto à Prefeitura Municipal de Vitória.

Um dos entrevistados é Mestre em Estudos Literários e quatro têm título de Especialista, sendo que apenas um deles especializou-se em Saúde Pública. Em 2002, quando foram entrevistados, dois profissionais cursavam especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e outros 5 faziam formação em Psicanálise.

Instrumento e procedimento de coleta de dados

Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, com questões abertas que visavam explorar os seguintes aspectos: (1) perfil do profissional que atua na área; (2) concepções dos profissionais quanto aos temas da doença mental e de tratamento; (3) concepções sobre a função do psicólogo nos CAPS; (4) conceito de desinstitucionalização; (5) conhecimento sobre as políticas atuais em saúde mental; (6) práticas atualmente desenvolvidas por psicólogos nos CAPS; (7) busca de formação complementar.

As entrevistas foram gravadas e realizadas, em sua maioria, no próprio local de trabalho dos sujeitos.

RESULTADOS

As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo seguindo as etapas propostas por Bardin (1977). Uma vez que as categorias temáticas já haviam sido previamente escolhidas, a exploração do material consistiu em operar recortes dos textos onde se verificava a presença dos temas. Em seguida passava-se à análise temática, que tinha como objetivo a descoberta de núcleos de sentido nos recortes.

Os resultados por categoria temática são apresentados a seguir, com alguns recortes selecionados como exemplos.

Concepções de doença mental e tratamento

Seis dos entrevistados utilizaram o referencial psicanalítico substituindo a expressão doença mental por psicose, estrutura psicótica, ou mais raramente, por neurose. Psicose foi conceituada como: “*um outro discurso...uma outra forma de se expressar*” (E1); “*uma questão de estrutura...um comprometimento que acaba interferindo aí na sua vida*” (E2); e “*a estrutura daquele sujeito, não tendo êxito no Édipo, ele vai finalizar de outra forma*” (E8).

Apenas um entrevistado (E7) utilizou a perspectiva da psicopatologia, definindo doença mental como “*fragmentação do eu*” e referindo-se ao doente como “*sujeito fragmentado*”.

Por fim, o entrevistado E3 referiu-se à doença mental como algo que produz conseqüências para o exercício da cidadania do usuário dos CAPS:

“comprometimento que interfere nas relações da pessoa com a família (...) as atividades de trabalho (...) sua vida social em geral (...) o agravo não é só individual, é à cidadania”.

Quanto às concepções de tratamento, as respostas oscilaram basicamente em torno de dois subtemas: o do atendimento clínico e o da reinserção social.

Dentre aqueles (3) que apresentaram definições referentes aos dois aspectos acima citados – clínica e reinserção - destacamos os seguintes enunciados:

“o espaço de expressão (...) não é só a fala (...) não se está falando mais de patologia e sim de reinserção.” (E1);

“eu acho que o CAPS tem uma vertente clínica e uma psicossocial (...) eu não acho que é separado (...)” (E4);

“você troca o manicômio (...) pela reinserção (...) no contexto social (...) o CAPS hoje é tentar harmonizar o objetivo político com a intervenção [clínica] direta (...) sobre esse sujeito” (E6).

Dois sujeitos enfatizaram de modo mais incisivo a perspectiva da reinserção social. No dizer do entrevistado E4, o objetivo do tratamento seria o de:

“contribuir para que haja alterações no exercício da vida cotidiana dele [usuário], no modo como as pessoas o enxergam (...) o

exercício mais pleno da cidadania, esse é que é o grande objetivo (...)”.

O entrevistado E2 seguiu esta mesma tendência, ao afirmar que:

“a gente precisa estar atuando em outros espaços (...) atuando na comunidade (...) convidando a família (...) quebrar barreiras, quebrar preconceitos.”

Um dos demais participantes referiu-se menos ao aspecto da reinserção e mais ao clínico, descrevendo o objetivo do tratamento como expressa o seguinte trecho:

“não é só tratar o paciente, a família também (...) a relação da família com a pessoa que está em tratamento aqui” (E5).

Função do psicólogo

A maior parte dos sujeitos (5) referiram-se basicamente à escuta e ao acompanhamento de usuários realizados dentro do espaço físico restrito ao serviço. Para E6:

“toda a formação que ele [psicólogo] tem é pra ser capaz de escutar o outro, seja em que linha for”.

