



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CAMPUS DE SOBRAL**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

**BRUNA KÉRSIA VASCONCELOS SANTOS**

**O PSICÓLOGO E O TRABALHO INTERDISCIPLINAR NO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE SOBRAL CEARÁ: UM RELATO  
DE EXPERIÊNCIA**

**SOBRAL**

**2017**

BRUNA KÉRSIA VASCONCELOS SANTOS

O PSICÓLOGO E O TRABALHO INTERDISCIPLINAR NO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE SOBRAL CEARÁ: UM RELATO DE  
EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao curso de Psicologia da Universidade  
Federal do Ceará no Campus de Sobral.

Orientador: Professor Dr. Paulo Henrique Dias  
Quinderé.

SOBRAL

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

S233p Santos, Bruna Kérsia Vasconcelos.  
O psicólogo e o trabalho interdisciplinar no Centro de Atenção Psicossocial do município de Sobral, Ceará : Um relato de experiência / Bruna Kérsia Vasconcelos Santos. – 2017.  
33 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Curso de Psicologia, Sobral, 2017.  
Orientação: Prof. Me. Paulo Henrique Dias Quinderé.

1. Estágio curricular. 2. Centro de Atenção Psicossocial. 3. Práticas interdisciplinares. I. Título.  
CDD 150

---

## RESUMO

Trabalho construído com base no relato de experiência de estágio curricular em Psicologia, no Centro de Atenção Psicossocial - Caps II/ Caps Geral do município de Sobral, Ce. Compreendendo que o Caps é uma unidade de atendimento em saúde mental substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, buscamos resgatar a política de implementação desse serviço, contextualizando com o cenário da época e discutindo sobre a importância do psicólogo na efetivação de práticas interdisciplinares. Sabendo que este é um serviço que visa oferecer aos usuários com sofrimento psíquico grave, cuidados intensivos, práticas de lazer, acolhimento, grupos, psicoterapia, rodas de gestão, ações externas, visitas domiciliares, assembleias de usuários entre outros dispositivos elaborados por uma equipe multidisciplinar, também propomos-nos a elencar e descrever as atividades acompanhadas, refletindo sobre essas práticas e pontuando tanto as condutas assertivas, como os obstáculos ainda enfrentados pelos profissionais e usuários.

**Palavras-chave:** Estágio Curricular, Centro de Atenção Psicossocial, Práticas Interdisciplinares.

## ABSTRACT

Work built based on the report of experience of curricular internship in Psychology, at the Psychosocial Care Center - Caps II / Caps General of the municipality of Sobral, Ce. Understanding that Caps is a mental health care unit that replaces the hospital-centered model, we seek to rescue the policy of implementing this service, contextualizing with the scenario of the time and discussing the importance of the psychologist in the implementation of interdisciplinary practices. Knowing that this is a service that aims to offer users with severe psychological suffering, intensive care, leisure practices, reception, groups, psychotherapy, management wheels, external actions, home visits, user assemblies among other devices elaborated by a multidisciplinary team, We also propose to list and describe the activities followed, reflecting on these practices and punctuating both the assertive behaviors and the obstacles still faced by professionals and users.

**Keywords:** Curricular Internship, Psychosocial Care Center, Interdisciplinary Practices.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|               |   |
|---------------|---|
| <b>CAPS</b>   | Centro de Atenção Psicossocial                                  |
| <b>CRAS</b>   | Centro de Referência da Assistência Social                      |
| <b>CREPOP</b> | Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas |
| <b>CSF</b>    | Centro de Saúde da Família                                      |
| <b>NAPS</b>   | Núcleo de Atenção Psicossocial                                  |
| <b>RAISM</b>  | Rede de Atenção Integral à Saúde Mental                         |
| <b>RAPS</b>   | Rede de Atenção Psicossocial                                    |
| <b>UFC</b>    | Universidade Federal do Ceará                                   |

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO.....   | 8  |
| 1.1 Aproximação com o Tema .....   | 8  |
| 1.2 Trabalho do psicólogo no Caps .....  | 9  |
| 1.3 Política de Saúde Mental .....   | 10 |
| 2. OBJETIVOS.....  | 12 |
| 2.1 Geral .....  | 12 |
| 2.2 Específicos.....   | 12 |
| 3. METODOLOGIA.....  | 12 |
| 3.1 Tipo de Estudo.....  | 12 |
| 3.2 Caracterização do Campo de Estudo .....  | 13 |
| 3.3. Análise .....   | 15 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....  | 16 |
| 4.1 Acolhimento como primeiro passo para o trabalho interdisciplinar no Caps.....      | 16 |
| 4.2 O psicólogo no Caps: interdisciplinaridade e a articulação com outros setores..... | 19 |
| 4.3 O trabalho grupal do psicólogo na produção do empoderamento dos usuários .....     | 23 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 27 |
| 6. REFERÊNCIAS .....   | 29 |
| APÊNDICES .....  | 33 |
| APÊNDICE A: .....  | 33 |

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Aproximação com o Tema

O estágio de psicologia da Universidade Federal do Ceará com ênfase em Processos Psicossociais e Construção da Realidade, nos proporcionou vivenciar no período de agosto de 2016 a janeiro de 2017 atividades promovidas no Caps II/ Caps Geral do município de Sobral, Ce.

A Saúde Mental se tornou um tema pertinente no nosso percurso acadêmico a partir do quarto semestre, quando em algumas disciplinas foram abordados aspectos da Reforma Psiquiátrica, movimentos da luta anti-manicomial e exposto o caso de Damião Ximenes Lopes. Diante disso, norteadas pela teoria psicanalítica, textos, disciplinas, visitas de estágio básico nas políticas públicas e pós-graduação em Saúde Mental, optamos pela experiência de estágio opcional no Centro de Atenção Psicossocial, para conhecer e contribuir com um serviço eficiente e acessível à população.

Durante esse período houve momentos valiosos de troca de experiências e conhecimento partilhado nas supervisões com professor Paulo Henrique Dias Quinderé, além de, no dia a dia acompanhar a atuação da psicóloga do serviço, Karla da Silva Machado que enriqueceu enormemente minhas percepções dessa vivência.

A experiência no desenvolvimento das atividades de estágio possibilitou um crescimento profissional e pessoal, sendo um momento privilegiado da graduação, onde pudemos vislumbrar e ensaiar a atuação do psicólogo nas políticas públicas, proporcionando o contato com diversos profissionais e dispositivos que buscam o resgate do respeito e da cidadania do portador de sofrimento psíquico grave.

No final desse processo cumprimos 112 horas práticas, 16 horas de supervisão e 22 horas de estudo orientado, num total de 160 horas, incluindo leitura de artigos e discussões com supervisor e preceptor. Nesses encontros, pudemos perceber a sinergia entre os profissionais, a abertura para o diálogo e uma dinâmica que ultrapassa os campos de cada saber. Pois, o Caps busca ser uma rede de cuidado interdisciplinar, de promoção do protagonismo dos usuários, adesão da família, fortalecimento de vínculos e uma aproximação com o território.



