

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS – GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

SANDOVAL DE JESUS RIBEIRO JÚNIOR

PSICÓLOGO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NA CIDADE DE SÃO LUÍS:
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

São Luís

2009

SANDOVAL DE JESUS RIBEIRO JÚNIOR

**PSICÓLOGO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NA CIDADE DE SÃO LUÍS:
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Especialização em Saúde Mental da LABORO – Excelência em Pós – Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Prof^a Mestre Janete Valois Ferreira Serra

São Luís

2009

SANDOVAL DE JESUS RIBEIRO JÚNIOR

**PSICÓLOGO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NA CIDADE DE SÃO LUÍS:
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Janete Valois Ferreira Serra (Orientadora)

Mestre em Psicologia Social

Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof.^a Isalena Santos Carvalho

Doutora em Psicologia Clínica e Cultura

Universidade de Brasília - UNB

RESUMO

Este texto investiga como o psicólogo se insere no trabalho em Saúde Mental na cidade de São Luís. Foi realizada pesquisa de campo que envolveu cinco psicólogos de duas instituições públicas de Saúde Mental com o objetivo de conhecer as características de tal prática. Para o desenvolvimento da pesquisa foram utilizados procedimentos metodológicos de caráter qualitativo, com uso de questionário e pesquisa bibliográfica. Como resultado, observou-se que o psicólogo está conseguindo de maneira satisfatória se adaptar à realidade da atenção em Saúde Mental que se mostra hoje.

Palavras-Chave: Psicólogo, Pesquisa de Campo e Saúde Mental.

ABSTRACT

This paper researchs how the psychologist is insert in work on Mental Health in São Luís City. It was realized one field research with five psychologists in two public institutes on Mental Health with the objective of knowing the characteristics of such practise. For the development of this research, it was used qualitative metodologic procedures that included use of one questionnaire and bibliographic research. As a result, It was observed the psychologist is improving of a satisfactory way on Mental Health area nowadays.

Key-Words: Psychologist, Field Research and Mental Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL.....	10
3. FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO PSICOLOGO.....	16
4. A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE MENTAL.....	22
5. RECURSOS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS EM SAÚDE MENTAL.....	29
6. METODOLOGIA.....	41
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
APÊNDICES.....	44

1 INTRODUÇÃO

As transformações que vêm ocorrendo no trabalho em saúde e, especificamente, em saúde mental nas últimas décadas, trazem novos e contínuos desafios para os profissionais que trabalham nesta área. A ampliação do conceito de saúde para além do puramente biológico foi o ponta-pé inicial deste processo. De fato, a saúde mental hoje é vista como “um conceito amplo na medida em que considera também as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais que determinam o processo saúde-doença” (CONSOLI; HIRDES; COSTA, 2006, p. 2). Além disso, a adoção de remédios mais eficazes para os mais diversos transtornos mentais e a busca por formas de tratamento mais humanas permeiam este novo contexto no qual o psicólogo está inserido. Seus serviços são considerados de grande importância e são realizados em CAPS's (Centros de Atenção Psicossocial), ambulatórios especializados em saúde mental e unidades do PSF (Programa ou Estratégia de Saúde da Família), por exemplo.

No contexto mencionado acima, o psicólogo se depara com alguns desafios inerentes às peculiaridades de sua própria formação e outras relacionadas à gênese da psicologia enquanto profissão. Novas necessidades emergem no campo da saúde mental, surgindo também a necessidade de um comprometimento ético com um fazer que pretende ser em certo sentido, inovador porque tem como alicerce os paradigmas da Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização, que visam trazer novas contribuições ao processo de atenção e tratamento aos portadores de transtornos mentais.

Logo, a necessidade crescente de capacitação se mostra fundamental em todas as regiões do País para a melhoria do trabalho em saúde pública. Por isto, “[...] O psicólogo da saúde deve estar instrumentalizado para responder a fatores externos, como mudança nos

padrões de morbidade e mortalidade e o avanço de conhecimento, de tecnologia médica e das normas relativas ao sistema de saúde”. (AGUIAR; et al., 2004, p. 10).

Em função de todos os elementos citados acima, algumas questões são levantadas sobre a prática do profissional nesta área: O psicólogo vem tentando se adaptar a esta nova realidade de maneira satisfatória? Que recursos terapêuticos ele dispõe para trabalhar em saúde mental? Que formação ele dispõe para trabalhar nesta área? Ele encontra dificuldades para se inserir em tal contexto de maneira satisfatória?

Assim, este trabalho se propõe a encontrar possíveis respostas para os questionamentos levantados, objetivando investigar que conhecimentos possuem os psicólogos e que práticas exercem em serviços públicos não-hospitalares de saúde mental em São Luís – MA. Investigar o nível de informação destes profissionais acerca da atual Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) também foi um dos objetivos propostos. Para tanto, traçou-se o perfil sócio-profissional dos mesmos.

2 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL

Ao iniciar este tópico, será feita uma breve referência aos elementos citados por Vasconcelos (1992), que ajudaram a tornar mais claro o contexto no qual surgiu e se desenvolveu a dinâmica dos processos contemporâneos de desinstitucionalização psiquiátrica em nível internacional. São eles:

- Contextos históricos de guerra: ênfase a solidariedade nacional e investimento na reabilitação de soldados e/ou civis com problemas associados à guerra. Exemplo: comunidades terapêuticas nos EUA e Inglaterra durante e após a Segunda Guerra;

- Escassez da força de trabalho e revalorização do trabalho humano – estímulo ao investimento na reabilitação de grupos populacionais considerados improdutivos;

- Processos de transição demográfica (aumento da população idosa, transformação das estruturas familiares tradicionais, entrada da mulher no mercado de trabalho e mudança de seu papel na estrutura familiar, por exemplo);

- Conjunturas políticas de democratização, de processos revolucionários ou de emergência de movimentos sociais populares em geral, processos políticos sociais de afirmação de direitos civis e políticos (reconhecimento da existência e dos direitos dos doentes mentais e dos cidadãos em geral) e organização/avanço dos movimentos sociais de trabalhadores, usuários e familiares atuando diretamente no campo da saúde mental (exemplos: Antipsiquiatria nos anos 60; movimento dos trabalhadores em saúde mental na Itália e redemocratização e reemergência dos movimentos sociais no Brasil, ambos na década de 70);

- Mudanças nas formulações epistemológicas, filosóficas, teóricas e práticas em ciências humanas e particularmente no campo *psi*: críticas aos paradigmas tradicionais da psiquiatria e do poder dos diversos profissionais. Exemplos: os trabalhos de Foucault; a Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática de Basaglia;

- Surgimento de novas terapêuticas psicofarmacológicas a partir dos anos 50.

Relacionados tais elementos do contexto no qual se desenvolveram os principais movimentos em reforma psiquiátrica em nível internacional, esta abordagem no Brasil tem início no ano de 1978 porque, como coloca Vasconcelos (2000, p. 22), “é neste ano que se assiste a reemergência dos principais movimentos sociais no país, após um longo período de repressão aberto pelo regime militar, que até então impossibilitava a expressão política da

sociedade civil no País”.

E evocar uma definição do que seria a Reforma Psiquiátrica também se mostra relevante. Amarante (1995, p. 91) cita a definição proposta por pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), que contempla os pontos essenciais e está em consonância com o conjunto da produção teórica do campo:

Está sendo considerada reforma psiquiátrica, o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização.

Ao examinar as fases deste breve histórico, tomar-se-á por base a orientação dada por Vasconcelos (2000) em sua obra “O desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade” na qual ele divide didaticamente em cinco períodos a trajetória recente percorrida pelo Brasil na atenção em saúde mental. Vale mencionar que o modelo de Reforma brasileiro ainda está em andamento. São eles:

No Primeiro Período são destacados: Mobilização da Sociedade Civil contra o Asilamento Genocida e Mercantilização da Loucura; Proto-formas das “Ações Integradas de Saúde” (1978-1982 – São Paulo e Minas; 1978-1980 – Rio de Janeiro).

Seus principais elementos são: a emergência do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) com os demais movimentos populares, que segundo Vasconcelos (2000, p.23), “é resultado de articulações prévias em congressos de psiquiatria e do Movimento de Renovação Médica, que ganha com corpo com a visita de lideranças mundiais da psiquiatria crítica, principalmente Franco Basaglia”.

Já no Segundo Período houve como principais características: Expansão e Formalização do Modelo Sanitarista¹ (Ações Integradas de Saúde e Sistema Único de Saúde); Montagem de Equipes Multiprofissionais Ambulatoriais de Saúde Mental; Controle e Humanização do Setor Hospitalar; Ação a partir do Estado: 1980 (RJ) e 1982 (SP e MG) – 1987.

¹ A crítica teórica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas constituíram o que veio a se chamar de **movimento da reforma sanitária ou sanitarismo**: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde. A importância é colocada na administração e no planejamento dos serviços e na ampliação do acesso da população à assistência em saúde. Apostava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive (mas não apenas) no setor psiquiátrico.

Momento este caracterizado principalmente por: início em 1980 no Rio, processo chamado de “Co-Gestão” entre os ministérios da Saúde e Previdência para a administração dos hospitais públicos, permitindo também, a abertura de importante espaço político para as lideranças do MTSM, que implementaram elementos de reforma como a humanização dos hospitais psiquiátricos públicos. Para Vasconcelos (2000, p. 24), tal fato também “preparou o terreno”, para a implementação do Plano CONASP entre 82-83, que por sua vez, possibilitou a implementação progressiva do modelo sanitário das chamadas “Ações Integradas de Saúde” em todo o Brasil.

No Terceiro Período são enunciados como principais fatos históricos: Fechamento Temporário de Espaço Político de Mudanças do Estado; Emergência da Luta Antimanicomial e Transição da Estratégia Política em Direção ao Modelo da Desinstitucionalização Psiquiátrica: 1987-1992.

Neste período, começam a eclodir as primeiras tentativas oficiais fundamentadas na nova estratégia do movimento. Em 1989, temos a apresentação do Projeto de Lei Paulo Delgado, que propunha a extinção e substituição gradativa dos serviços manicomiais. Em 1990, a Conferência de Caracas, que definiu um consenso acerca da nova plataforma da Reforma Psiquiátrica para os países da América Latina.

Ainda neste período, também começam a aparecer as primeiras experiências municipais de serviços em saúde mental baseados nos novos princípios. O de maior destaque aconteceu em Santos, em 1989, e se constituiu como o “principal laboratório dos chamados Núcleos de Atenção Psicossocial” – NASP (VASCONCELOS, 2000, p. 26). Um serviço de base comunitária aberto durante 24 horas, sete dias na semana.

Não pode ser esquecido, no entanto, como lembram Barros (1994); Rotelli; De Leonnardis; Mauri, (1992) apud Vieira Filho; Nóbrega, (2004, p. 12), que:

[...] na reforma psiquiátrica distinguem-se, ao menos, duas principais orientações políticas em contraste. De um lado, a desospitalização, com características neo-liberais e mais voltada à diminuição das despesas públicas. De outro, a desinstitucionalização, como desconstrução da rede de instituições totais em saúde mental que se refere mais às políticas públicas solidárias, em equilíbrio sustentável, e de não abandono ao usuário.

E no quarto período podem ser destacados os seguintes fatos: “Avanço e Consolidação da Perspectiva de Desinstitucionalização Psiquiátrica; *Desospitalização Saneadora* e

Implantação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial; Emergência das Associações de Usuários e Familiares: 1992 – 1995”.

Este período foi marcado pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial por ter ganho nova visibilidade ao promover encontros nacionais bienais. O primeiro encontro foi realizado em 1993 na Bahia e teve por lema “Brasil sem manicômios no ano 2000”. O objetivo destes Encontros é discutir, avaliar e propor melhorias no processo-serviço de assistência psiquiátrica vigente. “O relatório final desta reunião alertou para a realidade de sucateamento da rede pública de saúde e explicita a preocupação com o risco da ‘renúncia terapêutica’ do portador do transtorno mental” (ROSA, 2006, p. 62). Ou seja, o risco da desassistência.

Neste ínterim, exemplos apoiados pelo pensamento reformista começam a brotar pelo País. Programas como o “De Volta pra Casa”, iniciado em Angra dos Reis, que procurou desinstitucionalizar e reinserir o portador de transtorno mental no seu meio social e na família com todo um suporte em redes assistenciais. Avançam também com o processo de municipalização da saúde e organização social de familiares e usuários, dispositivos assistenciais como os CAPS e NAPS.

Com o fim do governo de FHC, em 1998, o Movimento da Reforma Psiquiátrica continua mobilizando a sociedade e os políticos através de encontros onde são debatidas formas alternativas para o modelo de atenção ao portador de transtornos mentais então em vigor.

O governo Lula se inicia em 2003 com a esperança de um período bem mais significativo para a saúde mental no País. Assume a pasta da saúde o médico psiquiatra Humberto Costa, identificado com o movimento reformista em saúde mental. Em 28 de Maio de 2003 o Presidente Lula lança a política nacional de saúde mental. Outras iniciativas são tomadas como a criação do auxílio reabilitação psicossocial (benefício no valor de 240,00 reais), garantido a egressos de internação psiquiátrica. De 28 de Junho a 01 de Julho de 2004 aconteceu em São Paulo o I Congresso Brasileiro de CAPS. Em 2008 o Brasil contava com 1326 CAPS e 514 serviços de Residências Terapêuticas, movimento que se encontra em franca expansão (BRASIL, 2009).

História da Reforma – Maranhão

Como bem lembra ROSA (2006), as primeiras ações para a criação de um serviço de assistência aos portadores de transtornos mentais no estado, tiveram início com o Decreto-Lei nº 220, de 11 de março de 1939, que abriu crédito para a compra da Quinta Dois Leões, onde foi construída a colônia, hoje atual Hospital de referência Nina Rodrigues. A instituição foi inaugurada em 1941, mas só teve seu nome mudado para Nina Rodrigues em 1992 (ROSA, 2006).