Outro entrevistado (E1) disse ser importante que a função de escuta não seja oferecida apenas aos usuários, mas que seja também estendida aos demais profissionais da equipe e funcionários do serviço, tendo em vista uma dificuldade geral, por parte do corpo técnico, de conviver e trabalhar com a clientela do CAPS.

Apenas dois sujeitos enfocaram o campo social como objeto de suas intervenções. Na fala de E3:

“a função do psicólogo é trabalhar na ligação da pessoa com a vida cotidiana (...) não adianta ficar dentro de quatro paredes (...) sem promover algum tipo de alteração no meio social em que ela vive”.

Do mesmo modo, E2 frisou em seu discurso que a função do psicólogo seria:

“estar fazendo esse trabalho que eu chamaria de político (...) de transformação na comunidade, e de estar atuando também junto com o paciente, é tentar promover uma certa autonomia junto ao paciente”.

Conceito de desinstitucionalização

Os sujeitos apresentaram uma diversidade de conceituações para o termo em questão, enfatizando um ou outro aspecto da proposta basagliana, parecendo indicar que, à parte a complexidade do tema, o mesmo não se encontra suficientemente discutido ou compreendido pela maior parte do grupo de profissionais entrevistados.

Encontrou-se, por exemplo, a idéia de que desinstitucionalizar significa extinguir toda instituição que tenha por finalidade o cuidado das pessoas portadoras de sofrimento mental:

“não consigo ainda pensar como seria a saúde mental, sem o hospital e sem o serviço desses núcleos (...)” (E1)

“(...) agora, estar completamente fora das instituições é difícil” (E3).

A desinstitucionalização também é entendida como um conceito que propõe intervenções mais direcionadas ao usuário do CAPS do que propriamente ao espaço social em que ele vive. Segundo E3, seria um processo entendido como “(...) *um movimento no sentido do indivíduo dar conta de si mesmo e de suas questões*”. Para o sujeito E7, a idéia de desinstitucionalizar apresentou-se limitada à questão da profissionalização do usuário:

“Você tinha que ter aqui, por exemplo, uma oficina profissionalizante, porque você vai ver que desinstitucionalizar é você fazer o indivíduo ser capaz de se autogerir”.

Identificou-se também uma tendência a compreender a desinstitucionalização como uma proposta que estivesse basicamente caracterizada pelo objetivo de se evitarem internações psiquiátricas:

“Pelo que eu entendi, o CAPS foi criado justamente para desinstitucionalizar. Pra ver se conseguiria fazer com que as pessoas que necessitassem nem chegassem a ser internadas” (E5).

O entrevistado E8 relacionou o conceito de desinstitucionalização basicamente à idéia da substituição do modelo de assistência, ou seja, ao estabelecimento dos CAPS como dispositivos de cuidado alternativos ao hospital psiquiátrico. De acordo com ele,

“desinstitucionalizar é isso, aqui é uma casa, né? ... já é um caráter diferente (...) passa o dia, não é internado, já muda tudo, é o dia-a-

dia de uma casa, café da manhã, lanche, almoço (...) oficina”.

De acordo com a fala do participante E6, as instituições com as quais se pretende acabar são o asilo e a exclusão e o conceito de desinstitucionalização foi explicado como a perspectiva de superação do estigma da doença mental.

Os sujeitos E2 e E4 apresentaram conceituações mais próximas da amplitude da proposta basagliana. De acordo com E2,

“não é só desconstruir o manicômio enquanto estrutura física (...) mas é desconstruir os manicômios mentais (...) essa construção que está no imaginário mesmo, social, do que é a loucura (...)”.

E finalmente, na visão de E4, a desinstitucionalização implica

“uma mudança de um olhar sobre a loucura, é uma mudança do lugar social que a loucura tem e tem tido, desde que a psiquiatria se apropriou [da loucura]”.

Práticas desenvolvidas pelos psicólogos nos CAPS

O atendimento clínico foi citado por todos os entrevistados como uma das práticas desenvolvidas pelos psicólogos nos CAPS. O suporte social às famílias de usuários e os grupos terapêuticos envolvendo usuários também foram destacados pela maioria dos sujeitos.