## 1.2 Trabalho do psicólogo no Caps

Na década de 80 ocorreu uma considerável inserção de psicólogos na saúde, com a implantação da política de desinstitucionalização e da expansão da rede de serviços substitutivos de saúde mental. A psicologia da saúde era um campo ainda em construção, que estava inserido em equipes de saúde mental composta por outros profissionais (SPINK, 2003).

Para Sales e Dimenstein (2009), a psicologia faz parte de uma categoria profissional que está vinculada ao campo da reforma psiquiátrica, dessa maneira, as atividades de suporte terapêutico buscam promover a liberdade, o exercício da cidadania, interação com os diferentes e outros espaços que propicie cuidado.

Mediante isto, acompanhamos diversas atividades no serviço, que em comum visavam um trabalho interdisciplinar, porém, nem todas conseguiam sair do campo de cada saber e efetivar diálogo que promovesse algo além de um trabalho multi. As atividades que mais se aproximavam de um trabalho interdisciplinar eram as oficinas em grupos, assembleias, visitas, roda de gestão, acolhimento e matriciamento, que tinham como propósito conhecer o usuário, promover cuidado, autonomia e fortalecimento de vínculo.

O psicólogo passeia por todos esses dispositivos, mas são inúmeras as dificuldades enfrentadas, uma delas é uma formação ainda de enfoque clínico e as dificuldades para manter-se nela é devido ao grande número de profissionais já atuando na área, alto custo para iniciar uma carreira clínica, instabilidade e um retorno financeiro às vezes tardio. Dessa forma, uma alternativa a clínica foi o a abertura para atuação desses profissionais nas Políticas Públicas.

Os dados abaixo demonstram que uma das principais estratégias adotadas para lidar com os déficits da formação profissional em psicologia nos serviços de saúde mental, apesar da procura ainda ser maior por dispositivos de estudo em clínica, é significativa a busca por cursos de especialização, pós-graduação que discuta e estude os princípios do movimento antimanicomial.

Segundo uma pesquisa feita pelo Conselho Regional de Psicologia (2013), realizada com 382 psicólogos sobre a atuação desses profissionais no Caps, identificou-se que 71,1% desses profissionais têm pós-graduação, sendo 81,3% especialização *Latu-sensu* e 59% é da área da Psicologia Clínica; 16,1% exercem atividade docente; 30,8% realizaram pesquisa científica sobre o tema.

Sobre a atuação profissional foi identificado que esses profissionais atuavam em diferentes modalidades de atendimento, onde 43,2% trabalhavam em Caps I, 32,5% em Caps II; 13,4% em Caps ad; 7,9% em Capsi e 3,1% em Caps III. Quanto ao tempo de atuação, 38,1% atuavam no Caps há menos de dois anos; 85,3% trabalham em organizações públicas; 39,4% têm vínculo de trabalho regido por estatuto de servidores públicos.

Destaca-se como dado importante para a citada pesquisa, a identificação de que apenas 33,1% do total, embasam seu trabalho na Política Nacional de Saúde Mental, 35,5% desenvolvem atividades de assistência/tratamento psicológico; 88% trabalham em conjunto com equipe multiprofissional reduzida; 52,7% utilizam frequentemente entrevistas como recurso de trabalho.

Nesse serviço, o psicólogo pode estar atuando individualmente em psicoterapia, acolhimento e como técnico de referência; em equipe ele desenvolve oficinas, grupos, matriciamento, ações externas, visitas, assembleia, roda de gestão e discussão de casos. No Caps o trabalho do psicólogo é realizado muitas vezes em conjunto com profissionais da equipe multiprofissional que compõe o serviço e algumas vezes envolve o trabalho com profissionais de outros setores.

Desse modo, a partir desse trabalho buscamos nos interrogar sobre como vem se dando a prática do psicólogo no Caps? Quais as atividades que esse profissional realiza? Essa prática ainda se pauta num modelo individualizado? Quais as dificuldades de se implementar um trabalho interdisciplinar? Quais as diferenças de atuação em relação à prática clínica tradicional?

### **1.3 Política de Saúde Mental**

Segundo a cartilha do Crepop (2013), no processo de implantação da reforma psiquiátrica até o ano de 2010 haviam sido fechados 32.735 leitos em Hospitais Psiquiátricos no Brasil. Desse modo, os Caps devem buscar oferecer além da atenção à crise, um espaço de convivência e criação de redes de relações que ultrapassem as fronteiras da instituição, atingindo o território da vida cotidiana dos usuários.

Pois, de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, os serviços substitutivos devem ter a missão de superar o paradigma manicomial, direcionados por novas

bases e valores éticos que venham a produzir uma nova forma de convivência solidária e inclusiva.

A portaria GM/MS nº 3.088/2011 –, preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Impacta diretamente a estrutura da Rede de atendimento da Saúde Mental. Pois, as Raps passam a ser formadas por sete componentes da Rede de Saúde, desde a Atenção Básica, passando pela Atenção Psicossocial Especializada, a Urgência e Emergência e a Atenção Residencial de Caráter Transitório. São compostas pelos componentes da Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial.

Entretanto, até que ponto estas diretrizes estão sendo efetivadas? A cobrança por resultados, em números de visitas, acolhimentos, encaminhamentos, diminuição de internação, falta de supervisões vão muitas vezes, na contramão das possibilidades que são dadas aos técnicos inseridos no serviço, com estrutura física precária, salários defasados e profissionais desmotivados.

A atual política ainda prevê a implantação de diferentes tipos de Caps, O Caps I é instalado em cidades de pequeno porte, para atender os casos com transtorno mentais severos, atendendo durante o dia. O Caps II é para cidades de meio porte, tem o mesmo objetivo que o Caps I, e atende, somente, durante o dia. O Caps III oferece serviço integral, nas grandes cidades. O Caps i são serviços para crianças e adolescentes, nas cidades de meio porte e o atendimento é feito durante o dia. Já o CAPs ad oferece serviços para pessoas que enfrentam problemas com álcool e drogas e o Caps ad III oferece serviço em cidades acima de 200 mil habitantes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo dados de 2012 do Ministério da Saúde, existem no Brasil 822 Caps I; 431 Caps II; 63 Caps III; 272 Caps ad, 149 Caps i e 5 Caps ad III constituindo um total de 1742 serviços. A respeito da constituição do primeiro Caps no Brasil, afirma Goldberg: “A expectativa dos profissionais dessa instituição era oferecer um cuidado personalizado aos pacientes, com a complexidade que cada caso requer, por períodos tão longos quanto o tipo da evolução de sua doença exigisse e sem afastá-los da família e da comunidade” (GOLDBERG, 1998, p.12).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Objetiva-se através deste trabalho refletir sobre as experiências de estágio no Caps Damião Ximenes Lopes.

### **2.2 Específicos**

- Descrever as atividades acompanhadas;
- Discutir o trabalho interdisciplinar do psicólogo no Caps;
- Elencar as dificuldades e os pontos assertivos da atuação desse profissional no serviço.