A autora supra-citada ainda afirma que o impulsionamento do processo de reforma no Maranhão teve seu início no fim de 1999. Até este momento, apenas cinco municípios possuíam algum tipo de assistência ao paciente psiquiátrico. Dois fatos importantes são mencionados para que haja tal mudança: A dinamização do processo de reforma administrativa (Lei 7.356, de 29 de 12 de 1999) e a criação da Gerência de Qualidade de Vida, que revitalizou a coordenação de saúde mental como articuladora dos processos de mudança.

O primeiro Plano Estadual de Saúde Mental estava em plena consonância com os princípios da reforma em curso no Brasil. “Ele dinamizava como estratégias: a reversão do modelo centrado no hospital psiquiátrico; a criação de rede ambulatorial e comunitária e a diminuição da desabilidade e estigma que acompanha os portadores de transtornos mentais”. Neste contexto, “o hospital Nina Rodrigues, centro de referência estadual na assistência psiquiátrica, é transformado em Centro Integrado de Saúde Mental” (ROSA, 2006, p. 103) (Grifo nosso)

Somando-se ao processo de modernização da assistência, a autora ainda lembra que foi revitalizada a Pensão Protegida Maria Olímpia Mochel, criada em outubro de 1996 – sendo a primeira experiência de atenção em sistema semi-aberto do Estado (ROSA, 2006). A esta época, no plano regional, foram selecionadas para a implantação de unidades de referência em saúde mental os municípios de Rosário, Pinheiro, Imperatriz, Codó e Bacabal. Em fevereiro de 2001, inicia-se a implementação do Projeto de Residências Terapêuticas contando com o suporte do Hospital Nina Rodrigues.

Já o atual Plano Estadual de Saúde Mental foi construído e definido a partir do I Seminário de Saúde Mental: “Uma Construção Coletiva”, realizado em Julho/2007 em São Luís. Atualmente o estado conta com 54 CAPS efetivamente implantados. Existem iniciativas

de capacitação para os profissionais de saúde mental organizadas pela Coordenação Estadual de Saúde Mental. O processo de expansão esbarra em algumas dificuldades como a falta de apoio e de iniciativa dos gestores locais na implantação de novos serviços, além da ausência de contra-partida (financiamento) para a manutenção dos serviços já implantados.

No entanto, vem acontecendo diversas ações nos últimos 3 anos, com a promoção de diversos cursos de qualificação para profissionais que atuam nos CAPS's no Estado, culminando com o I Encontro Maranhense de CAPS, no qual houve exposição de produtos e trabalhos produzidos pelos pacientes e profissionais de saúde mental.

Esse avanço se caracteriza prioritariamente nos CAPS's I, que contam com serviços diretamente voltados para características populacionais dos municípios maranhenses. Entretanto, em serviços mais complexos e específicos como CAPS III, CAPS AD e CAPS i, há grande déficit, visto que em um estado com 217 municípios, existem: 1 CAPS III (Caxias), 2 CAPS i (Timom e Imperatriz) e 3 CAPS AD (Imperatriz, Pedreiras e Timom) habilitados até o fim de 2008 (BRASIL, 2009).

3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO

Para falar sobre sua formação profissional, é necessário inevitavelmente que se mencione alguns elementos que tocam a origem da psicologia enquanto profissão e que se refletem em nossa prática até os dias atuais.

Revisitando os primórdios da psicologia, comumente cita-se Wundt (1832-1920), considerado Pai da nova ciência, que lança seu livro “*Elementos de Psicologia Fisiológica*” em 1864 e inicia seus estudos em Leipzig – Alemanha em 1879. Estes fatos são apontados como os marcos do início da psicologia enquanto ciência. Wundt “reúne em um tronco as raízes ou tendências científicas e filosóficas da psicologia que haviam surgido até então” (FREIRE, 1998, p.92), embora não se limitasse a este mero agrupamento. De fato, “ele classifica e agrupa os elementos da vida mental, determina seu objeto e objetivo, enuncia os seus princípios e seus problemas, estabelece os métodos de estudo, enfim, estrutura e normatiza a psicologia”.

Deste momento em diante ela passa a ser o estudo da consciência ou dos fatos conscientes. Em sua gestação, verifica-se que a psicologia dá ênfase a fenômenos relacionados à percepção, sensações, estímulos e seus correspondentes fisiológicos, sendo estes estudados em laboratório. Logo, prezava por estudos com indivíduos de forma isolada, sem ter ainda a preocupação com fatores ditos menos visíveis que influenciariam o desenvolvimento individual (elementos como o tipo e qualidade de interações sociais, a cultura e política, por exemplo).

Freud (1856-1939) é outro personagem que marca profundamente a história da psicologia. Ele publica em 1895 o livro “*Estudos sobre a Histeria*”, definindo o início da psicanálise e seus estudos sobre o inconsciente e sexualidade infantil, “caindo estes como uma bomba na Europa”, pelas suas proposições e promovendo uma verdadeira revolução na época que influenciaria de maneira decisiva a forma de pensar² o ser humano (MARX; HILLYX, 2005, p. 316).

² Como toda a construção humana no plano das idéias, o surgimento do conceito *Inconsciente* está relacionado às influências sofridas por Freud em sua época. Este constructo e a própria psicanálise, por sua vez, influenciaram várias áreas do conhecimento – artes, literatura, filosofia – só para citar algumas. Para uma melhor compreensão de como grandes eventos históricos e científicos repercutem na sociedade em que ocorrem, recomendamos a leitura do livro “*As Sete Maiores Descobertas Científicas da História*”, 2000.

A psicanálise, em grande medida, é responsável pelo reconhecimento e valorização da psicologia em muitos aspectos. Marx; Hillyx (2005, p. 361), citam alguns:

[...] estimulou o pensamento em muitas áreas até então negligenciadas pela psicologia – a importância geral do sexo no comportamento normal e anormal, a importância do conflito, da infância, do irracional e do emocional; [...] contribuiu imensamente para a observação empírica; [...] e para a popularidade da psicologia e psiquiatria no público leigo.

No entanto, muitos de seus estudos de forma geral, estavam diretamente relacionadas às primeiras experiências da criança com pais ou outras pessoas significativas que mantivessem maior contato com elas (FADIMAN; FRAGER, 1998). Ou seja, Freud privilegiou o percurso individual das pessoas na formação da personalidade, não mencionando em suas pesquisas a importância de fatores sociais (relacionamentos sociais em sentido mais amplo, baixa escolaridade, baixa estimulação, qualidade da alimentação, por exemplo).

Pode-se argumentar que a família nuclear é representante sócio-cultural de tal momento histórico, carregando consigo estas influências e, por isso, tal fato não teria sido esquecido por Freud. Discussões teóricas à parte, não se considera que desacreditar todo um sistema por algumas limitações seja o melhor caminho. Revendo os sistemas em psicologia posteriores à psicanálise, chega-se à conclusão de que todos têm seus limites e imperfeições, e que se a psicanálise sofreu questionamentos sobre seus postulados, também foi positiva neste sentido porque provocou a discussão, produções teóricas e científicas sobre diversos assuntos - afinal, assim se constrói o conhecimento (MARX; HILLYX, 2005).

Ao pensar sobre a influência da psicanálise no Brasil, autores contemporâneos como Dimenstein (1998, p. 12), afirmam que ela é marcada pela visão de “centralidade do valor do indivíduo e na nuclearização da família”. Como a psicanálise influenciou decisivamente o desenvolvimento da psicologia, tal visão teria contribuído na forma com que o trabalho dos profissionais hoje em dia é realizado – privilegiando as investigações sobre o núcleo familiar da pessoa que está sendo atendida, diminuindo assim, as possibilidades de uma compreensão e, portanto, intervenção sobre cada caso (BOCK, 1999). Logo, muitas situações, para serem compreendidas, necessitam de pesquisas que devem ir além do núcleo familiar envolvido diretamente na questão. Diversos transtornos mentais possuem suas origens entrelaçadas com muitas peculiaridades de cada família (mitos, regras, anseios, segredos, divisões de poder,

etc.) que, por sua vez, podem ter suas origens em gerações anteriores a dos pais. Daí a necessidade de investigações mais abrangentes.

Dimenstein (1998) menciona ainda outras características que marcariam a psicanálise ortodoxa, como sua utilização de maneira não-contextualizada (relativizada), “como se fosse o único modelo de subjetividade possível desprezando-se assim, a complexidade e a multideterminação do processo de subjetivação” (p. 3).

Por outro lado, a própria necessidade de se aproximar a psicologia das ciências naturais através do pensamento positivista (concedendo-lhe, assim, maior credibilidade), ocasionou uma ênfase excessiva em estudos sobre o sujeito de forma isolada – pela impossibilidade de adotar metodologias que pudessem vislumbrar influências não mensuráveis (elementos culturais, por exemplo).

Os fatos citados aqui levantam elementos importantes para a compreensão das influências que têm marcado a ciência psicológica desde sua fundação: desde o início da psicologia, a pessoa é vista de forma fragmentada e, a partir disto, são criadas metodologias de pesquisa igualmente limitadas, que cerceiam as possibilidades de investigação e também intervenção sobre a realidade que se apresenta.

Outro importante elemento pode ser citado para que se compreenda melhor o percurso que a psicologia vem fazendo e sua influência sobre a formação acadêmica atual. Podemos citar Yamamoto (1987), quando esta autora lembra que a psicologia cresceu comprometida com o capital e o consumo, servindo principalmente de suporte científico das ideologias dominantes e de auxílio na perpetuação do *status quo* ao longo do seu percurso de legitimação social. Como consequência, Dimenstein (1998, p. 5), afirma que a psicologia “muito pouco exerceu, e vem exercendo, um papel questionador e transformador das instituições e das relações pessoais e vem contribuindo mais para a reprodução das estruturas sociais e das relações de poder”.

Assim, os aspectos citados ajudam a entender como a psicologia vem se caracterizando ao longo de sua história. A partir deles, pode-se mencionar outras características que derivam de tais aspectos e que definem de maneira significativa e predominante as práticas realizadas nos dias atuais: “visão de subjetividade excessivamente individualizada” (ocasionada pelo pensamento psicanalítico, por um lado, e positivista, por outro.), dificuldade do profissional de vislumbrar o contexto social como pano de fundo da produção de subjetividades, “imagem social da profissão associada [predominantemente] à

prática psicoterápica individual na busca de ajustamento” (DIMENSTEIN, 1998, p. 8).

Estas e outras características da psicologia, no entanto, levantam dificuldades quando se pensa no atendimento a públicos menos favorecidos e em contextos diversificados. Para se ter uma psicologia que deixe para trás o estigma de elitista, sem dúvida alguma, deve haver dedicação para a resolução desta dificuldade que ainda se apresenta.

Autores como Bezerra Jr (1982); Ropa; Duarte (1985) e Dimenstein (2000) levantam a problemática que surge quando o modelo de psicologia herdado (clínico, curativo e excessivamente individualista quanto à sua perspectiva de compreensão do fenômeno psicológico), é simplesmente transposto para outros lugares, contextos e realidades bem diferentes da clínica tradicional, sem os devidos cuidados teóricos e éticos. Além destes, Bock (1999, p. 9), também faz referência àquilo que seria a “tradição naturalizante do fenômeno psicológico”; assim, são lembradas as diversas disciplinas estudadas na graduação (sociologia, antropologia, por exemplo) e que deixavam muitos alunos sem saber qual seria a utilidade prática das mesmas. Em várias situações, ficavam sem respostas muito convincentes justamente porque a maioria dos docentes também não estava preparada para compreender o fenômeno humano sob tais perspectivas (tendo eles mesmos vindo de uma tradição essencialmente clínica).

Dimenstein (1998, p. 4), menciona as dificuldades e limitações da visão eminentemente clínica tradicional:

[...] no meu entender, existe uma problemática em relação à hegemonia desta concepção de subjetividade no campo psi, na medida em que ela não é contextualizada, relativizada, ou seja, na medida em que ela é universalizada como se fosse o único modelo de subjetividade possível, desprezando-se assim, a complexidade e a multideterminação do processo de subjetivação.

Romagnoli (2006) explica que o modelo clínico tradicional começa a ser questionado no País com a abertura política, em 1984, embora esta mesma autora afirme que a clínica ainda é o modelo principal a ser ensinado nas graduações por todo o país. Sob esta perspectiva, pode-se concluir que “[...] não existe na Psicologia um ensino-aprendizagem voltado para a saúde” (HERTER et al., 2006, p. 439). Já existem esforços para mudar isso, principalmente através da reformulação dos currículos, que visam abranger as novas perspectivas que se abrem ao trabalho do psicólogo, como psicologia da saúde, saúde mental e social, por exemplo.

Botomé (1996); Gil (1985); Martín-baró (1997), citados por Dimenstein (1998, p. 5), discutem um fato que, segundo os autores, é decorrente do modelo clínico que é ensinado nas universidades. Para eles:

[...] na maior parte das vezes, o psicólogo não tem claro como o conhecimento que utiliza (técnicas e conceitos) é produzido e a quem beneficia, de maneira que termina contribuindo para o controle social da população. Isso começa na universidade, conforme aponta Botomé (1996), pela adesão cega a teorias, técnicas, modelos e rituais profissionais que condicionam determinadas classes de respostas, consideradas suficientes e adequadas para explicar os problemas independentemente de quem os apresenta e de suas características.

Outras dificuldades também podem ser apontadas: Dimenstein (1998), por exemplo, cita o possível problema em se compreender o comportamento da clientela, que geralmente difere do que era por ele esperado: ou seja: ele pode se deparar com um grande número de faltas às consultas, atrasos freqüentes, dificuldades de comunicação, resultados aquém dos pretendidos, além de um grande número de abandono dos tratamentos; comportamento que na maioria das vezes é atribuído à falta de interesse ou capacidade de compreensão dos pacientes para a tarefa terapêutica. Paralelo a isto, o profissional também se vê diante de dificuldades que ultrapassam o domínio específico da clínica, referentes às condições de vida da população, as quais têm implicação nos problemas trazidos até a instituição. Ainda segundo Dimenstein (1998), estas dificuldades aconteceriam, em grande parte, por causa do modelo clínico tradicional utilizado sem a devida contextualização (BEZERRA, 1992; SPINK, 1992 apud DIMENSTEIN, 1998).