No atendimento individual, a abordagem que orienta as intervenções de sete dos psicólogos nesse tipo de atividade é a psicanálise lacaniana. Os tipos de grupo terapêutico coordenados por psicólogos foram: grupo operativo, grupo de avaliação do tratamento, grupo de fim-de-semana e terapia em grupo. Nem todos os tipos estão presentes em todos os CAPS.

As oficinas terapêuticas, estas, sim, presentes em todas as unidades, nem sempre têm contado com a participação de psicólogos. Os oficinairos são, normalmente, artistas plásticos, artesãos, atores, músicos ou escritores. Apenas dois sujeitos disseram coordenar oficinas e dois alegaram participar eventualmente, mas sem intervenções propriamente ditas.

Quanto ao trabalho realizado com as famílias dos usuários, também foi identificada a realização de tipos diferentes de grupos terapêuticos. O primeiro, denominado terapia familiar, envolve a participação

do usuário com seus familiares no mesmo espaço. O segundo modelo, encontrado no CAPS da Prefeitura Municipal de Vitória, recebe o nome de terapia multifamiliar. Nele são reunidos vários usuários com suas famílias e, segundo uma de suas coordenadoras, o encontro funciona como um grupo de troca de experiências.

As práticas voltadas à reinserção social dos usuários estiveram caracterizadas basicamente pela existência de três programas de geração de renda. Todos se desenvolvem por meio de grupos de produção artesanal de objetos para serem comercializados. Em dois dos casos os artigos são expostos para venda em feiras livres ou espaços públicos, como praças. No outro, os produtos são vendidos durante os eventos festivos realizados dentro do próprio CAPS. A idéia da equipe que coordena este último é transformá-lo, em breve, numa cooperativa dos usuários participantes.

Houve ainda por parte de dois entrevistados, E2 e E4, uma referência ao trabalho realizado em parceria com instituições profissionalizantes, por meio de convênios, para onde são encaminhados alguns usuários.

Os entrevistados reconheceram, de modo geral, que as práticas que visam promover a reinserção dos usuários encontram-se pouco desenvolvidas até o momento.

Três sujeitos admitiram a lentidão da implementação de práticas mais incisivas com vista ao resgate da autonomia dos usuários e ao restabelecimento de seus laços sociais. Na fala do entrevistado E1 o processo tem sido lento, mas contínuo:

“Eu acho que ainda é tímido, mas a gente vai trabalhando com o que tem (...) eu acho que pode ser feito mais e eu acho que devagarzinho está sendo feito”.

Para E4, falta organizar as ações dos profissionais do CAPS:

“o que falta pra gente lá é se organizar melhor pra procurar essas empresas parceiras (...) é lógico que isso ainda é muito pouco (...) mas assim, pra mim o caminho é esse.”

A necessidade de um trabalho junto à sociedade também foi reconhecida por E4:

“você tem que conseguir trabalhar com a sociedade de poder abrir mão um pouco da exigência capitalista mesmo, pra poder

produzir um acolhimento dessa mão de obra”.

O entrevistado E2 apresentou a melhor demonstração de que as iniciativas no sentido da reinserção, apesar de recentes, têm envolvido toda a equipe da unidade de atenção diária e vem crescendo no sentido de um contato permanente com a comunidade local. O trabalho foi descrito da seguinte forma:

“a gente está com um trabalho de (...) reabilitação psicossocial, além de trabalhar com a família (...) a gente tem encaminhado pra cursos de capacitação (...) estabelecemos alguns convênios com o SENAC...”

A relação com a comunidade foi assim resumida:

“Hoje a gente tem um trabalho que é um projeto de levantamento de recursos na comunidade (...) a gente está trocando com essa comunidade, a gente vai lá mesmo, estabelecemos trocas”.

Atualmente a psicóloga atuante nessa unidade participa de uma oficina de trabalhos manuais, faz contato com a comunidade para expor os produtos numa feira de bairro, e tem negociado espaços para os usuários numa associação que oferece cursos para a comunidade carente.

Visitas domiciliares foram citadas apenas pelo entrevistado E3. O sujeito também informou que supervisiona o trabalho de toda a equipe do CAPS onde atua.

Políticas de Saúde Mental/Lei Paulo Delgado

Dos nove entrevistados, dois disseram não ter conhecimento do conteúdo da Lei Paulo Delgado⁴, aprovada em agosto de 2001.