## **3. METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de Estudo**

No decorrer da vivência utilizamos um diário de campo para coleta de dados e impressões das atividades executadas, com base na técnica da observação participante. Contamos também como fonte de pesquisa: Guias, Cartilhas do Ministério da Saúde e artigos relacionados ao Caps nos sites de trabalhos acadêmicos: Pepsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e Scielo ([Scientific Electronic Library Online](#)).

Para Martins (1996), uma das características da observação participante é a convivência do pesquisador com o indivíduo ou grupo estudado, essa circunstância cria condições favoráveis para que o processo de observação seja orientado e permita a compreensão de comportamentos, que de outro modo não seriam atingíveis. De acordo com a utilização da técnica de observação participante, Minayo (1999) relata que ela permite o conhecimento face a face dos participantes, tendo o diário de campo como seu complemento, possibilitando que as análises finais possam ser enriquecidas com dados que passariam alheios pelo pesquisador (TRIVIÑOS, 1987).

Logo, a escolha desse instrumento foi para evitar que informações passassem despercebidas, uma vez que, um dos objetivos deste trabalho é elencar e problematizar as impressões sobre as experiências assertivas e as dificuldades durante esse período de estágio, com uma metodologia que se aproxima de uma prática cartográfica.

Dessa forma, a escolha do Diário de campo, como instrumento de pesquisa consiste na possibilidade de uma análise mais ampla, por permitir um revisitar a experiência e provocar uma análise das implicações. Para Passos, Kastrup, Benevides (2015), há uma inseparabilidade entre conhecer e fazer, entre pesquisar e intervir, para eles toda pesquisa é intervenção e o diário de campo é um instrumento que ganha função de dispositivo disparador de desdobramentos da pesquisa.

Assim, a partir das inquietações nesses dispositivos, foram definidos que esse trabalho seria construído a partir dos diários de campo confeccionados nos dias dia 03/10/16, 09/10/16 e 29/11/16 onde estivemos acompanhando o acolhimento, dia 19/10/16 que estivemos em psicoterapia, 16/09/16 quando estivemos em ações externas e matriciamento, 29/09/16 na roda de gestão, 20/10/16 em visita domiciliar, 07/12/16 na assembleia dos usuários e dos dias 16/09/16 a 13/12/16 em grupos.

### **3.2 Caracterização do Campo de Estudo**

Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado durante o estágio opcional no Caps Damião Ximenes Lopes, que está localizado na cidade de Sobral, na Rua Maestro José Pedro, número 275. O contexto para elaboração desse serviço se dá a partir do declínio da ditadura militar entre os anos 70 e 80, quando o Brasil passa por importantes transformações, englobando vários setores. Nesse período os movimentos sociais de minorias discriminadas reivindicam aspectos relativos à discriminação de gênero, raça e etnia, ecologia, violência e direitos humanos, exigindo do Estado condições para o desempenho de sua cidadania (FERREIRA, 2007).

Em consequência destes movimentos foi efetuada a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a articulação da I Conferência Nacional de Saúde Mental onde foram apresentadas denúncias sobre a violência e os maus tratos que os internos dos hospitais psiquiátricos estavam expostos e foi exigido a Reforma Psiquiátrica, propondo uma nova Política de Saúde Mental no Brasil, descentralizando o tratamento em hospitais psiquiátricos.

Nessa conjuntura, de acordo com SÁ *et al* (2007) o município de Sobral com a Casa de Repouso Guararapes, criada em 1974, foi palco de uma série de críticas pelo descaso com os pacientes. Nesse dispositivo predominava o modelo hospitalar manicomial, privando o paciente do convívio em sociedade, internamentos inadequados e diversas denúncias de

maus tratos, onde em outubro de 1999, o episódio da morte do paciente Damião Ximenes Lopes ocasionou a desvinculação do dispositivo ao SUS.

Em contrapartida a esse cenário, em 04 de abril de 2001 a lei Federal Nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2004).

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. (IBID, p.19)

Depois do fechamento do manicômio, criou-se a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental que se fundamenta nos princípios gerais do movimento brasileiro de Reforma Psiquiátrica, destaca-se no cenário nacional pela implementação e criação de políticas e técnicas baseadas numa concepção não manicomial das práticas terapêuticas, almejando a reinserção desses indivíduos no meu social (SÁ et al, 2007).

De acordo Marinho (2004) apud Quinderé e Tófoli (2007, p. 63), a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental é composta pelos seguintes dispositivos: Caps Geral, Caps AD, Serviço Residencial Terapêutico, Ambulatório de Psiquiatria do Centro de Especialidades Médicas e Ala de Internações Psiquiátricas no Hospital Geral Dr. Estevão. Totalizando onze psicólogos atuando na Rede e distribuídos entre assistência, preceptorias, tutorias e gestão.

O Centro de Atenção Psicossocial é um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004). No município de Sobral o Caps Damião Ximenes Lopes, inaugurado em novembro de 1999, a partir da implantação de um ambulatório de psiquiatria com equipe multiprofissional, busca valorizar os diferentes saberes e práticas, visando também à elaboração de estratégias e ações interdisciplinares e intersetoriais (SÁ et al, 2007).

Esse serviço atualmente dispõe de 52 funcionários, 8 residentes (3 da residência de psiquiatria e 5 da residência multiprofissional) e 9.206 usuários cadastrados. A instituição funciona de segunda a sexta de 8 horas às 12 horas e de 14 horas às 18horas.

### 3.3. Análise

A partir dos objetivos e dos dados empíricos obtidos nas anotações do diário de campo, pudemos confeccionar as seguintes categorias analíticas a serem discutidas: Acolhimento como primeiro passo para o trabalho interdisciplinar no Caps; O psicólogo no Caps: interdisciplinaridade e a articulação com outros setores; O trabalho grupal do psicólogo na produção do empoderamento dos usuários, como detalhado abaixo:

- **Acolhimento como primeiro passo para o trabalho interdisciplinar no Caps** - “A primeira atividade realizada no serviço foi acompanhar o acolhimento com a preceptora”, “Por alguns instantes durante o acolhimento, a psicóloga teve que ir ao encontro do psiquiatra para lhe mostrar a receita da paciente” (Anotação diário de campo, 08 de setembro de 2016), “[...] Após a recepção, feita a escuta e a discussão do caso com o psiquiatra do serviço, foram prescritas algumas medicações e decidido em conjunto com a psicóloga [...]” (Anotação diário de campo, 19 de outubro de 2016).

- **O psicólogo no Caps: interdisciplinaridade e articulação com outros setores** - “[...] duas atividades de Ação Externa promovidas pelo serviço, uma no Cras Dom José no dia dezesseis de setembro e outra no Csf da Coelce... em ambos foram abordados a temática do suicídio. Essas Ações foram realizadas pela psicóloga em conjunto com a educadora física e um residente da residência multiprofissional” (Anotação diário de campo, 26 de setembro de 2016).