Bock (1999, p. 11) por sua vez, questiona a função das técnicas que são utilizadas pelos psicólogos, pela sua não adequação a contextos diferenciados:

[...] Nossas técnicas têm sido construídas e utilizadas com uma determinada camada social, em geral intelectualizada e muito verbal. A população brasileira, na sua maioria, não tem costume e facilidade para trabalhar a partir das técnicas com as quais estamos acostumados.

As conseqüências deste fato seriam as mesmas já mencionadas acima (ineficácia do tratamento, alto índice de desistência, dentre outros). A autora afirma que a única saída para resolver esta problemática seria nos tornamos “capazes de criar Psicologia, adaptando nossos saberes à demanda e à realidade que se nos apresenta”. O que requer, sem dúvida, um compromisso ético e questionador da realidade. Para encerrar, mencionaremos outras possíveis conseqüências negativas da postura tradicionalmente clínica, quando transposta de

forma integral para o trabalho em saúde mental pública, por exemplo: dificuldade de trabalhar multidisciplinarmente e dificuldades para trabalho com famílias e grupos de maneira geral.

Como se depreende de todas as considerações feitas acima, pode-se então esboçar algumas das condições necessárias à formação adequada do profissional de saúde mental, que contemplariam os seguintes aspectos: postura ética e reflexiva quanto à atuação profissional frente aos diversos contextos em que o psicólogo se insere; contínua atualização através de cursos, encontros, seminários; comprometimento com a produção científica sobre este novo campo de possibilidades que é a saúde mental, uma vez que permite expandir a troca entre saberes e fazeres que ajudam a construir novas formas de atuação profissional; formação voltada para as particularidades da saúde pública; cuidado e criatividade para não se permitir a pura transposição de teorias e técnicas terapêuticas sem a devida reflexão sobre sua validade para populações e problemas específicos.

4 A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE MENTAL

A Psicologia foi oficialmente reconhecida enquanto profissão em 1962 através da Lei nº 4119, que a regulamentou no País. “Nos anos que se seguem, cursos de Psicologia proliferaram no país, associações profissionais e científicas, campos de trabalho foram surgindo” (BOCK, 1999, p. 5).

Segundo esta autora, a partir de 1979, os psicólogos em São Paulo, seguidos pelo Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Sul e, logo depois, Brasília, Ceará, Paraná, ocuparam ou criaram seus sindicatos. Os Conselhos foram em seguida ocupados por grupos mais progressistas, que queriam a entidade trabalhando para que a Psicologia se tornasse um instrumento a serviço da população brasileira. (BOCK, 1999). Estes elementos indicavam que o desenvolvimento da Psicologia se dava com certo vigor. “Neste momento, as áreas exercidas pelo psicólogo compreendiam principalmente: clínica, escolar, industrial e magistério” (DIMENSTEIN, 1998, p. 2). Nestas, eram realizadas principalmente as seguintes atividades: orientação e seleção profissional, orientação psicopedagógica, diagnóstico psicológico, bem como a aplicação de testes psicológicos.

Apesar de autores como Guimarães apud Kerbauy (1999) afirmarem que estudos sobre a Psicologia da Saúde vêm se desenvolvendo drasticamente nos últimos 50 anos, o fazer do psicólogo brasileiro no serviço público se iniciou com maior vigor a partir da década de oitenta, quando começaram a ocorrer concursos nesta área para uma profissão que nasceu, em nosso País, marcada como uma atividade liberal (ROMAGNOLI, 2006). Pode-se ver que existe um atraso em cerca de vinte anos, da regulamentação da profissão até o começo oficial do trabalho do psicólogo em serviços públicos de saúde. Imagina-se que os motivos vão desde a falta de reconhecimento do fazer deste profissional, até o próprio questionamento de sua utilidade. Pode-se supor que as conseqüências, no entanto, parecem mais visíveis: este atraso pode ter refletido sobremaneira, no interesse do próprio psicólogo por esta área (porque não dispunha de muitas informações disponíveis), no desenvolvimento de pesquisas e em uma preocupação inicial com um corpo teórico que sustentasse tal prática; sendo uma atuação ainda rarefeita, tal área não tinha também espaço nas universidades. Tem-se, então, elementos que se inter-relacionam e inter-alimentam em um contexto que se manteve mais ou menos inalterado até pouco tempo.

Continuando a trajetória da psicologia no Brasil, a década de 80 trouxe muitos novos

desafios aos psicólogos:

[...] A pequena, mas significativa, abertura do mercado de trabalho no serviço público de saúde colocou aos psicólogos e às suas entidades desafios muito grandes. Era preciso ‘reinventar’ uma Psicologia que permitisse contribuir e responder às necessidades daquela população, com a qual não estávamos habituados a trabalhar. (BOCK, 1999, p. 5)

Situação esta que contribuiu para fortalecer as entidades de classe. Fato comprovado por Bock (1999, p. 5), quando ela diz:

[...] Os sindicatos se uniram e criaram a Federação Nacional dos Psicólogos; os Conselhos também se fortaleceram, produzindo material escrito sobre a profissão e organizando Congressos (como os CONPSI, que aconteceram em São Paulo). Psicólogos ingressaram e fortaleceram o movimento da saúde, chegando a colocar na direção desse movimento uma psicóloga (Mônica Valente), além da participação ativa no Movimento da Luta Antimanicomial.

Tais fatos começaram a repercutir fortemente sobre a importância da reflexão que o psicólogo deveria estabelecer entre o seu trabalho, o próprio fenômeno psicológico e a realidade social em que este acontece (BOCK, 1999). Esta autora afirma ainda que a entrada da psicologia na saúde pública serviu também para que estes profissionais começassem a refletir sobre a importância do contexto social no qual o público atendido está inserido, remexendo assim, com “tudo o que, durante tantos anos, ficou naturalizado e cristalizado” (BOCK, 1999, p. 5). Ela refere-se à origem da profissão, que possuía uma prática eminentemente clínica/curativa e que transpunha sua metodologia, técnica e visões de mundo e homem para quaisquer áreas de atuação, sem levar em consideração, por exemplo, peculiaridades sócio-culturais das pessoas atendidas. Posicionamento também compartilhado por Romagnoli (2006, p. 7), quando afirma que a atividade do psicólogo era marcada até esta época por objetivos que “[...] eram, principalmente analíticos, psicoterapêuticos e/ou psicodiagnósticos, fundamentando-se em uma concepção da clínica como um saber/fazer universalizado, associado a uma concepção de sujeito universal e a-histórico”.

Tais reflexões - que possuem extensas consequências práticas - começam a gerar dentro da psicologia questionamentos sobre um fazer que leve também em consideração a realidade social em que ocorrem os fenômenos psicológicos - o que Bock (1999) menciona como fundamental para se começar a refletir sobre o compromisso social da profissão.

Falando agora especificamente sobre a entrada do psicólogo na saúde mental,

Dimenstein (1998, p. 3) aponta as circunstâncias em meio às quais esta ocorreu,

[...] procurando deixar claro que essa entrada não aconteceu num vazio social, mas num contexto histórico-político-econômico determinado, que propiciou uma supervalorização cultural da profissão ao mesmo tempo em que foi se construindo e consolidando a idéia de que a atividade do psicólogo era essencial para a sociedade. Nesse contexto, alguns fatores foram decisivos para incrementar a entrada do psicólogo no âmbito das instituições públicas de saúde, tais como:

1. O contexto das políticas públicas de saúde do final dos anos 70 e da década de 80 no que se refere à política de recursos humanos;
2. A crise econômica e social no Brasil na década de 80 e a retração do mercado dos atendimentos privados;
3. Os movimentos da categoria na tentativa de redefinição da função do psicólogo na sociedade;
4. Difusão da psicanálise e psicologização da sociedade.

Segundo a autora, o final da década de 70 e toda a década de 80 foram marcados por inúmeras transformações como: crescimento populacional, migrações internas, especialmente para os grandes centros urbanos, ocasionando com isso uma expansão desordenada desses centros, além da queda no crescimento econômico, endividamento externo, expansão da dívida pública, elevação dos juros, que acabaram por definir um quadro de recessão e inflação que se arrastou por toda a década de 80. Como umas de suas principais conseqüências, a assistência à saúde foi ficando cada vez pior. Para Mendes (1994, p. 02):

[...] os anos 70 caracterizaram-se pela conformação do modelo médico assistencial privatista, cuja ênfase recaía no 'privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública... além de estar orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da Medicina e privilegiamento do produtor privado desses serviços'.

Além disso, a recessão também influenciou a entrada deste profissional no serviço público de saúde. Sobre este assunto, Dimenstein (1998) explica que o número de pessoas que procurava atendimentos psicológicos privados era cada vez menor em função da crise econômica que se dava no Brasil. O poder aquisitivo da classe média foi atingido em cheio pela crise. Como o mercado se retraía e o número de psicólogos que saíam das universidades não diminuía, a situação ficou ainda pior. Logo, o setor público começou a se tornar mais atrativo pela possibilidade de emprego estável e flexibilidade de horário que permitia que o profissional ainda pudesse trabalhar na clínica.

Em função dos fatores citados (e dos primeiros concursos públicos realizados na década de 80), os psicólogos começaram a ocupar espaços públicos na saúde mais

densamente, como: hospitais psiquiátricos e gerais, postos, centros de saúde e maternidades.

Nesta época, também ocorreram movimentos organizados pelos Conselhos Federal e Estaduais de psicologia, que visavam pressionar os órgãos públicos para que estes criassem novos empregos nas instituições de saúde. Dentre os exemplos mencionados por Dimenstein (1998, p. 9), podem ser citados:

A luta pela contratação dos psicólogos concursados na Prefeitura de São Paulo, em 1981; a luta travada pelo CRP-06 (SP, MT, MS) contra a demissão em massa de psicólogos nas Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), em São Paulo e na Universidade Federal de Uberlândia, ambas em 1982.

Na assistência à saúde mental, especificamente, a situação não era diferente:

[...] O modelo hospitalocêntrico (asilos, colônias) era predominante e a assistência era prestada principalmente pelos hospitais privados, que tinham no Estado o seu grande financiador, **assim** caracterizava-se uma situação de mercantilização da loucura. (DELGADO, 1992 apud DIMENSTEIN, 1998, p. 4) (grifos e acréscimos nossos).

Dimenstein, ainda neste trabalho, afirma que “a entrada do psicólogo no setor público de saúde dá-se num momento em que esse modelo médico-assistencial privatista encontra-se no seu ápice, mas também em franco esgotamento” (p. 4). Esta se justifica porque a completa falência do sistema de saúde começa a suscitar em alguns setores da sociedade reivindicações por melhores condições de assistência à população, advindas de tentativas de implantação de novos modelos de gestão. De igual forma, na área da psiquiatria,

[...] apareceram inúmeras críticas em relação ao modelo asilar e propostas de desospitalização da assistência médico-psiquiátrica, devido aos efeitos prejudiciais da permanência prolongada, pelo questionamento da sua eficácia técnica e legitimidade ética. (DIMENSTEIN, 1998, p. 4).

Tais críticas se dirigiam ao modelo asilar e tinham influência de movimentos reformistas ocorridos nos EUA e Europa desde a década de 40, tais como a Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas (formas restritas ao âmbito hospitalar); a Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Preventiva norte-americana; a Anti-Psiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia (Psiquiatria Democrática Italiana) (DIMENSTEIN, 1998).

Estes movimentos, em linhas gerais, objetivavam questionar, em maior ou menor grau, as bases do modelo de assistência psiquiátrica vigente e propor outras alternativas que orientassem novas propostas baseadas, por exemplo, em uma assistência antimanicomial de

base territorial que estaria atrelada a mudanças em áreas fundamentais como a social, saúde, cultura e política. Desejava-se construir alternativas que fossem mais humanas e também mais eficientes do ponto de vista do tratamento. Tais audaciosas idéias não poderiam ser levadas à frente unicamente pelos profissionais da área médica. Para Cerqueira (1984), o psiquiatra sozinho não poderia modificar o quadro assistencial tradicional, necessitando para isso da participação de outros profissionais, entre eles o psicólogo.

Assim, o pensamento inicial era formar equipes multiprofissionais que estariam em sintonia com as novas propostas deste esboço de modelo antimanicomial, cujo caminho seria longo, e incluiria várias tentativas mal-sucedidas, que foram evoluindo em seu alcance até chegar à aprovação da lei 10. 216/01, implementando assim, novas práticas condizentes como esta nova proposta de atenção. Desta forma, como concluiu Dimenstein (1998, p. 4),

[...] a entrada dos psicólogos na área de saúde mental deu-se, assim, num momento de crítica ao modelo asilar e às equipes de saúde formadas predominantemente por médicos e de ênfase na formação das equipes multiprofissionais, vistas enquanto condição *sine qua non* para a concretização do novo modelo de assistência em psiquiatria que preconizava a desospitalização e o investimento em serviços alternativos extra-hospitalares.