Quanto à importância da aprovação da Lei, os entrevistados enfatizaram: o respaldo e a legitimidade para o trabalho que realizam nos CAPS, a possibilidade de aporte de mais recursos, uma forma de reduzir custos na área de saúde mental, reacender a discussão sobre as políticas de saúde mental no Brasil.

Para um dos entrevistados, os efeitos da lei dependerão da capacidade dos profissionais e da sociedade de dar continuidade à luta antimanicomial.

⁴ A lei prevê, entre outras medidas, a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por uma rede alternativa de serviços.

Formação complementar

Quando questionados sobre a necessidade de formação complementar para atuar nos CAPS, seis sujeitos afirmaram que a formação em psicanálise tem sido fundamental no sentido de dar suporte ao trabalho que realizam no CAPS. Quatro deles, entretanto, apontaram a necessidade de utilizar essa abordagem associada a outros referenciais: Reforma Psiquiátrica, Saúde Coletiva, Arte e Literatura.

Para E3, que possui especialização em Saúde Pública, a formação complementar necessária para se atuar num CAPS deve ser a mais generalista possível. Por sua vez, E7 acredita que a formação complementar necessária coincide com sua especialização em Terapia Familiar.

Dois entrevistados consideraram importante buscar conhecimentos do campo da Saúde Coletiva e especializar-se em Saúde Mental.

DISCUSSÃO

Os dados obtidos indicaram que, de modo geral, a perspectiva da desinstitucionalização não vem sendo suficientemente debatida no cotidiano das práticas desses profissionais, o que tem acarretado uma compreensão parcial do tema, reduzindo-o muitas vezes à vertente da desospitalização.

O grau de conhecimento sobre a desinstitucionalização verificado nesta pesquisa é compatível com os resultados da pesquisa de Bandeira (1992), que revelou um baixo grau de conhecimento sobre o mesmo tema entre professores de cursos de psicologia de diversas universidades brasileiras. Note-se, porém, que, de modo diferente da amostra de Bandeira, todos os profissionais aqui entrevistados atuam na área de saúde mental, e, especificamente, nos dispositivos de atenção que foram criados a partir do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Também os achados dos estudos de Bassani (1995) e Neves (1997), realizados no Espírito Santo, e aqueles revelados pelas pesquisas realizadas pelo CFP na década de 1980 (CFP, 1988), são corroborados pelo presente estudo, no que se refere ao modelo de atuação privilegiado durante a graduação em Psicologia: o modelo clínico tradicional.

Os resultados desta pesquisa se assemelham ainda aos encontrados por Vasconcelos (1999), na medida em que evidenciam que uma cultura profissional verdadeiramente voltada para a proposta da atenção psicossocial ainda está restrita ao nível da pós-graduação.

Outro fato que merece ser destacado é o de que a busca de formação complementar da maior parte dos sujeitos direcionou-se para a abordagem psicanalítica. Essa formação, fortemente caracterizada pelo modelo clínico e pelo predomínio da formação complementar em psicanálise, pode esclarecer tanto o modo como os entrevistados compreendem o sofrimento mental quanto a prevalência dos atendimentos clínicos sobre as outras práticas por eles desenvolvidas nos CAPS. De modo geral, o tratamento enfoca a estrutura clínica, o discurso do usuário, ou seus sintomas. Os fatores sociais que podem se constituir como determinantes do adoecimento psíquico não foram mencionados pela maioria dos participantes.

A pouca expressividade das práticas voltadas à promoção da reinserção social dos usuários também pode ser entendida pela baixa procura por uma formação continuada específica para atuar na área de saúde mental, o que tende a favorecer a prevalência do modelo clínico e criar obstáculos à compreensão e execução da verdadeira proposta da atenção psicossocial, que é muito mais ampla.

Embora tenha sido reconhecida como um dos principais objetivos do tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais, a vertente da reinserção social está caracterizada, no âmbito dos CAPS, mais como uma discussão teórica do que propriamente um conjunto de ações que mobilize os profissionais tanto quanto a atividade de atendimento clínico dos usuários e o suporte social aos seus familiares. Essa realidade reafirma a dificuldade dos profissionais de psicologia em superar as limitações do modelo tradicional de atuação e em propor alternativas mais próximas da demanda social dos novos contextos em que recentemente vêm atuando (Campos, 1992a; CFP, 1988, 1992; Silva 1992; Vasconcelos, 1999).