- **O Trabalho grupal do psicólogo na produção do empoderamento dos usuários** - “[...] nas assembleias dos usuários existe uma abertura para o sujeito expor suas percepções em relação às atividades realizadas pelo serviço, discutir outras formas de cuidado viáveis para sua realidade e produzir encaminhamento”, “[...] as principais queixas relatadas pelos usuários foram: falta de medicação, falta de manutenção do carro do serviço, escassez de lanche e burocracia nos processos de medicação de alto custo, foram pautas comuns expostas pelos participantes da assembleia.” (Anotação diário de campo, 07 dezembro de 2016), “[...] na realização do planejamento de grupo, que ocorre em conjunto com o grupo de família, buscamos discutir sobre as queixas relatadas pelos usuários e familiares... postura, adesão e empenho nas atividades... buscando abarcar temáticas que tenham relação com as dificuldades enfrentadas entre um e outro, mas que também nos permitam acessar a singularidade de cada sujeito” (Anotação diário de campo, 07 de outubro de 2016).

Assim, o recorte das anotações do diário de campo deram subsídios para a sustentação e aprofundamento das respectivas categorias, listadas acima. Mediante a observação participante das atividades e anotações em diário de campo levantamos os principais temas a serem discutidos ao longo deste trabalho.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **4.1 Acolhimento como primeiro passo para o trabalho interdisciplinar no Caps**

No Caps, a partir da boa relação e sinergia entre os profissionais, tivemos abertura e autonomia para acompanhar diversas atividades do serviço. Baseada nessa experiência, nossos objetivos se detiveram em descrever as atividades vivenciadas e discutir sobre dois temas que chamou nossa atenção durante esse período de estágio. Foram eles o trabalho interdisciplinar do Psicólogo no serviço e a gestão de trabalho do Psicólogo em Saúde Mental. Estes temas surgiram das observações e anotações em diário de campo, onde a perspectiva do trabalho desse profissional no Centro de Atenção Psicossocial se configura de maneira distinta do que é comumente proposta na formação.

“A primeira atividade realizada no serviço foi acompanhar o acolhimento com minha preceptora”, “percebeu-se que as principais demandas que chegavam ao serviço eram em busca de renovação de receita e marcação de consulta” (Anotação do diário de campo, 08 de setembro de 2016).

Nos primeiros encontros, fui tomada pela sensação de insegurança e medo diante a tarefa de acompanhar e ajudar a psicóloga a otimizar o serviço. Durante esse processo, houve um acolhimento que foi bastante inquietante, era o caso de uma paciente que procurava o Caps pela primeira vez, do sexo feminino, casada e com um pouco mais de vinte anos. Sua queixa era parestesia, ansiedade e paralisia facial. No quesito clínico, eu estava segura em relação às causas daqueles sintomas, mas não conhecia nenhum fármaco necessário para cessá-los.

Por alguns instantes durante o acolhimento, a psicóloga teve que ir ao encontro do psiquiatra para lhe mostrar a receita da paciente, dessa maneira, permaneci na sala com a paciente, ela continuou a relatar sobre suas queixas, sendo que, no final, me perguntou quais os efeitos que determinadas medicações iriam lhe causar. Minha reação diante da falta de conhecimento sobre o assunto foi pedir para que ela aguardasse o retorno da Psicóloga, que esta lhe detalharia sobre isso.



Nessa circunstância, percebi o quanto a graduação deixa a desejar nesse aspecto, pois a compreensão dos efeitos que algumas medicações causam é essencial para entender a maneira que o paciente se relaciona em sociedade. Pois, de acordo com a Carta dos direitos dos usuários de saúde “Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos” (Rede HumanizaSus, p.11, 2011).

No entanto, até que ponto o trabalho técnico nesses dispositivos estão resguardados para um tratamento eficaz e acolhedor? E nas discussões de casos, na maioria das vezes com o médico psiquiatra, se configura como um trabalho interdisciplinar ou uma atuação multidisciplinar? Dado que cada um atua a partir dos seus referenciais disciplinares, dessa forma, consideramos o acolhimento um espaço institucional propício para que este tipo de trabalho interdisciplinar seja realmente efetivado, pois há possibilidade de acompanhamento e discussão do caso assistido, sobre a ótica de vários campos de saber. Além de permitir a construção de um plano terapêutico que agregue as variadas disciplinas de conhecimento.

Percebemos, portanto que há no acolhimento por parte dos usuários uma busca por marcação de consultas médica. Observamos que embora o serviço tenha uma perspectiva multiprofissional, a assistência parece ainda centralizada no profissional médico, como ilustradas abaixo:

“Por alguns instantes durante o acolhimento, a psicóloga teve que ir ao encontro do psiquiatra para lhe mostrar a receita da paciente” (Anotação diário de campo, 08 de setembro de 2016),

[...] Após a recepção, feita a escuta e a discussão do caso com o psiquiatra do serviço, foram prescritas algumas medicações e decidido em conjunto com a psicóloga [...]” (Anotação diário de campo, 19 de outubro de 2016).

Depois de realizada a escuta, do retorno da psicóloga e dada à devolutiva para paciente, conversei com a profissional sobre essa dificuldade encontrada, pois na graduação não tive nenhuma disciplina dedicada a estudar fármacos e nem procurei outros meios de conhecer esse campo. Ela, porém, me tranquilizou, relatando que aquela dificuldade era comum, mas com o tempo eu iria assimilar as principais medicações e seus efeitos, por conta da frequente repetição nos relatos dos pacientes.

No decorrer dos encontros, fui me adaptando ao intenso fluxo do dispositivo, que apesar do pouco tempo para dedicar ao paciente que chegava ao serviço, havia um maneja e

uma escuta eficaz da psicóloga, concomitante com os outros profissionais, para, interdisciplinarmente discutirem o caso. De acordo com Gattás e Furegato (2006), a prática da interdisciplinaridade é entendida como uma conduta profissional que abrange a capacidade e vontade de cooperação, diálogo, respeito à diversidade, abertura para o outro, humildade entre outros aspectos (NUNES *et al*, 2008).

Compreendendo o acolhimento como um dispositivo de porta de entrada no serviço, sendo responsabilidade do técnico que esteja atuando nele, recepcionar o usuário, ouvir sua queixa, promover resolutivas e buscar articular com outros serviços de saúde (BRASIL, 2004), atuar nele foi uma tarefa desafiadora, que se converteu em uma experiência importante para minha formação e para o meu contato com pessoas com sofrimento psíquico grave, desde a forma de recepcionar, encaminhar, até as ponderações em decidir sobre necessidade de internação ou não daqueles sujeitos.

Em outro momento, acolhemos uma jovem de quinze anos, que veio acompanhada da mãe, com queixa de autoflagelação, insônia, relatando ouvir vozes, com comportamento agressivo, relacionamentos indesejados e histórico de duas internações em leito psiquiátrico. Chegou ao serviço com alguns cortes superficiais no braço e com uma boneca a tiracolo.

Nessa circunstância, entendendo o Acolhimento como um dispositivo que se propõe a:

prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (BRASIL, 2010, p. 21).