Este marco deu início a uma grande absorção de psicólogos na saúde mental no final da década de 70 e início da de 80, que também aconteceu em reação às críticas da predominância de médicos nas equipes de saúde. Como se pôde perceber, as alterações na composição interna das equipes de saúde ocorreram como consequência a uma nova proposta de trabalho em saúde mental, orientada pelas políticas públicas de saúde. A assistência médica e a própria saúde pública passaram a ser vistas de forma mais integrada, havendo também uma tentativa de fortalecimento da rede básica de saúde e sua adequação ao perfil dos problemas enfrentados pela população (DIMENSTEIN, 1998). Logo, era de extrema importância que tais questões se refletissem da forma mais ampla possível na própria equipe de atendimento. Como se começava a indagar sobre o quanto a saúde e a doença são fenômenos extremamente complexos e multicausais, era imprescindível que a avaliação e tratamento de tais problemas considerassem estas peculiaridades e, como consequência, trouxessem novos elementos (como práticas de intervenção e atuação estratégicas) em forma de atendimento multidisciplinar. E como último elemento citado por Dimenstein (1998, p. 11-12),

[...] a intensa difusão da psicanálise na sociedade brasileira foi, sem dúvida, um dos aspectos que contribuíram para o boom da procura de faculdades de Psicologia a partir dos anos 70, para o aumento da oferta de serviços de Psicologia, para a expansão do campo de atuação do psicólogo e seu mercado de trabalho no Brasil.

Para Figueira (1985), a psicanálise surgiu como resposta a uma necessidade social de orientação das pessoas pela modernização acelerada que ocorria em nossa sociedade a partir da década de 50, com mudanças políticas e desenvolvimento econômico significativos, “cujo lema se fazia representar pelos ideais da mudança, modernização e progresso, altamente difundidos nas classes médias e altas urbanas” (p. 23). Assim, a psicanálise encontrou nas classes alta e média ressonância de suas idéias que pregavam um “[...] ‘ethos’³ individualista caracterizado pela centralidade do valor "indivíduo", na nuclearização da família, na incompatibilidade entre os domínios públicos e privados da existência, ou seja, por um determinado modo de pensar e estilo de vida [...]” (DIMENSTEIN, 1998, p. 12).

Segundo Santos (1990); Coimbra (1993) apud Dimenstein (1998), o crescimento da psicanálise veio reforçar um movimento que, ao longo dos anos 60/70 e até mesmo anos 80, pregou um culto da intimidade com ênfase no caráter privado e nuclear da família, em oposição a valores anteriores de uma família hierárquica, na responsabilidade individual de seus membros e uma preocupação com suas particularidades, nos projetos de ascensão social e na descoberta de si mesmo na libertação das repressões.

No entanto, novos questionamentos surgiram, trazendo consigo novas perspectivas para o trabalho do psicólogo em saúde, levando principalmente em consideração que “[...] as condições de vida de nosso povo estão se deteriorando; há muita pobreza, muita carência e estas situações têm gerado sofrimento psíquico e nós, psicólogos, já não podemos mais estar de costas para esta realidade”. (BOCK, 1999, p. 8). Neste sentido, são louváveis novas tendências e formas de cuidado que aproximam o psicólogo das comunidades, ajudando a desmistificar tal profissão, mostrando o quanto ela pode ser útil. Pode-se citar aqui pelo menos três delas: o movimento de expansão dos CAPS nas cidades – capitais e interior -, dos CRAS – Centros de Referência de Assistência Social (na Assistência Social) e do próprio

³ Segundo o Grande Dicionário Larrousse da Língua Portuguesa, a palavra *ethos* vem do grego e significa costume, hábito (p. 406). No texto, a autora se refere a um modo cristalizado de entender o desenvolvimento do ser humano e características-processos de natureza psicológica (personalidade, auto-estima, agressividade e traumas, por exemplo).

trabalho do psicólogo nas equipes de PSF (amparado legalmente pela recente Portaria do Ministério da Saúde - GM N° 154, de 24 de Janeiro de 2008, que regulamenta a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF).

Como se pode constatar, vários esforços estão sendo realizados através de programas e políticas públicas, no sentido de permitir à população de baixa renda ter acesso a um espaço qualificado de escuta-intervenção para tratamento de seu sofrimento.

5 RECURSOS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS EM SAÚDE MENTAL

O objetivo deste tópico é discutir quais práticas referenciadas na literatura vêm sendo utilizadas com mais frequência pelos psicólogos em saúde mental e quais suas principais características, levando em consideração os paradigmas da Desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica, introduzidos a partir da aprovação da Lei 10.216 de 2001. São chamados aqui de “Recursos Terapêuticos”, os instrumentos, técnicas e práticas que de maneira ampla e dentro de uma metodologia própria de trabalho, possuem (cada um) objetivos mais ou menos definidos e que ocupam um lugar específico dentro do processo terapêutico (indo desde avaliação até o tratamento propriamente dito). Desta forma, serão comentados: Oficinas Terapêuticas, Acupuntura, Psicoterapia Individual e de Grupo, Visita Domiciliar, Avaliação Psicológica, Testes Psicológicos e Arte-Terapia.

É importante, no entanto, mencionar que muitas das práticas que serão relacionadas não são exclusivas do psicólogo. Na realidade, a prática de atividades como psicoterapia e o uso de técnicas de intervenção breve em uso/abuso de álcool e drogas, por exemplo, podem ser utilizadas por outros profissionais na área da saúde, como médicos e outros profissionais. Mas então o que diferenciaria o fazer do psicólogo em relação ao de outros profissionais de saúde mental, se eles potencialmente compartilham muitos dos mesmos recursos terapêuticos? Pode-se afirmar que a maneira com que este profissional percebe o homem e os fenômenos humanos (como acontecem e que influências sofrem) marca decisivamente tal especificidade (e a partir disto, um possível processo de intervenção, também diferenciado de outros profissionais). Um de seus principais instrumentos, que deriva das características diferenciadas citadas acima, é o processo de *escuta*,

[...] ao qual são atribuídos um caráter refinado, uma certa curiosidade desvelada em um estado de permanente atenção requintada por parte do psicólogo, além de uma ação de alerta e de interesse sobre a fala significativa, que reconstrói a história dos sujeitos, revelada a partir de seus sentimentos, emoções, desejos e conflitos (LIMA; NUNES, 2006, p. 8).

Além disso, os autores ainda afirmam que “os encontros clínicos são descritos como lugares privilegiados de acesso à subjetividade, de busca de autoconhecimento e crescimento”.

Por outro lado, o Conselho Federal de Psicologia (2004), através do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI - está realizando um grande esforço, no sentido

de analisar a qualidade dos testes psicológicos em uso no Brasil – instrumentos importantíssimos na prática do psicólogo -, resguardando, também, o direito destes instrumentos serem unicamente utilizados por esta classe.

Foi mencionado no tópico sobre a formação do psicólogo que existem várias mudanças acontecendo na prática/formação deste profissional para o trabalho em saúde mental já há alguns anos. Com o advento da Reforma Psiquiátrica, a maneira de ver o ser humano como ser biopsicossocial⁴ se integra ao movimento. De tal pressuposto, surge uma nova visão do processo saúde-doença e, portanto, de intervenção (ênfase sobre diversificadas formas de cuidado e trabalho interdisciplinar, por exemplo). No entanto, é importante mencionar que a introdução de um novo modelo de atenção ao portador de transtornos mentais e referenciais teóricos orientados pela Lei 10.216/01 não são nada simples porque envolvem aspectos culturais antigos, arraigados na prática dos diversos profissionais – o que faz necessário intenso amadurecimento através de discussões, estudos e capacitações.

De qualquer forma, pode-se perceber que já existe um movimento de reflexão sobre a prática que se deseja para os CAPS e da importância de se ver elementos sociais, culturais, políticos, econômicos e individuais de maneira mais integrada, influenciando os fenômenos humanos – dentre eles, o surgimento do transtorno mental.

Importante também mencionar que algumas correntes teóricas dentro da psicologia já seguiam pressupostos filosóficos que vêem a pessoa de forma holística, como por exemplo, o Humanismo Rogeriano e a Gestalt-Terapia (FADMAN; FRAGER, 1998). No entanto, como já discutido no tópico sobre a formação profissional, o modelo clínico-biomédico, orientado pelo pensamento cartesiano, acabou influenciando fortemente a prática deste profissional. Assim, esta parte do trabalho não pode ser vista desconectada das demais trabalhadas anteriormente – Breve Histórico da Saúde Mental e Formação Profissional do Psicólogo.

Falar sobre recursos terapêuticos utilizados em psicologia também nos leva a uma outra relevante indagação: Que critérios são utilizados pelos profissionais para a escolha de determinado tipo de recurso a ser usado em sua prática em saúde mental? Tal indagação esta presente em nosso questionário de pesquisa.

De igual maneira, também é importante observar que vários autores enfatizam a relevância da criatividade no planejamento e execução do projeto terapêutico individual, visto

⁴ O médico George L. Engel (1977) é considerado maior expoente do modelo biopsicossocial, tendo publicado um artigo no qual fala pela primeira vez sobre este termo. Alimentado por esta perspectiva, o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileiro, passou a pregar uma atenção mais ampla aos portadores de transtornos mentais para além das variáveis biológicas.

que o processo da Reforma é um movimento muito recente e referências teóricas e técnicas compatíveis ainda precisam ser construídos. Sobre este assunto, Romagnoli (2006, p. 11) afirma que “[...] Menos que um seguidor de verdades, o psicólogo deve ser um inventor de novas práticas, sem temer a não ortodoxia.”

Tal necessária criatividade também se deve ao fato de que não se pode simplesmente reproduzir com qualquer população saberes e práticas sem que estes sejam contextualizados ao público atendido. Ao falar sobre o compromisso social do psicólogo, Bock (1999, p. 11) também menciona a importância deste tema, ao afirmar que:

[...] Nossas técnicas têm sido construídas e utilizadas com uma determinada camada social, em geral intelectualizada e muito verbal. A população brasileira, na sua maioria, não tem costume e facilidade para trabalhar a partir das técnicas com as quais estamos acostumados.

Outro argumento em favor de uma fazer voltado para práticas criativas junto ao público atendido se sustenta no fato de que a Reforma no Brasil também deve marcar o abandono de tratamentos que, ao invés de promoverem cidadania e autonomia, enclausuravam ainda mais as pessoas, favorecendo um círculo de dependência do portador de transtorno mental.

A seguir serão mencionados alguns dos principais recursos terapêuticos usados pelo psicólogo citados na literatura existente sobre o assunto. A relação não é exaustiva porque, sem dúvida alguma, existem outras formas (métodos e técnicas) de trabalhar situações específicas neste âmbito.

Oficinas Terapêuticas

As oficinas terapêuticas, enquanto dispositivos da atual Política Nacional de Saúde Mental, objetivam se diferenciar das práticas antecessoras, decorrentes da ideia de estabelecer o trabalho como um recurso terapêutico, conhecido como ‘tratamento moral’. O Ministério da Saúde define e apresenta os objetivos das oficinas terapêuticas como: [...] “atividades grupais de socialização, expressão e inserção social” (p. 07), através da Portaria 189 de 19/11/1991.

Para DELGADO; LEAL; VENÂNCIO (1997), existem três caminhos possíveis para a realização de uma oficina:

- Espaço de Criação: são aquelas oficinas que possuem como principal característica a utilização da criação artística como atividade e como um espaço que propicia a experimentação constante.
- Espaço de Atividades Manuais: seria uma oficina que utiliza o espaço para a realização de atividades manuais, onde seria necessário um determinado grau de habilidade e onde são construídos produtos úteis à sociedade. O produto destas oficinas é utilizado como objeto de troca material.
- Espaço de Promoção de Interação: é a oficina que tem como objetivo a promoção de interação de convivência entre os clientes, os técnicos, os familiares e a sociedade como um todo.

No trabalho supracitado, os autores afirmam que os fatores que unificam as experiências denominadas “oficinas”, não são os tipos de atividades desenvolvidas nestes espaços, mas a noção deste fazer enquanto facilitador da comunicação, estimulador do desenvolvimento de relações interpessoais, favorecendo assim, a interação, integração e reinserção social das pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

Atualmente, as oficinas vêm sendo pensadas tendo como pano de fundo os novos paradigmas trazidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira que se encontra em curso. Logo, sua elaboração e implementação sempre devem levar em consideração importantes elementos como, a reinserção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico, respeito a sua autonomia e singularidade.

Acupuntura

A milenar medicina chinesa, com todo seu conhecimento acumulado, também vem contribuindo para a adoção de práticas alternativas que ajudem a ultrapassar os paradigmas da psiquiatria tradicional em saúde mental. Pode-se citar o uso da acupuntura pelo psicólogo como uma alternativa muito importante neste caminho. Resumidamente, ela age através da estimulação de determinados pontos que coincidem com terminações nervosas espalhados pelo corpo. Tal estimulação faz com que o cérebro libere substância que atuam em diversos problemas de saúde e estados psicológicos. Apesar de ser reconhecida como uma alternativa terapêutica eficaz em diversos quadros pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Medicina, a acupuntura ainda é utilizada timidamente entre

psicólogos (VECTORE, 2005). Tal prática é salvaguardada pela Resolução nº05/2002, do Conselho Federal de Psicologia, que concede ao profissional de psicologia, o direito de estudar cientificamente a acupuntura e de utilizá-la em sua prática. Obviamente, seria necessária uma pesquisa sobre como e se as instituições formadoras de profissionais estão trazendo informações sobre o advento da referida resolução, bem como abordando qual a importância de acupuntura enquanto alternativa terapêutica em saúde mental.

Diversos estudos vêm demonstrando a eficácia desta alternativa terapêutica em saúde mental. Vettore (2005) cita o aumento da melatonina e a significativa redução da insônia e ansiedade em pacientes tratados com acupuntura durante cinco semanas. O autor menciona ainda a eficiência da acupuntura auricular no tratamento das desordens crônicas de ansiedade.

A acupuntura ainda tem a capacidade de modificar neuroquimicamente o sistema límbico (relacionado às emoções), aumentando o nível de serotonina e sendo, desse modo, indicada para o tratamento de depressões (VECTORE, 2005).

É importante mencionar que os estudos sobre o emprego da técnica em diversos outros transtornos ainda precisam continuar sendo realizados. Para que se tenha uma idéia, o mecanismo de ação da acupuntura já está relativamente desvendado na efetividade de ação em 366 pontos da acupuntura clássica para o tratamento de diversos problemas de saúde (VECTORE, 2005).