Por outro lado, a precariedade do atendimento oferecido à população nos serviços públicos de saúde mental parece estar também relacionada às tendências da política de saúde adotada no país nos últimos dez anos. Desde a primeira metade da década de 1990, as medidas de ajuste econômico implementadas no Brasil pelo governo federal produziram graves consequências sociais. A área da saúde foi uma das mais afetadas pelos cortes e restrições financeiras impostos pela realização das reformas estruturais que tinham por objetivo a dita modernização do país (Noronha & Soares, 2001).

As condições gerais de trabalho na saúde pública foram apontadas por alguns entrevistados como fatores que podem comprometer justamente o engajamento dos técnicos nas ações que deveriam

ultrapassar os limites dos muros dos CAPS. É possível que essa argumentação acabe servindo para manter incipientes as tentativas de se vencer aquilo que constitui exatamente o maior desafio enfrentado pelos profissionais: as intervenções no campo social.

Observou-se ainda, nas falas dos participantes, que intervenções que efetivamente produzam efeitos no campo social representam um desafio aos sujeitos, porque implicam a construção de novos fazeres. Diante de uma clientela específica e de uma demanda que ultrapassa as intervenções da clínica exercida no âmbito privado, a atuação na rede pública exige o trabalho realizado em equipes interprofissionais. Psicólogos entrevistados num estudo sobre a formação necessária para atuar na saúde pública (Boarini, 1996) apontam, entre outras necessidades, a da criação de oportunidades que permitam o trabalho nessas equipes, durante o processo de formação profissional. É justamente o caráter coletivo desse trabalho e a possibilidade de se compartilhar reflexões e decisões o que permitirá aos técnicos envolvidos uma contribuição efetiva para o avanço das práticas vigentes.

A atuação em saúde pública exige do profissional a adoção de uma postura que pode ser ilustrada pelo que Belisário (1992) chamou de desenformação, a qual significa sair de uma forma “para comprometer-se com a construção de um saber” (p. 96). É preciso, para isso, comprometer-se, de início, com a perspectiva de reconhecimento do campo social como espaço de intervenção do psicólogo, tendo em vista que este espaço se constitui num dos determinantes do processo saúde/doença. A ausência desse reconhecimento, em parte creditado à formação, poderá reforçar a argumentação tão freqüentemente encontrada entre os entrevistados de que o modo como a sociedade tem representado a doença mental - ou o próprio preconceito em relação à loucura - constitui um dos maiores empecilhos ao bom resultado de seu trabalho. Se o profissional se retira diante das resistências da sociedade em conviver com a loucura, ele se exime daquilo que representa o grande pilar da luta antimanicomial: a desconstrução do estigma social da doença mental.

É no espaço social que as intervenções precisam, definitivamente, se tornar cada vez mais freqüentes, visto que alguns autores, como Santos, Almeida, Venâncio e Delgado (2000), por exemplo, vêm constatando que o ambiente social continua pouco permeável quando se trata da aceitação da loucura. Diante disso, reafirma-se a necessidade de ampliação do alcance das práticas desenvolvidas na área de saúde

mental para além do espaço físico dos dispositivos de assistência.

Destarte, abre-se o precedente para a questão: onde fica o compromisso social dos profissionais de psicologia que atuam na saúde pública? Pode-se responsabilizar apenas a formação básica que receberam pela distância observada entre a demanda dos usuários desses serviços e a assistência que efetivamente é prestada? Provavelmente, para aqueles que hoje atuam nesses espaços haverá outros fatores envolvidos, e essa discussão só poderia ser ampliada pela realização de outras pesquisas; mas quanto aos profissionais que ainda estão em processo de formação, a responsabilidade inclui também os que atuam nas instituições formadoras.

Resta ainda saber se a formação dos demais profissionais que atuam na saúde pública - médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros - tem sofrido algum tipo de modificação. É possível que a lentidão do processo de implementação de práticas que realmente contemplem a proposta teórica da desinstitucionalização se explique pelo fato de que outras categorias profissionais atuantes na rede pública de saúde não estejam promovendo uma discussão constante sobre seus fazeres.

Em que medida, por exemplo, temos constatado modificações na atuação dos psiquiatras ou enfermeiros no campo da saúde mental? Até que ponto as práticas desses profissionais têm se ampliado para além da prescrição medicamentosa?