Após a recepção, feita a escuta e a discussão do caso com o psiquiatra do serviço, foram prescritas algumas medicações e decidido em conjunto com a psicóloga, e lançada à proposta para a usuária, em encaminhá-la para Psicoterapia. Nessa conjectura, apesar de já estar realizando estágio clínico em outro serviço, a Psicoterapia nesse caso específico foi fatigante, pois a usuária se comportava de forma agitada durante a sessão, chorava muito e pedia constantemente para ser internada.

Dessa forma, depois de debatido com outros profissionais sobre o caso, decidimos que também deveríamos promover momentos de escuta com a mãe da adolescente. Partindo da compreensão que o Caps é:

um serviço de referência, aberto e comunitário de tratamento para as pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos Caps é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (MINISTERIO DA SAUDE, 2004, p. 13).

A Psicoterapia é um dispositivo utilizado no serviço pra contribuir com essa rede de cuidado e de promoção de autonomia. Apesar de só ter acompanhado uma sessão, pude perceber a importância do atendimento individual, quando necessário, percebendo que ele propicia um contato maior e mais elaborado entre técnico e usuário, promovendo um espaço de escuta semanal para a elaboração das queixas e conscientização da importância do tratamento.

Toda intervenção para cuidado do sofrimento humano em uma interação emocional-racional é terapêutica. Toda relação profissional de saúde-paciente é terapêutica em si. O paciente busca sempre, no profissional de saúde, escuta, acolhimento, suporte e esclarecimento (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009, p. 210).

#### **4.2 O psicólogo no Caps: interdisciplinaridade e a articulação com outros setores**

Durante o estágio, acompanhei duas atividades de Ação Externa promovidas pelo serviço, uma no Cras Dom José, no dia dezesseis de setembro e outra no Csf da Coelce, no dia vinte e nove de setembro. Em ambos foram abordados a temática do suicídio. Essas Ações foram realizadas pela psicóloga em conjunto com a educadora física, a psicopedagoga e um residente da residência multiprofissional, na atividade foi executada uma breve peça teatral, enfatizando o sofrimento das pessoas que tentaram ou possuem pensamentos de morte, além de elencado a importância da família nesse contexto.

Essa vivência ocorreu durante a campanha do Setembro Amarelo, promovida pelo Ministério da Saúde, que propiciou intensos e produtivos diálogos com a comunidade, com objetivo de promover saúde e inclusão social, através de uma prática interdisciplinar de compartilhamento de saberes, que busca proporcionar um ambiente favorável de abertura ao diálogo entre comunidade e profissionais.

Nessas atividades elaboramos dois cartazes, um com palavras “felizes/boas” outro com palavras “feias/ruins” que são ditas para pessoas que se sentem deprimidas ou que relatam sentir desejo de findar a vida. Posteriormente, abordamos as consequências dessas palavras no estado emocional dos indivíduos com “pensamento de morte” e promovemos

momentos de fala aos participantes, oportunizando instantes de compartilhamento de técnicas de cuidado, que propiciasse compreender o sofrimento desses sujeitos e minimizá-lo.

Foram atividades bastante proveitosas, pois, após sua realização, algumas pessoas vieram nos procurar pra saber mais sobre a temática abordada. Desse modo, percebemos que os objetivos da realização das atividades foram alcançados, pois foram perceptíveis a sensibilização e inquietação do público com o tema.

No mesmo dia da Ação sobre Suicídio no Csf da Coelce, acompanhei uma breve discussão do que seria o Matriciamento. Nessa experiência, percebi que este dispositivo se configura não só em uma estratégia de discussão de casos, mas em uma nova lógica de produção do processo de trabalho, onde um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Propiciando o manejo pedagógico, pensar novas possibilidades de cuidado, discutir altas dos usuários e pensar ações de saúde mental no território.

No encontro, as principais temáticas abordadas foram sobre altas de pacientes, reincidência de usuários e casos que a equipe não estava dando conta na atenção primária. As discussões aconteceram na presença da psicóloga e psicopedagoga do Caps em conjunto com algumas profissionais do Csf da Coelce (médica, psicóloga, agentes de saúde, enfermeiras, técnicas de enfermagem e agente administrativa), todas relatando suas dificuldades e buscando visualizar alternativas de intervenção.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), o Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner, tem estruturado um novo tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária. A Cartilha sobre o Matriciamento elenca que esse dispositivo deve abarcar:

informações sobre a pessoa, a família e o ambiente, problema apresentado no atendimento, nas palavras da pessoa, visão familiar, opinião de outros, história do problema atual, início, fator desencadeante, manifestações sintomáticas, evolução, intervenções biológicas ou psicossociais realizadas, compartilhamento do caso (referência e contrarreferência), configuração familiar (genograma), vida social, participação em grupos, participação em instituições, rede de apoio social, situação econômica, efeitos do caso na equipe interdisciplinar e formulação diagnóstica multiaxial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 21).

Dessa forma, o Matriciamento se constitui em um exercício de rede, um instrumento de transformação não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade da equipe em relação a sua prática em comunidade.

Outro dispositivo importante para compreender os aspectos que influenciam a vida do sujeito, é a Roda de Gestão. Uma das atividades mais assertivas do serviço. É através da sua execução que todos os profissionais e técnicos se reúnem para pensar estratégias, promover o fortalecimento de vínculos e a eficiência na promoção de cuidado. Executando um trabalho interdisciplinar com planejamento de ações intersetoriais e discussão de alternativas de tratamento.

Para Costa Neto (2000), é imprescindível que se estabeleça um novo nexos entre os profissionais de saúde,

[...] diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade [...] requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe (IBID, p. 9).

Compreendendo a interdisciplinaridade como consequência de um olhar plural, de trabalho conjunto e integral das ações de saúde. A Roda se configura em uma importante diretriz ao pensar na proposta de rever conceitos, apreender diferenças e fortalecer a transformação da saúde. É um espaço para refletir sobre o cotidiano dos serviços e sobre o processo de trabalho, buscando potencializar a capacidade de análise desses sujeitos sobre suas práticas (CAMPOS, 2000).

Nesse espaço as observações e alternativas de cuidado entre os profissionais tem o mesmo mérito, pois todos fazem parte do contexto terapêutico que o usuário está inserido, podendo dessa forma, relatar experiências que possam ajudar na compreensão de determinados comportamento e na oferta de outras formas de cuidado.

Para Campos (2000), a Paidéia ou Método da Roda sugere uma produção de saúde horizontal, sendo, para tanto, bastante relevante um ambiente de sujeitos críticos, trabalhando em conjunto, refletindo sobre as potencialidades e vulnerabilidades, buscando ampliar as possibilidades de intervenção. Um método que se caracteriza na maneira de atuar coletivamente, proporcionando o profissional a voltar-se para seu fazer. Pois, ao compreender seu processo de trabalho, o ambiente que está inserido, pensar sobre suas ações e buscar

intervir quando necessário, possibilita novas táticas, a partir de diferentes pontos de vista, instigando a criatividade, inquietações e alternativas em grupo.