Psicoterapia Individual

Por ser historicamente o campo de atuação principal do psicólogo, a psicoterapia individual dispensa muitas apresentações, embora seu uso no campo da saúde mental pública, seguindo os princípios de nossa Reforma, deva ser realizado de maneira diferenciada dos moldes clínicos tradicionais.

A psicoterapia nos CAPS foi instituída pela Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde. Para Vieira Filho (1998), entende-se por psicoterapia, na atenção psicossocial, uma modalidade de atendimento clínico psicológico ao sujeito-social que tem como eixo central a dialogicidade na relação terapêutica e a realização temporal a curto ou longo prazo.

O seu objetivo maior é o bem-estar e melhor inserção social do usuário. Nesse processo relacional, afetivo e cognoscitivo, ele expõe livremente sua experiência de vida, sem medo ou expectativa de julgamento moralista e normalizador (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004, p.9).

Vieira Filho; Nóbrega (2004) lembram que a psicoterapia é uma modalidade de *Atendimento Terapêutico*, que possui as seguintes raízes etimológicas:

[...] atendimento (do latim *attendere*: acolher) terapêutico (do grego *terapéuo*: tratar diligentemente) é entendido como ato de acolher, receber com cortesia, tomando em consideração e escutando atentamente a pessoa humana que procura o serviço para prestar cuidados relativos à demanda referente à sua problemática sócio-existencial e de saúde mental. Atender significa também: atentar, observar, notar, com uma metodologia apropriada ao campo do saber/fazer prático clínico. No cotidiano, a variabilidade dos atendimentos (psicoterapia, visita domiciliar, atividades de apoio social, etc.) depende então da demanda de cuidados à saúde mental do usuário, das condições concretas de intervenção da equipe multiprofissional e dos recursos terapêuticos disponíveis. (p. 07)

De tal definição, pode-se depreender algumas características que marcam a especificidade deste poderoso recurso no atendimento psicossocial nos CAPS (s). A pessoa atendida hoje é vista como ser sócio-histórico-cultural. Para Nathan; Stengers (1999) apud Vieira Filho; Nóbrega (2004, p. 10), “o usuário não seria mais considerado como *sujeito solitário*, como ocorre geralmente nas psicoterapias tradicionais”, mas sim,

[...] como sujeito-social, entendido numa concepção relacional na qual não se focaliza a pessoa atomizada, mas inserida culturalmente, participante de uma sociedade, de suas redes sociais e ambiente ecológico. Assim, o processo psicoterápico psicossocial pressupõe também uma prática complexa, articuladora de saberes e fazeres, numa dialógica quotidiana ancorada no sócio-histórico.

Tal afirmação marca uma maneira diferenciada de perceber/compreender tal sujeito, seus problemas e também de ajudá-lo. O ser é visto como alguém que nasceu e vive em um contexto de relações (comunitárias, familiares, políticas, culturais, sociais, biológicas, por exemplo), não podendo ser visto distante de sua realidade. Os grupos dos quais ele faz parte são de grande importância para o entendimento de sua situação, não descartando é claro, sua individualidade.

Outro elemento marcante é o trabalho multiprofissional que se realiza no CAPS – fato que se justifica pelo reconhecimento de que o portador de transtorno mental possui diversificadas necessidades que, na medida das possibilidades institucionais, devem ser reconhecidas e trabalhadas. Este trabalho mais abrangente contrapõe-se à natureza histórica do trabalho solitário do psicólogo na clínica tradicional. O que, sem dúvida, exige uma mudança de postura. Logo, o psicólogo tem que se integrar a um grupo de pessoas com saberes diferenciados e, interagir para conseguir o melhor para a pessoa atendida. Por este motivo, ele não é e nem deve ser considerado o único responsável pela saúde mental do

paciente. Esta tarefa é compartilhada com o objetivo de ampliar o potencial terapêutico das intervenções como um todo.

A troca de impressões e contribuições mútuas enriquece o trabalho e aumentam as possibilidades de resolutividade no serviço, sem que a “identidade profissional” de cada um seja perdida. Esta característica possui repercussões também no trabalho psicoterápico, na medida em que pode levantar diversos elementos para este trabalho, além de, como já dissemos, favorecer o compartilhar de percepções e adoção de estratégias de intervenção junto ao paciente.

Outra diferença do atendimento tradicional relaciona-se ao fato de que existe uma perspectiva mais bem estruturada e ampla em termos de atendimento e possibilidades de intervenção – a formação e identificação de *Redes de Apoio* (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004, p. 10). Como descrevem os autores mencionados, existem basicamente três tipos de rede:

A Rede Significativa do usuário [...] é fundamental, particularmente quando se quer perceber as teias de conflito(s), o potencial familiar de apoio ou não em situação de crise, o núcleo relacional a ser ativado para uma melhor inserção social do usuário, etc. Porém, não se pode confundir sua rede significativa com a **Rede de Apoio que o terapeuta pode construir junto com ele**. No primeiro caso, mapeiam-se as pessoas e grupos com os quais ele tem uma relação significativa (por exemplo, confiança, profissional, mais afetiva); no segundo, distingue-se neste mapeamento aquelas pessoas e/ou grupos que podem ser ativados diretamente (intervenção na rede), ou indiretamente (por iniciativa do usuário ou outros implicados no atendimento), no sentido de contribuir para seu bem-estar [...] A **Rede de Serviços** também pode se constituir como rede de apoio na medida em que existam profissionais disponíveis e solidários para ajudar o usuário em cuidados específicos (Grifos e acréscimos nossos).

Em todas as redes citadas, o profissional se serve da possibilidade de criação/existência de vínculos com pessoas e instituições que podem vir a se tornar terapêuticos para a pessoa atendida, além de aproveitar toda a disponibilidade de meios presentes no território do usuário em termos de serviços, ajudando assim, no re-estabelecimento de vínculos comunitários.

As intervenções e recursos utilizados seguem a elaboração do *projeto terapêutico* do paciente, que começa a ser construído quando ele adentra o serviço, mas que vai se modificando com o passar do acompanhamento em função de mudanças de rumo no tratamento e inclusão de novas necessidades, por exemplo.

Algo imprescindível é o esforço para se estabelecer, na elaboração do projeto, relações consistentes e de parceria entre as pessoas atendidas (englobando também a família), equipe de saúde mental e a comunidade. Tais alianças aumentam sobremaneira as possibilidades de

sucesso do tratamento, na medida em que envolvem pessoas significativas do paciente, aproveitam o espaço comunitário com todas as suas possibilidades de recursos disponíveis (como via de ressocialização, local de desenvolvimento de potencialidades e uso de serviços disponíveis, dentre outros). Como eixo principal e articulador destas relações, está a equipe de saúde mental, que possui o objetivo de orquestrar o funcionamento e relações entre os demais eixos em prol do paciente.

Psicoterapia de Grupo

Como bem lembram Cardoso; Seminotti (2006):

De acordo com a orientação do Ministério da Saúde (Portaria 224/92, de 2001; e Portaria nº 336/GM, de 2004) e com a tendência mundial das reformas psiquiátricas, os atendimentos devem ser realizados predominantemente em grupos⁵ nos Caps pelo intercâmbio inédito que o grupo proporciona a seus integrantes, possibilitando a improvisação de novos modos de relação. (p. 2)

Pode-se pensar esta orientação sob duas perspectivas diferentes, quando se leva em consideração a formação do psicólogo brasileiro nos dias atuais. Quando o tópico referente à formação do psicólogo foi trabalhado, foram mencionadas algumas dificuldades por que passa tal processo. Por ser o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira extremamente recente - que implica necessariamente na substituição gradual do manicômios por instituições de base territorial comunitária (CAPS, por exemplo) - e da necessidade de se adotar uma nova forma de se ver e tratar o portador de transtornos mentais, é necessário que todos os profissionais que trabalham nesta área exerçam o compromisso ético de buscar conhecimento teórico-prático para empregá-lo em seu trabalho diário. A realidade acadêmica maranhense, no que se relaciona à formação, principalmente em nossa universidade federal, ainda se encontra muito deficitária (currículos desatualizados, número de professores mestres e doutores insuficiente, estrutura física limitada, lentidão em se atualizar às mudanças/demandas sociais que exigem correções no processo de formação profissional, só para citar alguns) – o que mostra de maneira mais contundente a contínua necessidade de capacitação e aquisição de conhecimentos para o seu trabalho.

Por outro lado, o momento atual levanta a possibilidade de novos questionamentos e formulações teóricas para o trabalho no campo da saúde mental e com comunidades de baixa renda. Se há algum tempo, o modelo de psicoterapia individual era hegemônico e quase

inquestionável, o advento das portarias supracitadas (baseadas em estudos que defendem as muitas vantagens desse tipo de trabalho), leva o psicólogo a também procurar rever bases de sua formação e capacitar-se mais ainda para o trabalho em saúde mental.

Quanto à validade da psicoterapia de grupo, Bechelli; Santos (2002, p.2) afirmam que “estudos controlados e com metodologia criteriosa indicam que a psicoterapia de grupo é eficaz. E, além disso, é tão eficaz quanto a psicoterapia individual”. Além disso, na literatura também: “não se observa diferença significativa no resultado quando se emprega a mesma abordagem (teórica) nas condições individual e grupal”.

Em outro trabalho, Bechelli; Santos (2004) mencionam a expansão da psicoterapia de grupo através da criação de diversas variações desta modalidade de intervenção nos últimos 10 ou 15 anos. Dentre os problemas tratados, os autores citam, por exemplo: transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, distímia, pacientes com história de trauma catastrófico, mulheres com história de abuso sexual na infância, depressão pós-parto.

Estes mesmos autores mencionam ainda algumas vantagens deste método de intervenção em relação a outros:

[...] Na verdade, grupos com participantes sofrendo da mesma condição facilitam a identificação, a revelação de particularidades e intimidades, o oferecimento de apoio ao semelhante, o desenvolvimento de objetivo comum, e a resolução das dificuldades e dos desafios que se assemelham. Ao mesmo tempo, reduz o isolamento social e possível estigma, associado, dependendo da gravidade da doença, ao padecimento que a própria pessoa se impõe [...] (BECHELLI; SANTOS, 2004, p. 7)

Não podemos deixar de mencionar também o aspecto financeiro, que se traduz na própria economia em termos de utilização de recursos humanos e tempo dedicado ao trabalho realizado.

Corroborando a importância da psicoterapia de grupo, Yalom; Leszcz (2006, p. 16), afirmam que:

o grupo de terapia verdadeiramente potente, em primeiro lugar, proporciona uma arena onde os pacientes possam interagir livremente entre si, ajudando-os a identificar e entender o que sai errado em suas interações e, finalmente possibilita que eles mudem os padrões mal-adaptativos.

Visita Domiciliar

Sem dúvida alguma, este recurso possui extrema relevância quando se pensa em uma nova perspectiva de atenção em saúde mental, inclusive com mudança de paradigmas. Através dele, você pode vislumbrar não somente a compreensão da doença em termos individuais, mas toda uma perspectiva mais ampla de entendimento, levando-se em consideração a família, com seus vínculos e sentimentos de pertença, além de possibilitar muitos outros benefícios ao acompanhamento.

Como bem lembra Brandão (2001) apud Pietroluongo; Resende (2007, p. 2)

O atendimento domiciliar reflete as limitações do atendimento institucional e da atuação individual do profissional, e, em saúde mental, dentro dos pressupostos da reforma psiquiátrica, de busca da inclusão social do louco pela quebra de padrões culturais e pela forma de ver a loucura como um fenômeno complexo, a limitação da instituição e do profissional se faz mais evidente.

Outro argumento a favor da visita domiciliar é que [...] O atendimento territorializado é importante, já que a desinstitucionalização tem como principal objetivo a inclusão social do "louco", investindo em relações de apoio ao diferente dentro da comunidade [...] (PIETROLUONGO; RESENDE, 2007, p. 2).

Para Brandão (2001) apud Pietroluongo; Resende (2007, p. 2), o objetivo primordial da visita domiciliar é “buscar a capacitação das famílias para que estas possam utilizar recursos próprios, a fim de resolverem os seus problemas, incluindo-as no processo de tratamento”. Os autores afirmam que é através desta capacitação que a família pode se sentir mais segura e confiante para lidar com os problemas decorrentes do convívio com a loucura, evitando internações recorrentes e a conseqüente alienação social e a cronificação do usuário de saúde mental.

Outra característica da visita domiciliar é a possibilidade de formação de vínculos terapêuticos mais sólidos com o paciente e sua família – instrumento valiosíssimo para o desenvolvimento de um trabalho satisfatório.

Dentre as utilidades da visita domiciliar, podemos citar também: a possibilidade de melhor compreensão das relações de significado que se estabelecem a partir do aparecimento da doença mental no seio familiar; investigar fantasias presentes e mitos acerca do adoecimento e de seu curso, com o objetivo de desfazê-las, ajudando a família assim a lidar mais realísticamente com a situação. Em muitas situações, ela é realizada por equipe

interdisciplinar – que sem dúvida, é uma oportunidade de ampliação do olhar sobre a realidade da familiar visitada.

Avaliação Psicológica

O Conselho Federal de Psicologia (2007, p. 8), define a avaliação psicológica como sendo:

O processo técnico e científico realizado com pessoas ou grupos de pessoas que, de acordo com cada área do conhecimento, requer metodologias específicas. Ela é dinâmica e constitui-se em fonte de informações de caráter explicativo sobre os fenômenos psicológicos, com a finalidade de subsidiar os trabalhos nos diferentes campos de atuação do psicólogo, dentre eles, saúde, educação, trabalho e outros setores em que ela se fizer necessária. Trata-se de um estudo que requer um planejamento prévio e cuidadoso, de acordo com a demanda e os fins aos quais a avaliação destina-se.

Desta forma, esta prática se integra a um processo de avaliação mais amplo das necessidades do paciente, que ocorre quando todos os profissionais realizam suas próprias avaliações.