Questões como essas requerem certamente a realização de outras pesquisas. Entretanto, os resultados deste trabalho podem ser indicadores de que as transformações que se deseja produzir com a proposta da Reforma Psiquiátrica dependem do engajamento de todos os profissionais atuantes no campo da saúde pública. O compromisso envolve todas as categorias profissionais, além das próprias instituições formadoras, e não menos, a ação política de construção de um projeto que realmente assegure a saúde como um direito de todos.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (2001). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bandeira, M. (1992). Desinstitucionalização: estão os profissionais de psicologia preparados? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8(3), 373-384.
- Bardin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. (Originalmente publicado em 1977).
- Basaglia, F. (1991, 2ª ed.). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal. (Originalmente publicado em 1986).

- Bassani, E. (1995). A Atuação do psicólogo clínico no serviço de saúde mental da prefeitura de Vitória. Dissertação de Mestrado Não Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Belisário, M. (1992). Saúde mental: o não-lugar do psicólogo. Em Conselho Regional de psicologia / 4ª Região (MG/ES), *Psicologia: possíveis olhares, outros fazeres* (pp. 91-103). Belo Horizonte: Rona Editora.
- Boarini, M. L. (1996). A Formação (necessária) do psicólogo para atuar na saúde pública. *Psicologia em Estudo*, 1(1), 93-132.
- Boarini, M. L. (2002). O psicólogo e a desinstitucionalização. Em M. L. Boarini (Org.), *Desafios na Atenção à Saúde Mental* (pp. 65-77). Maringá: Eduem.
- Botomé, S. P. (1979). A quem nós, psicólogos, servimos de fato? *Psicologia*, 5 (1), 1-15.
- Campos, F. C. B. (1992a). A saúde mental e o processo saúde-doença: a subjetividade na afirmação/negação da cura. Em F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e saúde: repensando práticas* (pp. 41-46). São Paulo: Hucitec.
- Campos, F. C. B. (1992b). O lugar da saúde mental na saúde. Em F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e saúde: repensando práticas* (pp. 47-57). São Paulo: Hucitec.
- Campos, F. C. B. (1992c). Considerações sobre o movimento de reforma dos serviços de saúde mental. Em F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e saúde: repensando práticas* (pp. 59-64). São Paulo: Hucitec.
- Conselho Federal de Psicologia. (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.
- Conselho Federal de Psicologia (1992). *Psicólogo brasileiro: construção de novos espaços*. Campinas: Editora Átomo.
- Conselho Federal de Psicologia. (1994). *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dimenstein, M. (1999). (Des)Caminhos da formação profissional do psicólogo no Brasil para a sua atuação no campo da saúde pública. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, 11(1), 17-25
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121.
- Mello, S. L. (1978). *Psicologia e profissão em São Paulo*, São Paulo: Ática.
- Neves, A. C. F. (1997). *Representações sociais: transformando o estranho (o social) no familiar (a psicanálise)*. Dissertação de Mestrado Não Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Nicácio, F. (1994). *O processo de transformação em saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Noronha, J. C. & Soares, L. T. (2001). A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 45-54.
- Rauter, C. (1995). O psicólogo e sua inserção na área de saúde. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, 7(2/3), 70-74.
- Rotelli, F., Leonardis, O. & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. Em F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (2ª ed., pp. 17-59). São Paulo: Hucitec.
- Santos, N. S., Almeida, P. F., Venâncio, A. T. & Delgado, P. G. (2000). A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20(4), 46-53.
- Silva, R. C. (1992). A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. Em F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e saúde: repensando práticas* (pp. 25-40). São Paulo: Hucitec.
- Spink, M. J. P. (1992). Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. Em F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e saúde: repensando práticas* (pp.11-21). São Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, E. M. (1999). Mundos paralelos, até quando? Em A. M. Jacó-Vilela, F. Jabur, & H. B. C. Rodrigues (Orgs.), *Clio-psyché: histórias da psicologia no Brasil* (pp.121-147). Rio de Janeiro: UERJ/NAPE.

Recebido em 30/10/2003
Aceito em 15/07/2004

Endereço para correspondência: Vanda Valle de Figueiredo. Rua Carlos Moreira Lima, 595/701, Bento Ferreira, CEP 29050-650, Vitória-ES. E-mail: vandavf@hotmail.com