Compreendido isto, no encontro de Roda no mês de setembro, quando ainda estava sendo trabalhada a temática do suicídio, os profissionais e técnicos se dedicaram a discutir a respeito das informações que haviam chegado sobre a existência de alguns grupos nas redes sociais, composto por adolescentes do município, que se dedicavam a tirar dúvidas e estimular a prática do suicídio.

Depois de levantadas e discutidas informações, foram apresentadas sugestões e feito alguns encaminhamentos. Um deles foi intensificar ações nas escolas e nas comunidades sobre o tema. Dessa forma, pude compreender a importância em acessar o território e entender o meio que esses sujeitos estão inseridos, para, a partir disso, nortear as ações do serviço.

Logo, outro dispositivo importante para compreensão do contexto no qual o usuário está inserido, é a Visita Domiciliar. Segundo Mattos (1995) consiste no conjunto de ações de saúde pensadas para o cuidado, tanto educativo quanto assistencial. Desse modo, elas têm facilitado o diálogo entre serviço e usuário, a partir da aproximação com o território, proporcionando ao profissional perceber as possibilidades e fragilidades que este dispõe.

Durante o período de estágio, participei de duas visitas, ambas no Bairro Caiçara, no dia vinte de outubro. Elas foram motivadas pela dificuldade da adesão desses usuários ao tratamento. Portanto, a execução desse serviço se deu em conjunto com a assistente social, que inicialmente, se portou do caráter investigativo e acabou dificultando o acesso a esses sujeitos. Pois, de acordo com Gargarano (2004), na visita domiciliar os profissionais devem se libertar de seus preconceitos, repensarem criticamente seus pontos de vista, crenças e condutas, para a compreensão do outro.

Dessa forma, a partir do manejo da psicóloga, buscando se distanciar da posição de saber e julgamentos sobre aqueles indivíduos, conseguimos entrar na residência, verificar o contexto no qual aqueles sujeitos estavam inseridos, dialogamos sobre os motivos que provocavam a não adesão ao tratamento e por fim, buscamos inserir novamente eles na rede, articulando o atendimento de acordo com suas necessidades.

### 4.3 O trabalho grupal do psicólogo na produção do empoderamento dos usuários

Mensalmente no Caps ocorre a Assembleia dos Usuários, um dispositivo que promove o exercício da autonomia desses sujeitos. Um espaço que eles podem expor suas percepções em relação às atividades realizadas, discutir outras formas de cuidado viáveis para sua realidade e produzir encaminhamento que lhes possibilitem serem sujeitos ativos na adesão e condução do tratamento.

“Nas assembleias dos usuários existe uma abertura para o sujeito expor suas percepções em relação às atividades realizadas pelo serviço, discutir outras formas de cuidado viáveis para sua realidade e produzir encaminhamento” (Anotação diário de campo, 07 dezembro de 2016).

Assim, em concordância com Bontempo (2009), que relata que a palavra assembleia é de origem grega e consiste em chamar, convocar, reunir para determinada finalidade. Este dispositivo almeja, além de coletar demandas e fazer encaminhamentos, empoderar os usuários, a partir de ações possam “(...)incluir os pacientes na gestão do cotidiano institucional, oferecendo espaço para que possam co-responsabilizar-se pela administração do espaço que utilizam e pelo tratamento que recebem (...)” (CAMARGO, 2004, p. 111).

Particpei apenas de uma sessão geral dos Caps (Geral e AD), que ocorreu no dia sete de dezembro. Nessa ocasião as principais queixas relatadas pelos usuários foram:

“falta de medicação, falta de manutenção do carro do serviço, escassez de lanche e burocracia nos processos de medicação de alto custo, foram pautas comuns expostas pelos participantes da assembleia.” (Anotação diário de campo, 07 dezembro de 2016).

Essas foram pautas comuns expostas pelos participantes da assembleia. Dessa forma, percebi que a principal vantagem desse dispositivo é instigar os usuários a se apoderarem das suas demandas e cobrar alternativas de cuidado em consonância com sua realidade.

Embora a conformação do grupo na assembleia dos usuários seja um ponto de partida para a construção do empoderamento destes, revela também a escassez de recursos voltados para esta população. No contexto de modelo econômico capitalista o louco é visto como alguém improdutivo que não dá lucro e por isso não precisa se investir nestas pessoas.

Esse modelo disputa perversamente com estes espaços de construção coletiva. Numa perspectiva capitalista, os espaços valorizados são os espaços individuais em detrimento as organizações coletivas. Portanto, ao mesmo tempo em que estes formatos grupais de assembleia são potentes para a construção de autonomia e fortalecimento das

identidades grupais eles também são muito pouco investidos e estimulados dentro dos serviços de saúde.

Portanto, em alguns momentos constatamos que os grupos nestes espaços são subutilizados e pouco potentes. Em alguns momentos ocorrem destituídos de sentido e sem objetivos. Pois, de acordo com Schrank; Olschowsky (2008), o Caps favorece mudanças na mediação do cuidado, como a de possibilitar que o doente mental permaneça no convívio com sua família, desde que este convívio seja propício para ambos. Para isso, o serviço deve estar inserido numa rede articulada de apoio e corresponsabilidade constante, com o objetivo de inserir a família nas ações da rede e possibilitar o convívio entre eles.

Segundo o mesmo autor,

a família, entendida como uma unidade de cuidado, necessita de apoio profissional para orientá-la e fornecê-la, quando esta se encontra em um estado de fragilidade. Sendo assim, o tratamento não se restringe a medicamentos e eventuais internações, mas, também a procedimentos que visem a uma reintegração familiar, social e profissional, bem como a uma melhoria na qualidade de vida, tanto do doente quanto de seus familiares (p. 127).

Dessa maneira, percebemos que as práticas em grupo empenham-se na busca por um cuidado que abarque esses outros agentes envolvidos no tratamento. Dessa forma, o Caps, através de um trabalho interdisciplinar, promove a realização de grupos que se propõem a acolher o sofrimento dos sujeitos que convivem com portadores de sofrimento psíquico grave.

Um desses grupos é o grupo de família, mediado pela psicopedagoga do serviço em conjunto com estudantes da graduação do curso de psicologia da Universidade Federal do Ceará, é um grupo quinzenal, sem público fixo, que geralmente é frequentado por familiares de usuários do serviço.

No Caps acompanhei dois encontros do grupo de família, entre os dias dezesseis de setembro e catorze de outubro. No primeiro encontro trabalhamos com a temática do suicídio. Exponamos vídeos, realizamos dinâmicas e uma Roda de conversa sobre o tema. No outro encontro, a temática foi o Dia Mundial da Luta Antimanicomial, onde foi apresentado trechos do filme *Nise – Coração da Loucura* de Roberto Berliner e foram discutidas as percepções e a importância da família no tratamento. Durante a apresentação do filme, alguns participantes se emocionaram e recordaram como funcionava os serviços de saúde que se prestavam a “cuidar” do “doente mental”.