A cartilha define ainda algumas características deste recurso ao afirmar que “[...] A Avaliação Psicológica é um processo amplo que envolve a integração de informações provenientes de diversas fontes, dentre elas, testes, entrevistas, observações, análise de documentos”.

Logo, cabe ao profissional definir, a partir de sua formação, das necessidades do paciente e de sua família e dos recursos institucionais disponíveis, quais instrumentos e metodologias ele poderá utilizar.

Testes Psicológicos

Junto com a psicoterapia, a utilização dos testes psicológicos é, com certeza, uma das práticas mais conhecidas entre a população em geral. Ao mencionar o processo de avaliação psicológica realizado com a utilização de testes, o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI - confirma tal afirmação:

A Avaliação Psicológica realizada por meio de testes é a atividade do psicólogo mais conhecida pela população. Pode-se afirmar que quase todos os sujeitos adultos, especialmente das regiões urbanas, tiveram a experiência de responder a Testes Psicológicos para diversos propósitos.

Como na clínica tradicional, os resultados dos testes devem ser analisados juntamente com outras fontes de investigação para que se tenha uma avaliação diagnóstica mais ampla sobre a realidade do paciente que contemple as principais variáveis investigadas.

Arte-Terapia

A utilização de recursos artísticos como ferramentas terapêuticas – Arte-Terapia - também possuem grande emprego entre os profissionais da psicologia. Cionai (2004, p. 8) cita o um texto da American Association of Art Therapy (Associação Americana de Arte-terapia), no qual são mencionadas algumas das características desta ferramenta:

[...] A arte-terapia baseia-se na crença de que o processo criativo envolvido na atividade artística é terapêutico e enriquecedor da qualidade de vida das pessoas. Arte-terapia é o uso terapêutico da atividade artística no contexto de uma relação profissional por pessoas que experienciam doenças, traumas e dificuldades de vida, assim como por pessoas que buscam desenvolvimento pessoal. Por meio do criar em arte e do refletir sobre os processos e trabalhos artísticos resultantes, pessoas podem ampliar o conhecimento de si e dos outros, aumentar sua auto-estima, lidar melhor com sintomas, stress e experiências traumáticas, desenvolver recursos físicos, cognitivos e emocionais e desfrutar do prazer revitalizador do fazer artístico [...].

Pela sua possibilidade de sua utilização em muitos tipos de dificuldades, o trabalho de arteterapia dentro da saúde mental tem sido largamente utilizado, tanto no Brasil quanto no exterior (WOSIACK; WEINREB, 2008)

O uso de atividades artísticas em terapia para pessoas portadoras de transtornos mentais já é conhecida há um período razoável de tempo. Já na década de 40, como lembram Wosiack; Weinreb (2008), Dr^a Nise da Silveira, psiquiatra, iniciou um trabalho pioneiro no Brasil, no Hospital Psiquiátrico Pedro II do Rio de Janeiro. Ela introduziu na sessão de terapia ocupacional, a pintura, a modelagem e a xilogravura. Chamou esta experiência de “Emoção de Lidar”, que atestou que o paciente psiquiátrico não era afetivamente embotado, mas sim, capaz de produzir, de criar, revelando seu mundo psíquico e produzindo melhoras no seu estado geral.

Atualmente, diversos recursos materiais são utilizados como auxílio no trabalho terapêutico: tintas, revistas, barro, esculturas, músicas, sucata⁵ e fotografias⁶, por exemplo. A arte-terapia pode ser utilizada em oficinas terapêuticas específicas.

⁵ Cionai (2004)

⁶ Idem

Todos os recursos citados ajudam a enriquecer as possibilidades de intervenção no trabalho em saúde mental. No entanto, a escolha pessoal do profissional define, em última análise, quais recursos este vai utilizar.

Para finalizar este tópico, não se pode deixar de mencionar a utilização das técnicas de Dinâmica de Grupo, que são importantes instrumentos que podem ser utilizados no processo de avaliação psicológica, sozinhas ou em conjunto com outros recursos do serviço. As técnicas podem ter diversos objetivos e ser utilizadas em diversas situações e públicos diferentes (crianças, jovens e adultos).

6 METODOLOGIA

O tipo de estudo realizado classifica-se como uma pesquisa: prospectiva, descritiva, exploratória e qualitativa. O local de estudo envolve as seguintes instituições estaduais de saúde mental não-hospitalares: CAPS “Bacelar Viana” e CAPS AD (para tratamento em álcool e drogas). O CAPS “Bacelar Viana” possui uma situação bem peculiar no que se relaciona à sua existência de fato e de direito no âmbito da assistência em saúde mental no Estado: por se localizar no território destinado ao Hospital Nina Rodrigues (unidade hospitalar estadual), não recebeu autorização do Ministério da Saúde para funcionar. Hoje, na prática, ele se encontra vinculado administrativa e financeiramente ao referido hospital. Este recebe recursos do Estado para sua própria subsistência e os repassa com autonomia para o CAPS.

Já o CAPS AD está regularmente vinculado à Coordenação Estadual de Saúde Mental do Maranhão. Foi fundado em 4 de Dezembro de 2008 e se destina ao tratamento de dependentes de álcool e outras drogas.

O critério utilizado para a escolha de tais instituições foi a facilidade de acesso às mesmas. Fazem parte da população pesquisada todos os psicólogos (cinco) que exercem suas atividades nas duas unidades pesquisadas, sendo que três deles trabalham no CAPS “Bacelar Viana” e dois no CAPS AD. O período de realização da pesquisa foi de fevereiro a março de 2009.

Foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista, com perguntas abertas e fechadas, previamente elaborado pelo pesquisador, compreendendo variáveis que investigam

práticas e características profissionais do psicólogo, bem como seu conhecimento acerca da Política de Saúde Mental vigente (Apêndice A).

O processo de coleta de dados do estudo no campo deu-se da seguinte forma: Levantamento junto às instituições selecionadas dos psicólogos que nelas trabalham; Contato com os profissionais por meio telefônico, e-mail e/ou pessoalmente (visando esclarecimento sobre o objetivo do estudo, a forma de coleta de dados e o destino dos resultados). A aplicação do instrumento de coleta de dados foi realizada pessoalmente pelo pesquisador.

A análise utilizada foi qualitativa. Assim, como procedimento, foram agrupadas as respostas das questões abertas em categorias que permitiram compreender melhor os resultados obtidos. A análise se deu através de relações comparativas das respostas encontradas, bem como relações estabelecidas entre estes resultados e o que é referenciado na bibliografia sobre o assunto.

No que se relaciona às considerações éticas, o pesquisador comprometeu-se a analisar e divulgar os resultados seguindo os preceitos éticos de uma pesquisa científica, com a finalidade última de contribuir para a discussão sobre o perfil e a prática do profissional de psicologia no campo da saúde mental à luz do processo de Reforma Psiquiátrica em curso.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados em blocos, como forma de abordar os temas em conformidade com os objetivos estabelecidos inicialmente neste trabalho.

Perfil Sócio-Profissional:

Em relação ao quesito idade, verificou-se que quatro dos profissionais pesquisados possuem entre 26 e 30 anos de idade e somente um deles possui entre 45 e 50 anos. O que revela uma população formada quase que exclusivamente por psicólogos jovens, a exceção do último mencionado.

Quanto ao sexo, quatro deles são do sexo feminino, enquanto um é do sexo masculino. Não sendo considerada especificamente a proporção entre ambos revelada na pesquisa, de qualquer forma, este resultado acaba por confirmar o que a literatura sobre o tema revela de maneira contundente: A psicologia ainda é uma profissão eminentemente feminina (DIMENSTEIN, 2001; CFP, 1988; CASTRO; YAMAMOTO, 1998). Embora este fato venha se mantendo relativamente estável ao longo dos anos, aos poucos se começa a perceber o aumento do público masculino nos cursos de psicologia, mesmo que de maneira ainda tímida.

Quando se investigou a instituição de graduação, foi constatado que quatro dos cinco profissionais fizeram suas respectivas formações em instituições privadas. Tomando-se por base esta informação, lembra-se que pensar em Reforma Psiquiátrica é, em última análise, também pensar em formação profissional que deve, obviamente, iniciar na graduação. Tomando como exemplo as matrizes curriculares dos Cursos de Psicologia das universidades, pode-se visualizar a necessidade de sua rápida adequação às demandas da sociedade que hoje se apresentam, sob pena de termos profissionais pouco preparados para atuar na realidade que se mostra.

Vasconcelos (2004, p. 85) lembra que “existe uma resistência clara a uma mudança formal na estrutura curricular global e nos Cursos de Graduação por parte dos atuais professores, identificados com a cultura profissional hegemônica”. Segundo Dimenstein (1998), muitos deles, acostumados com um “*modus operandi*” cristalizado, que reflete em muitos casos, visões de mundo e de homem descoladas da realidade social, relutam por diversas razões em repensar novas alternativas de atenção a populações diversificadas. Logo,

a rigidez de alguns profissionais em relação ao modelo clínico tradicional - incontestável em seu *habitat natural* - não comporta muitos questionamentos que naturalmente são levantados com os novos paradigmas da Reforma Psiquiátrica.

Vasconcelos (2004, p. 86) ainda cita outro fato importantíssimo quando se fala em formação profissional do psicólogo:

[...] parte significativa da clientela dos consultórios privados dos professores é composta por futuros psicólogos ou profissionais recém-formados. As implicações desta cultura profissional hegemônica para os serviços públicos de saúde mental são visíveis. Além do despreparo dos profissionais para os desafios do campo e do processo de hierarquização da clientela (principalmente nos serviços ambulatoriais), é possível constatar uma tendência nítida dos psicólogos a reproduzirem, nos novos serviços de saúde mental, a cultura terapêutica típica dos paradigmas e dos modelos de prática associados ao consultório particular, provocando uma resistência à adoção de uma perspectiva efetivamente desinstitucionalizante, interdisciplinar e valorizadora da cidadania, da reinvenção abrangente das dimensões da existência subjetiva e social e do *empowerment* da clientela dos novos serviços.

Desta forma, dois elementos podem ser decisivos no processo de formação dos futuros psicólogos: 1 – Estrutura curricular das faculdades atualizada em relação à nova tendência de atenção em saúde mental e 2 – Professores bem preparados e sensíveis à responsabilidade de servirem como exemplo para novos profissionais (tanto nas faculdades como nos consultórios).

Obviamente também não podem ser esquecidos os estágios que permitam aos alunos entrar em contato com novas perspectivas de atenção.

No que se refere ao tempo de graduação, percebe-se que três dos profissionais informaram que possuem entre 4 e 7 anos de formados. O quarto profissional informou que possuía entre 1 a 3 anos de formado. O quinto pesquisado declarou possuir mais de 20 anos de formado.

Considerando a exigências do mundo globalizado e a tão alardeada “formação permanente e/ou continuada”, decidiu-se também investigar este aspecto junto à população pesquisada, quando foi detectado que quatro dos psicólogos informaram estar realizando ou terem realizado cursos em saúde mental no período citado. Quatro também foi o número de profissionais que mencionaram estar cursando ou terem concluído Especialização em Saúde Mental - o que, sem dúvida alguma, representa um avanço no que se relaciona ao processo de formação continuada, tão necessário em saúde mental. Dois dos entrevistados mencionaram

realizar cursos em outras áreas. Na população pesquisada, não foram identificados profissionais que possuem ou estejam cursando Mestrado ou Doutorado.

Ao se investigar a utilização de referencial teórico da psicologia na prática em saúde mental, pode-se verificar que todos os entrevistados afirmaram usar um referencial definido. Dois deles utilizam a Psicanálise, um utiliza a Abordagem Comportamental, enquanto o quarto utilizada a Abordagem Existencial Fenomenológica. O quinto profissional segue a Abordagem Centrada na Pessoa. Há diversificação nas abordagens utilizadas pelos profissionais pesquisados. Este aspecto do trabalho do profissional é importante porque o referencial teórico dá suporte ao entendimento dos conflitos/dificuldades apresentados pelas pessoas atendidas, além de ajudar na definição de metodologia própria no trabalho em cada abordagem. No entanto, Dimenstein (1998, p. 14), faz um alerta importante acerca deste assunto:

[...] muitas referências na literatura vêm apontar o fato de estar havendo uma transposição pura e simples do modelo hegemônico de atuação clínica do psicólogo para o setor público, sejam postos, centros ou ambulatórios, independentemente dos objetivos dos mesmos e das características da população neles atendida, gerando com isso uma prática inadequada e descontextualizada.

Logo, para a autora, predomina a “utilização de técnicas psicoterápicas, as quais são tomadas como o único instrumento de trabalho do psicólogo e como portadoras de um valor intrínseco, independente de onde e com quem são utilizados” (p. 14).

Por conseqüência, este fato deve ser visto com muito cuidado pelos psicólogos e sob uma perspectiva ética, na medida em que tal prática descontextualizada pode ocasionar evasão das pessoas atendidas, baixa eficácia dos tratamentos realizados e até mesmo sentimento de impotência nestes profissionais.

O tempo de trabalho em saúde mental foi outro aspecto investigado, no qual detectamos que dois psicólogos declararam ter de 1 a 3 anos de atividade em saúde mental, enquanto outros dois disseram trabalhar nesta área entre 4 e 7 anos. O quinto profissional afirmou trabalhar em saúde mental há aproximadamente 20 anos.

Ao se inquirir sobre as condições contratuais de trabalho, descobriu-se que todos os profissionais pesquisados afirmaram manter vínculo com as instituições mediante contrato temporário de trabalho. Aliado a tal fato, também podem ser observados os salários pouco atrativos - que acabam por fazer com que os profissionais sejam obrigados a ter outro emprego no turno contrário ao trabalhado nas instituições mencionadas. Além disso, a própria

insegurança da realidade de um trabalho temporário sempre faz parte do dia-a-dia destes profissionais.