Para o Ministério da Saúde (2011), o trabalho por meio de grupos é uma forma de identificação e reinserção do doente na comunidade, que tem como objetivos principais:



educar quanto ao transtorno, mostrar a importância do tratamento e promover a discussão de problemas trazidos pelos integrantes do grupo.

Dessa maneira, o principal objetivo desse grupo consiste em promover um espaço interdisciplinar de escuta e cuidado a esses familiares, procurando discutir as responsabilidades do serviço, da família e do usuário, buscando trabalhar em conjunto para um tratamento eficaz e humanizado, a partir de uma maior diversidade de profissionais que buscam possibilitar o enfrentamento nas dificuldades da relação cuidador/usuário.

Outro grupo realizado no serviço é o de crianças, mediado também por estudantes do curso de psicologia da Universidade Federal do Ceará, além de uma estudante de massoterapia de uma escola técnica do município, uma residente e duas Psicólogas do serviço.

Acompanhei três encontros de grupo e um de planejamento. No primeiro encontro abordamos a temática sobre medo, onde assistimos a vídeos e posteriormente no concentramos em Roda para dialogarmos sobre eles. O segundo foi de temática livre, iniciamos em Roda e depois distribuimos folhas de papel A4, lápis coloridos, massa de modelar e alguns brinquedos para as crianças desenharem e brincarem livremente.

Em seguida, solicitamos que nos relatassem o significado das produções e em consequência dessa atividade, os usuários foram instigados a elaborar sobre seu cotidiano propiciando um momento proveitoso de socialização, que nos permitiu conhecer sobre a subjetividade desses sujeitos e nos aproximar do que eles gostam de acompanhar/realizar/interagir no dia a dia.

O terceiro encontro teve como temática as emoções, nele realizamos brincadeiras, coletamos relatos das crianças, assistimos a vídeos e trabalhamos com pintura e produção de objetos lúdicos relacionado ao tema. De acordo com Neto (2008, p.21), “é marcante a preocupação da integração da saúde mental no contexto geral da saúde e a participação de seus profissionais em ações coletivas”. Ainda segundo o autor, as práticas de grupo se constituem numa importante diretriz de trabalho, tendo nos psicólogos um de seus principais agentes.

Dessa forma, compreendendo que a proposta de grupos terapêuticos se configura em desenvolver a autonomia do sujeito ao ponto que permitem desenvolver o seu potencial de criatividade e de expressão. Valladares, *et al.* (2003) enfatiza que esses espaços terapêuticos trabalham as relações interpessoais dos sujeitos aliadas ao reconhecimento e ao respeito das diversidades existentes no grupo.

Desse modo, na realização do planejamento de grupo, que ocorre em conjunto com o grupo de família, buscamos discutir sobre as queixas relatadas pelos usuários e familiares que frequentam o grupo. Discutimos sobre a postura, adesão e empenho nas atividades. Sempre buscando abarcar temáticas que tenham relação com as dificuldades enfrentadas entre um e outro, mas que também nos permitam acessar a singularidade de cada sujeito.

Assim, o ponto forte desse processo foi perceber as outras formas de enxergar a relação mãe-filho, a partir de momentos de produção de subjetividade, Roda de diálogo e oficinas que promovem um maior contato físico, onde eles podem sentir a importância do toque e do cuidado, nutrindo a sensação de que ambos podem ensinar um ao outro e lidar melhor com o diagnóstico que por vezes, acabam por estreitar essa relação.

A última atividade que acompanhei no serviço foi o grupo de práticas expressivas, que ocorre semanalmente e é mediado por três profissionais: terapeuta ocupacional, artesão e residente de Saúde Mental, uma prática comum dos serviços de equipe multidisciplinar. Participei do grupo em três momentos, o primeiro foi com a temática sobre saúde, onde distribuimos papéis e solicitamos aos usuários a produzirem desenhos que tenham relação com a temática proposta e posteriormente nos explicassem as produções. Nessa atividade eles expressaram no papel as práticas de cuidado e higiene realizadas no dia a dia, como escovar os dentes, tomar banho, ir ao médico entre outras.

No segundo encontro realizamos uma atividade externa, que consistiu na prática de alongamentos na praça ao lado do serviço. Após os exercícios, conversamos sobre as vivências dos usuários fora do Caps. Os relatos se resumiram em: “sensação de liberdade”, “oportunidade de poder praticar atividade física com acompanhamento”, “lembranças que esse lugar traz da infância” e a “importância desse momento para o tratamento”.

No terceiro encontro nos dedicamos a organizar a festa de natal e a discutirmos sobre a experiência em grupo. Desse modo, pedimos que os usuários relatassem o que eles desejavam que abordássemos/realizássemos nos próximos encontros, as respostas foram: “andar de metrô”, “jogar”, “escrever mais”, “música” e “artesanato/colagem”.

Logo, pude perceber a importância do Centro de Atenção Psicossocial em reiterar a cidadania de alguns usuários para realização de atividades cotidianas, que por vezes, foram afetadas devido seu “transtorno”. Pois, conforme Mendonça (2005), o grupo terapêutico desenvolve laços de cuidado consigo mesmo e compartilha experiências com os demais,

propiciando a esses indivíduos espaços de convivência e criação onde possam expressar opiniões e escolhas.

Dessa maneira, Constatando que o Caps é um serviço substitutivo dos hospitais psiquiátricos, é relevante a preocupação dos profissionais do serviço em não ficarem restritos a uma atuação com foco ambulatorial, de prescrição e atualização de receitas. Em razão disso, há um amplo investimento do serviço em práticas de grupos, oficinas, ações externas entre outras atividades que buscam promover a criação de vínculos e a produção de subjetividade (DAMÁSIO, *et al* 2008).

Sendo assim, entendemos que a execução de ações interdisciplinares é uma habilidade que precisa ser exercitada, construída no cotidiano, dentro das relações estabelecidas pelos profissionais. No Caps, elas foram percebidas a partir dos dispositivos de acolhimento, roda, matriciamento, ações intersetoriais, grupos, discussões de casos e oficinas terapêuticas.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

De acordo com as diretrizes, os Centros de Atenção Psicossocial além de objetivar-se a atuar interdisciplinarmente, busca promover espaços de liberdade e autonomia, praticando uma condução de tratamento mais ampla, com manejo na mediação de conflitos e articulação com outros profissionais e serviços que possam contribuir para um tratamento eficaz e exequível.

Entretanto, o “louco” não se mostra produtivo para essa nova política de Estado, pois os investimentos são precários, as práticas assistências mudaram, mas os investimentos para políticas relacionadas a esses sujeitos ainda não são prioridade, até porquê, no sistema capitalista o “louco” é produtivo? Pudemos perceber que a falta de um espaço físico adequado, profissionais desmotivados em consequência de salários defasados, falta de supervisões, alta rotatividade, falta de transporte para realização de algumas atividades e em alguns momentos o tratamento ainda centrado no modelo biomédico e ambulatorial, de prescrição e renovação de recitas, acaba por inviabilizar a realização de um trabalho coeso e substitutivo ao modelo hospitalocêntrico.