Outro elemento importante refere-se à condição dos contratados no serviço público. Sabe-se que cargos de natureza temporária somente deveriam ser abertos em situações muito especiais⁷. Daí a necessidade de serem realizados concursos públicos para permitir também amparo legal aos profissionais que trabalham nas referidas instituições.

Todos estes elementos compõem um contexto de dificuldades para o profissional da psicologia no serviço público. Contexto este também mencionado por Dimenstein (1998, p. 14), quando esta autora afirma que:

[...] defasagem salarial, instalações físicas precárias, falta de material e apoio das instituições, são também geradores desse "mal-estar" entre os psicólogos e conformadores de uma prática movida pela lei do "menor esforço possível" e descomprometida com um projeto mais amplo de resgate da cidadania, ou seja, práticas mais solidárias e eticamente humanas.

A autora menciona como reflexos desta realidade, a baixa motivação para o trabalho, seguida de menor qualidade na prestação do serviço e um clima de “conformação” frente à situação que se apresenta.

Continuando a investigação sobre as relações de trabalho, buscou-se saber se os psicólogos possuem outro vínculo empregatício e constatou-se que todos eles trabalham em outras instituições para ajudar a compor uma renda mais digna, uma vez que os profissionais que trabalham nas instituições pesquisadas realizam suas atividades em meio-expediente (manhã ou tarde).

Características da prática do psicólogo em Saúde Mental

Ao se pesquisar sobre a prática do psicólogo nos serviços, questionou-se sobre os recursos terapêuticos utilizados com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre quais estratégias eram usadas nos tratamentos realizados e constatou-se que quatro utilizam técnicas de dinâmica de grupo e terapia de grupo (não necessariamente usadas em conjunto) em algum momento do processo terapêutico. O que indica que abordagens grupais são consideradas importantes para o projeto terapêutico. Tais recursos estão de acordo com a proposta de

⁷ O artigo 37 da Constituição Federal obriga a investidura em cargo ou emprego público por concurso público, salvo situações excepcionais e transitórias.

Reforma Psiquiátrica adotada no Brasil, no que se relaciona à predominância de atividades grupais sobre as individuais.

Quando se pensa no tema formação profissional, que dá base à prática, observa-se que disciplinas voltadas para a psicoterapia de grupo nas universidades são muito raras, quando existem. De igual maneira, estudos mais específicos sobre a atuação do psicólogo com famílias e comunidades carentes continuam sendo deficientes. Tais fatos revelam por que grande parte dos psicólogos tem muitas dificuldades em se adaptar a um trabalho de base comunitária que impõe diversos desafios.

Continuando a análise dos resultados, vê-se também que a psicoterapia individual é utilizada por quatro dos pesquisados. Um dos profissionais não mencionou utilizar nenhuma modalidade de psicoterapia (individual ou grupal), embora realize grupos operativos em sua rotina.

Outro dado que chama a atenção é a não utilização de qualquer teste psicológico pelos profissionais pesquisados. Da mesma forma, não foi informado o uso de inventários (escalas) para uso em diagnóstico de depressão, pânico ou outros transtornos mentais, por exemplo. As respostas dadas não permitem compreender este fato, embora se saiba que existem muitos pacientes que não são considerados “testáveis”, e em outros casos o diagnóstico parece inequívoco, dadas suas sintomatologias serem facilmente identificadas. Mas, de maneira geral, o diagnóstico em saúde mental é uma difícil fase do processo que antecede o tratamento porque podem existir muitos sintomas que se sobrepõem ou mesmo várias comorbidades relacionadas em um mesmo caso. Para a maioria das situações, o refinamento do processo de diagnóstico se faz essencial, na medida em que indica um norte mais seguro a ser seguido no processo terapêutico.

Por outro lado, dois apontaram o uso de Técnicas de Intervenção Breve (para situações de uso-abuso de álcool e outras drogas) em sua rotina de atendimento.

Três mencionaram trabalhar com oficinas terapêuticas em sua rotina. É importante lembrar que as instituições pesquisadas seguem os princípios estruturantes da Reforma Psiquiátrica (que dentre outras coisas, prega o uso de formas diversificadas de intervenção e cuidado como as oficinas terapêuticas). Como mencionado anteriormente, estas oficinas, enquanto dispositivos da atual Política Nacional de Saúde Mental, objetivam se diferenciar das práticas antecessoras, decorrentes da idéia de estabelecer o trabalho como um recurso terapêutico, conhecido como ‘tratamento moral’.

O Ministério da Saúde define e apresenta através da Portaria 189 de 19/11/1991, os objetivos das oficinas terapêuticas, quando diz que estas são: [...] “atividades grupais de socialização, expressão e inserção social”. (p. 7).

Tal recurso é reconhecido por suas muitas possibilidades de alcance (resgatar a cidadania, reconstrução da auto-estima, valorização do trabalho, autonomia, dentre muitas outras vantagens). Desta forma, a inserção do psicólogo nas referidas atividades é considerada importantíssima (mesmo que sob forma de supervisão), pois ele poderia contribuir com seu olhar e conhecimento para o melhor aproveitamento das potencialidades das oficinas terapêuticas.

Um dos profissionais menciona utilizar como recurso terapêutico atividades extra-CAPS (por exemplo, passeios). Tal meio não é citado somente como uma possibilidade de lazer como há muito se praticava, mas com um alcance bem mais amplo de atuação – a intervenção terapêutica. A prática do lazer *per si* pode ser terapêutica, muito embora em muitas situações do passado, tal atividade fosse conduzida simplesmente com o objetivo de “distrair” os portadores de transtorno mental ou passar o tempo, perdendo-se assim, diversas possibilidades de intervenção terapêutica. Hoje se sabe que muitos elementos podem ser trabalhados de maneira a tornarem-se terapêuticos (além da possibilidade do lazer) aproveitando os espaços comunitários ocupados pelos pacientes (território): aspectos relacionados à cidadania, autonomia, resgate da identidade, favorecimento da interação social, dentre muitos outros.

Além de identificar quais recursos terapêuticos são utilizados pelo psicólogo em serviço público de saúde mental, buscou-se saber quais os critérios para a definição da utilização dos mesmos. Os dados revelam que quatro profissionais mencionaram que as pessoas atendidas ajudam na escolha dos recursos terapêuticos utilizados – fato importantíssimo porque indica um rumo diferente na postura tradicional do profissional de psicologia (ausência de onipotência em relação a um suposto saber, mais atenção às necessidades do público atendido e flexibilidade na elaboração do projeto terapêutico).

Partilhar com os pacientes a possibilidade de decidir sobre a condução do processo terapêutico é extremamente significativo, na medida em que as necessidades da população atendida são colocadas diretamente sob foco de atenção – o que aumenta drasticamente a possibilidade de engajamento/sucesso no tratamento.

Além disso, autores como Bock (1999, p. 11) também mencionam a importância do

uso de técnicas que levem em consideração a especificidades da clientela atendida. E esclarece:

[...] Nossas técnicas têm sido construídas e utilizadas com uma determinada camada social, em geral intelectualizada e muito verbal. A população brasileira, na sua maioria, não tem costume e facilidade para trabalhar a partir das técnicas com as quais estamos acostumados.

De tal reflexão ética, depreende-se a necessidade de se rever os alicerces da formação deste profissional. Romagnoli (2006, p. 11) afirma que “[...] Menos que um seguidor de verdades, o psicólogo deve ser um inventor de novas práticas, sem temer a não ortodoxia.”. A criatividade é defendida como extremamente necessária na construção de novas possibilidades de intervenção, na medida em que não se pode simplesmente reproduzir com qualquer população saberes e práticas sem que estes sejam contextualizados ao público atendido.

Continuando a análise dos dados, para dois psicólogos entrevistados, os recursos terapêuticos são definidos com a ajuda da equipe multidisciplinar. Fato que também está de acordo com os princípios da Reforma Brasileira, no que se refere à possibilidade dos profissionais compartilharem suas impressões e olhares diferenciados sobre o mesmo caso, podendo assim, enriquecer as possibilidades de intervenção.

Um dos psicólogos entrevistados afirmou definir sozinho os recursos terapêuticos utilizados. Aqui cabe refletir sobre as possíveis repercussões da “escolha solitária” dos recursos terapêuticos utilizados pelo profissional, na medida em que o psicólogo encontra-se inserido em uma equipe multiprofissional. A metodologia de escolha dos recursos não é compartilhada nem com os demais profissionais, nem com os pacientes atendidos. Seria importante que o projeto terapêutico considerasse a participação efetiva dos pacientes em sua elaboração, inclusive no que se relaciona à escolha de determinados recursos terapêuticos que melhor se adequassem à realidade das pessoas atendidas. Por outro lado, a interação constante entre os membros da equipe multiprofissional é fundamental para a complementariedade de impressões acerca do paciente e enriquecimento das possibilidades de ação.

Um dos entrevistados informou não existirem critérios claramente definidos para a utilização dos recursos terapêuticos. Os recursos utilizados por este psicólogo são: técnicas de intervenção breve (para uso/abuso de álcool e outras drogas), oficinas terapêuticas e grupos operativos. É importante reforçar a necessidade de se ter uma metodologia mais ou menos

clara de critérios para o uso de determinados instrumentos e técnicas com cada pessoa atendida. Fato que influencia decisivamente no tratamento. Esta metodologia mais clara indica maior conhecimento do profissional sobre as especificidades dos recursos que utiliza (com como suas vantagens e limitações) e também conhecimento sobre o que pode ter realmente a sua disposição em seu trabalho do dia-a-dia.

Considerando a orientação da Política Nacional de Saúde Mental para os CAPS e as orientações gerais do SUS que apontam a importância do trabalho multidisciplinar e o processo de formação acadêmica, informalmente conhecido como “formador de caixinhas de saberes fragmentados”, procurou-se saber a avaliação dos pesquisados acerca do trabalho multidisciplinar, caso existisse. Como resposta a esse questionamento, verificou-se que todos os profissionais mencionaram haver trabalho multidisciplinar nas instituições onde exercem suas atividades profissionais. Três o avaliaram como “muito bom”. Dois o avaliaram como “bom”.

Tais resultados indicam que não existem grandes dificuldades no trabalho em equipe. Fato considerado muito positivo. Em muitas situações da prática, o psicólogo encontra dificuldades em se inserir em equipes multidisciplinares e partilhar projetos em comum. Dimenstein (2000, p. 9) afirma que tal dificuldade:

[...] deve-se em parte à crença na superioridade do seu conhecimento - capaz de tudo explicar -, à confiança no "cada um por si" e na pequena disponibilidade para refazer suas ações com base num conhecimento compartilhado com diferentes profissionais e usuários dos serviços públicos, conhecimento que é sempre provisório.

Somando às idéias de Dimenstein, foram mencionadas também as já conhecidas deficiências na formação do psicólogo, que contribuem para que tal tema quase nunca seja abordado.

Para a pesquisa investigar a prática dos psicólogos em serviços públicos de saúde mental, considerou-se pertinente saber qual a concepção acerca da função do psicólogo em uma equipe de saúde mental. Todas as frases apontam para uma função de complementaridade ao tratamento, tendo como foco o sujeito atendido pelo serviço, conforme constatamos nas falas abaixo. A saber:

“O psicólogo soma com os demais profissionais em um trabalho com a integralidade do sujeito”;

“Realizar intervenções que levem em conta as singularidades das pessoas em cada

situação”;

“Facilitador do processo de ressocialização do indivíduo à sociedade”;

“O que cuida da alma”;

“O psicólogo atua em uma equipe de saúde mental favorecendo a elaboração dos conflitos internos da pessoa atendida através da conscientização”.

Trabalho multiprofissional e atenção à singularidade da pessoa atendida são os elementos mais presentes nas respostas a este quesito – o que remete à natureza da execução de um meio e de um fim no trabalho em saúde mental. Há grande valorização na maneira como tal trabalho é realizado – com a presença constante de uma equipe multiprofissional, que acaba por facilitar a troca de impressões entre os mesmos, melhorando assim, qualitativamente as possibilidades de compreensão de casos e intervenções mais eficazes. Verifica-se novamente o engajamento dos profissionais pesquisados com as necessidades impostas pelo trabalho em saúde mental. Por outro lado, a valorização da singularidade das pessoas atendidas indica postura diversa da prática em clínica tradicional (rígida), demonstrando também a necessidade de se adequar (no que for possível e com os recursos existentes no serviço-comunidade) o projeto terapêutico às reais necessidades de cada pessoa atendida.

Conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)

Considera-se imprescindível que os trabalhadores da área de saúde mental tenham um conhecimento, mesmo que básico, acerca da PNSM para que sua prática seja exercida com vistas a favorecer a autonomia e inclusão social aos portadores de transtornos mentais. Daí a necessidade de investigar o nível de conhecimento sobre as principais estratégias e programas presentes na PNSM.

Partindo-se deste entendimento, procurou-se investigar como os psicólogos avaliavam a importância da lei 10.216/01 hoje. Sobre a referida Lei, os profissionais se pronunciaram:

“Fundamental para a quebra de paradigmas e estereótipos e humanização do tratamento (especializado)”;

“A Lei só veio para beneficiar todos os usuários - cidadãos que devem ser tratados com humanidade e respeito, visando sua inserção na sociedade”;

“Considero bastante eficaz e avançada em tese, mas que ainda precisa se efetivar. E não se pode renunciar ou abandonar a internação integral em alguns casos”;

“Esta lei reconstrói o modelo assistencial em saúde mental dando uma perspectiva de ressocialização, foca na saúde mental (Da loucura à Saúde Mental)”;

“Humanização dos serviços”.

Todas as respostas avaliam a Lei que inicia oficialmente o processo de Reforma no Brasil de forma muito positiva, em oposição ao modelo de assistência anteriormente em vigor. Dentre as vantagens decorrentes da implantação desta Lei e citadas pelos entrevistados, estão: quebra de paradigmas, humanização, valorização da cidadania e enfoque no processo de ressocialização. Um dos entrevistados menciona dois aspectos igualmente importantes relacionados ao processo de Reforma ainda em curso no Brasil: a necessidade de sua contínua expansão que, dentre outras coisas, traduz-se pela contínua redução de leitos em hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços públicos de base territorial (CAPS). Por outro lado, ele também menciona a necessidade da manutenção da internação temporária para alguns casos em momento de crise.