Outra dificuldade encontrada foi em consequência de uma formação com enfoque clínico, onde disciplinas de estágio obrigatório se restringem a visitas a determinados

serviços, não possibilitando uma troca permanente e eficaz entre a Universidade e a diversidade de profissionais que constituem esses equipamentos de saúde, dessa forma, a prática interdisciplinar surgiu inicialmente como um desafio.

Todavia, no decorrer dessa experiência, essa prática se dispôs favorável e produtiva, por possibilitar um contato maior com profissionais de outras áreas, articulados com os serviços da Rede e buscando uma atuação mais humanizada e acessível. Entendendo que a gestão do trabalho em saúde mental requer do profissional uma melhor capacidade de trabalho com outros campos de conhecimento, o Caps, é um dispositivo público que dispõe de uma equipe plural que em consequência de alguns dispositivos, consegue atingir os objetivos de prática interdisciplinar.

## 6. REFERÊNCIAS

BONTEMPO, V. L. **Assembleia de usuários e o Caps i**. Psicol. cienc. prof. [online]. 2009, vol.29, n.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma estético-ético no fazer em saúde/** 2004. Pesquisado em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicações/acolhimento/pdf>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria SNAS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992. **Legislação em saúde mental: 1990-2004. Secretaria-Executiva e Secretaria de Atenção à Saúde**. 5ª ed. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CAMARGO, A. C. S. P. **A vivência do caos: uma experiência de mudança em uma instituição de saúde mental**, 2004. Dissertação (Mestrado em Educação) — Campinas: PUC-Campinas, 2004.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Ciência & Saúde Coletiva, 2000.

Conselho Federal de Psicologia. **Prática profissionais dos(as) psicólogos(as) nos centros de atenção psicossocial/** Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2009.

Conselho Federal de Psicologia. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <<http://crepop.cfp.org.br>>.

COSTA NETO, M. M. (Org.) **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

CVV. Setembro Amarelo. Disponível em:< <http://setembroamarelo.org.br/>>. Acesso em 3 de dez de 2017.

DAMÁSIO V.F.; MELO, V.C.; ESTEVES, K. **Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica**. Rev Enferm UFPE On Line. Out 2008.

FORTES, S.; TÓFOLI, L. F. **Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, Ce: O relato de uma experiência.** SANARE, Sobral, v.6, jul./dez. 2005/2007.

FERREIRA, G. **Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** In: GULJOR, A. P. (Org.). **Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos.** Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2007.

GARGARANO F. *et al.* **Internação domiciliária: uma experiência no sul do Brasil.** Rev. AMRIGS, [s.l], v. 48, n. 2, 2004.

GATTÁS, M.L.B.; FUREGATO, A.R.F. **Interdisciplinaridade: uma contextualização.** Acta Paul Enferm. 2006; 19(3):323-7.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1992.

CHIAVERINI, D., H. *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

JUNS, A.; HA, P. S. Y. **A especificidade do trabalho dos terapeutas ocupacionais no CAPS.** São Paulo, 2008. (Trabalho de Conclusão de Curso Terapia Ocupacional) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

JUNS, A. G.; LANCMAN, S. **O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 27-35, jan./abr. 2011.

LANCMAN, S.; *et al.* **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental.** Brasília: Paralelo 15, 2008.

LIMA, M. (2005). **Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde.** Psicologia em Estudo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a10.pdf>.

MARTINS, J.B. **Observação participante: uma abordagem metodológica para a psicologia escolar.** Semina: Ci. Sociais/Humanas, Londrina, v. 17, n. 3, p. 266-273, set. 1996.

MATTOS, Thalita Maia de. **Visita Domiciliar.** In: **Enfermagem Comunitária.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1995.

MENDONÇA, T.C.P. **As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação.** Psicol. Cienc. Prof., v.25, n.4, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2008.

NETO, J. L. F. (2008). **Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história. Saúde em Debate,** 32(78/79/80), 18-26. Disponível em PUC Minas: <http://www.pucminas.br/documentos/tresmomentos.pdf?PHPSESSID=e7a51ebf28f5791db6ff6c8b40636bac>.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; OTTONI, V.; MORAES, N. V.; SANTANA, M. **A Dinâmica**

**do Cuidado em Saúde Mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil.** Cad Saúde Pública. 2008; 24(1):188-96.

OLIVEIRA, I. F., et al (2004). **O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional.** Interações. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S141329072004000100005&lng=pt&nrm=iso>.

PASSOS, E. (Org). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde.** 2. ed: Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2006.

PASSOS, E., KASTRUP, V. ESCÓSSIA. L., da. **Pistas do método da cartografia. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** Ediora Sulina. Rio de Janeiro, 2015.

PIETROLUONGO, A. P. da C.; RESENDE, T. I. M. de. **Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão.** Psicol. cienc. prof. [online] 2007, vol.27, n.1, pp.22-31. ISSN 1414 9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932007000100003>.

QUINDERÉ P. H. D.; TÓFOLI, L. F. **Análise do perfil epidemiológico dos clientes do centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS-AD) de Sobral-Ce.** SANARE, Sobral, v.6, n.2, p.62-66, jul./dez. 2005/2007

KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. (2001). **Formação e atuação do psicólogo para o tratamento em saúde e em organizações de atendimento à saúde.** InterAÇÃO, 5, 93-122. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/3319/2663>.

RIBEIRO, P. R. M. **Da psiquiatria à saúde mental: II – as renovações em psiquiatria e a ascensão das áreas afins.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, abr. 1999.

SAMPAIO, C. C. **Interdisciplinaridade em questão: análise de uma política de saúde voltada à mulher.** In: SÁ, J. L. M. **Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SÁ, R. A. R.; BARROS, M. M. M.; COSTA, M. S. A. **Saúde mental em Sobral-Ce: Atenção com humanização e inclusão social.** Sanare, sobral, v.6, n.2, p.26-33, jul./dez. 2005/2007.

SALES, A. L. L. F.; DIMENSTEIN, M. **Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica.** Psicol. cienc. prof. [online]. 2009, vol.29.

SANTOS, N. S.; ALMEIDA, P. F.; VENANCIO, A. T.; DELGADO, P. G. **A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.** Psicologia: Ciência e Profissão. Vol. 20. Brasília Dez 2000

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. **O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo. Vol. 42, n. 1 (mar. 2008), p. 127-134, 2008

SPINK, M. J. P. (2003). **Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber.** In **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos** (pp. 29-39). Petrópolis, RJ: Vozes.

TRIVIÑOS, A. N. S. (1987). **Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas.

VALLADARES, A.C.A. et al. **Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais**. Rev. Eletron. Enferm., v.5, n.1, 2003.



## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE A: Roteiro de Observação Sistemática**

Atividade realizada

Data da atividade

Participação do Psicólogo em ações interdisciplinares

Atividades realizadas pelo Psicólogo

Ações do Psicólogo de gestão do trabalho em saúde mental