Assim, pode-se perceber que, de maneira geral, os pesquisados demonstram possuir bom conhecimento a respeito do conteúdo da lei 10. 216/01.

Continuando a tarefa de investigar os conhecimentos dos entrevistados acerca da PNSM, foi pedido que eles citassem 03 palavras que definissem o que seria o serviço de “Residência Terapêutica”. Tal dispositivo,

[...] constitui-se como alternativa de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (BRASIL, 2004, p. 5).

Os grupos de palavras citadas foram:

“Reinserção social, Reintegração e Desospitalização”;

“Ressocialização, Desinstitucionalização; Direito a um lar”;

“Respeito, Autonomia e Dignidade”.

“Programa de Volta pra Casa, Ressocialização e Resgate da Autonomia”;

“Ainda é uma ‘barreira’ que precisa ser melhor entendida”.

Verifica-se que os núcleos comuns são: reinserção social, reintegração e desospitalização. Todos estes destacam o papel central do programa mencionado – reaver a capacidade de socialização como parte de um processo de resgate da cidadania e de potencialidades há muito perdidas com o enclausuramento em hospitais psiquiátricos. Além disso, o referido mecanismo também serve àqueles pacientes que se encontram sozinhos principalmente por abandono dos familiares.

Segundo Carneiro; Rocha (2004), muito se fala nos efeitos do processo de asilamento durante muito tempo em pacientes e esta alternativa deve ser seguida de critérios extremamente refinados na avaliação de cada caso para que o melhor seja escolhido junto com o paciente.

De igual maneira, também foi pedido aos participantes da pesquisa que citassem três palavras que definissem o programa “De Volta para Casa”. Tal dispositivo “é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos por lei, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial” (BRASIL, 2003, p. 04). Sobre o referido programa, os psicólogos citaram as seguintes palavras:

“Renda, Autonomia, Vínculo”;

“Desinstitucionalização, Benefícios e Rede de Assistência”;

“Renda, Cidadania e Reinserção Familiar”;

“Programa pouco trabalhado na prática”;

“Objetiva que pessoas em longa internação psiquiátrica tenham condições de voltar para a convivência familiar e resgatar sua autonomia através de um benefício”.

Assim, os principais núcleos citados podem ser agrupados da seguinte forma: Desinstitucionalização – Reintegração – Vínculo - Reinserção Familiar; Renda - Benefício e Resgate da Cidadania. Eles demonstram as principais vantagens deste dispositivo de atenção em saúde mental. A desinstitucionalização é o ponto de partida de um processo que visa ainda a reintegração desta população via restabelecimento de vínculos (muitos há muito rompidos), que incluem ainda a própria reinserção familiar (para os que possuem família, representa uma possibilidade de reaproximação), com a ajuda do pagamento do auxílio-reabilitação (também mencionada por dois participantes).

Um dos entrevistados destacou o fato de o programa ser “pouco trabalhado na prática”, numa provável referência ao fato de muitas cidades ainda não possuírem locais disponíveis para que esta possibilidade se concretize e na medida em que existem muitas pessoas que estão no perfil para participar deste programa.

Também foi pedido aos entrevistados que citassem três palavras que definissem as principais características da Política de Saúde Mental no Brasil atualmente:

Os grupos de palavras citadas foram:

“Humanização, Nova visão sobre a Loucura, Crítica à Medicalização”;

“Integralidade; Assistência e Equipe Multiprofissional”;

“Um avanço contínuo”;

“Transformadora, humanizadora e compreensiva com o paciente”;

“Convivência familiar e comunitária; Ressocialização e Humanização”.

Todas as palavras mencionadas acabam por marcar uma linha divisória entre as características, direitos e dispositivos utilizados pela PNSM atual e as políticas anteriores. Palavras como: “transformadora”, “avanço”, “nova visão de loucura” e “crítica à medicalização” estão intimamente relacionadas e são os núcleos que permitem tal entendimento. É importante situar a importância da referida lei que implica a adoção de novos paradigmas e, como consequência, reformulações profundas no atendimento ao portador de transtorno psíquico. Ter uma visão crítica acerca de seu caráter inovador ajuda a evitar que, mesmo com argumentos novos, velhas práticas estigmatizantes/limitantes continuem sendo usadas.

Por fim, sugeriu-se aos participantes que citassem três palavras que definem o que é o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial):

As palavras citadas foram:

“Atendimento multiprofissional especializado”;

“Tratamento Terapêutico, Inserção Social e Desinstitucionalização”;

“Convivência, Transformações Pessoais e Ressocialização”;

“Ressocialização, Convivência familiar e comunitária e sofrimento psíquico”;

“Serviço que respeita o indivíduo como ser social, porém portador de transtorno mental”.

Os núcleos comuns podem ser agrupados da seguinte forma: Atendimento – Tratamento – Sofrimento Psíquico – Transformações. São mencionados por 03 profissionais e dão ênfase ao caráter diferenciado das formas de tratamento realizados nos CAPS's. O tratamento diferenciado, em suas diversas formas e possibilidades, define de maneira bem particular a forma de cuidado baseada nos princípios da Reforma brasileira. Um dos participantes também lembra a importância da equipe multiprofissional – mencionada outras vezes nos resultados da pesquisa.

No segundo agrupamento temos: Inserção Social – Convivência – Ressocialização. Estas palavras dão ênfase novamente à importância do convívio social como parte de cuidado à pessoa com transtornos mentais. De maneira não tão direta, o estímulo a tal convívio acaba também por se tornar importante no processo de tratamento dos pacientes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo dados do Conselho Regional de Psicologia (Seção-MA.), existem cerca de 700 psicólogos em atividade no Maranhão. Número considerado pequeno se comparado a outras categorias profissionais. No entanto, a psicologia vem crescendo muito na última década, alcançando espaços e possibilidades de atuação muito promissoras neste período. Aliado a isto, há uma revalorização do valor de seu trabalho e sua função social. O campo da saúde mental é um exemplo deste fato. Com o advento da Reforma Psiquiátrica no país e a abertura dos CAPS em cumprimento ao que determina a Lei 10.216/01, novos espaços de trabalho - seguidos igualmente de novos e grandes desafios – surgiram para o profissional de psicologia.

Este trabalho buscou lançar luz sobre as práticas realizadas por este profissional e sobre os seus conhecimentos em saúde mental. Não parece fácil, no entanto, estudar tal prática inserida no contexto da Reforma Psiquiátrica porque esta se encontra ainda em franco movimento de construção/expansão.

O estudo da população pesquisada permitiu vislumbrar alguns dos caminhos que estão sendo trilhados pelos psicólogos em São Luís do Maranhão. É possível perceber que eles estão procurando se adequar à nova realidade do atendimento em saúde mental hoje, principalmente através de capacitações. No entanto, imagina-se que o compartilhar de tais experiências com outros profissionais seria também de fundamental importância. É verdade que essas iniciativas existem e são geralmente executadas pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, mas a sistemática destes encontros poderia ser maior do que é praticada hoje (embora se saiba das muitas dificuldades relacionadas a quem trabalha nos municípios do interior).

Por outro lado, a pesquisa revelou que ainda existe o predomínio de atividades realizadas *intra-muros* dos CAPS (s), perdendo assim a possibilidade de exploração de recursos da comunidade no tratamento, além de, por conseqüência, ajudar a combater o estigma que persegue o portador de transtorno mental ao envolver a comunidade no processo. De igual maneira, também não foi percebido envolvimento da família de maneira mais sistemática nas ações realizadas nas instituições pesquisadas. Fato que preocupa porque acaba por remeter a um atendimento do paciente de maneira muito fragmentada e sem a devida

atenção à família e à natureza dos vínculos que ali se estabelecem.

É extremamente importante que outras pesquisas venham a ser realizadas nesta área com o objetivo de acompanhar este movimento e apontar novos caminhos e reflexões para os psicólogos que nela trabalham.

Para além de todos os aspectos mencionados neste trabalho, a mensagem a ser deixada é a de que os psicólogos estão se esforçando para seguir o melhor caminho possível, embora ainda exista muito por fazer (e tentar) em direção a uma assistência psiquiátrica mais efetiva e humana em seus objetivos de resgate da cidadania do portador de transtornos mentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Alba. et al. A Formação em Psicologia da Saúde. **CienteFico**, ano 4, n. 1, p. 10 Jan/Jul 2004.

AMARANTE, Paulo (org.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE, ENSP, 1995.

BECHELLI, Luiz Paulo de C.; SANTOS, Manoel Antônio dos. Psicoterapia de Grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.3, maio/jun. 2002.

_____. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, março-abril. 2004.

BEZERRA JR. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In S. A.Tundis; N. R. Costa (org). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1992.

BOCK, Ana Mercês Bahia. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v.4, n.2, jul./dez. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no Sus**: Acesso, Equidade e Qualidade Relatório de Gestão 2008. Brasília: DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **De volta para Casa** - manual do programa. Brasília: DF, 2003.

_____. **Residências Terapêuticas** - o que são, para que servem. Brasília: DF, 2004.

BRODY, David E.; BRODY, Arnold R.. **As sete maiores descobertas científicas da**

história. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

CARDOSO, Cassandra; SEMINOTTI Nédio. O grupo psicoterapêutico no Caps. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.11, n.3, jul/set. 2006

CARNEIRO, Nancy Greca de Oliveira; ROCHA, Luciana de Carvalho. O processo de desospitalização de pacientes asilares de uma instituição psiquiátrica da cidade de Curitiba. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, v.24, n.3, 2004.

CASTRO, A E. F.; YAMAMOTO, O. H.. A Psicologia como profissão feminina: apontamentos para estudo. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 1, n. 3, 1998.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria Social**: problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 1984.

CIORNAI, Selma (org). **Percursos em Arteterapia**: Arteterapia Gestáltica - Arte em Psicoterapia e Supervisão em Arteterapia. São Paulo: Sumus, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Quem é o Psicólogo Brasileiro?** São Paulo: Edicon, 1988

_____. **Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI**:
Avaliação dos testes psicológicos: relatório, 2004.

_____. **Cartilha sobre a Avaliação Psicológica**, 2007.

CONSOLI, L. Gilson; HIRDES, Alice; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Saúde Mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Manginhos, RJ, p. 2, 2006.

<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=196>Acesso em: 5 jan. 2009

CONSTITUIÇÃO FEDERAL. Disponível em:

<<http://www.presidencia.gov.br/legislacao/constituicao>>. Acessado em: 26 març. 2009.

DELGADO, P.; LEAL, E.; VENÂNCIO, A. O campo da atenção psicossocial. Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: TeCora, 1997.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Revista Estudos de Psicologia**. Natal, v.3, n. 1, Jan./Jun. 1998.

_____.A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Revista Estudos de Psicologia**. Natal, v. 5, 2000.

_____.O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva . **Revista Psicologia em Estudo**. Maringá, vol.6, n . 2 jul/dec. 2001.

FADMAN, James; FRAGER, Robert. **Teorias da Personalidade**. São Paulo: Editora HARBRA, 1998.

FIGUEIRA, S. A (org.). **Cultura da Psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

FREIRE, Izabel Ribeiro. **Raízes da psicologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

Grande Dicionário Larrousse da Língua Portuguesa: São Paulo: Nova Cultura, 2000.

HERTER, M. L et al (org). **A trajetória dos cursos de graduação na saúde**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

KERBAUY, R.R. (org.). **Comportamento e Saúde**: explorando alternativas. Santo André: ARBytes, 1999.

LIMA, Mônica; NUNES, Mônica de Oliveira. Práticas psicológicas e dimensões de significação dos problemas de saúde mental. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v.26, n.2, jun. 2006

MARX, M.; HILLYX, W. **Sistemas e Teorias em Psicologia**. São Paulo: Cultrix, 2005

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

PIETROLUONGO, Ana Paula da Cunha; RESENDE, Tania Inessa Martins de. Visita Domiciliar em Saúde Mental - o papel do psicólogo em questão. **Psicol. Cienc. Prof.** Brasília, v.27 n.1 mar. 2007

ROMAGNOLI. Formação dos psicólogos e a saúde pública. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 1, n. 2, dez. 2006.

ROPA, D.; DUARTE, L. F. D. Considerações teóricas sobre a questão do atendimento psicológico às classes trabalhadoras. In: S. A. Figueira (org.). **Cultura da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Campus, 1985.

ROSA. Lúcia Cristina dos Santos. **O Nordeste na reforma psiquiátrica**. Teresina: EDUFPI, 2006.

SOARES, Teresa Cristina. A vida é mais forte do que as teorias: o psicólogo nos serviços de atenção primária à saúde. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, vol.25, n.4. dez. 2005.

TENÓRIO, Fernando. A Reforma psiquiátrica brasileira: da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.9 n.1, jan./abr. 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Do hospício à comunidade**. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

_____ et al. Saúde mental e serviço social: **O desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade**. São Paulo: CORTEZ, 2000.

_____ et al. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. **Mnemosine**, vol. 1, 2004.

VECTORE, Célia. Psicologia e Acupuntura: primeiras aproximações. **Psicol. Cienc. Prof**, Brasília, v.25 n.2, jun. 2005.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes. Fundamentos do atendimento psicoterápico psicossocial. In N. G. Vieira Filho (Org.), **Clínica psicossocial: Terapias, intervenções, questões teóricas**. Recife: UFPE, 1998.

_____; NÓBREGA, Sheva Maia da. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estud. Psicol**, Natal, vol.9, n.2, mai/ago. 2004.

WOSIACK, Raquel Maria Rossi; WEINREB, Mara E. **Arteterapia: Instrumento De Transformação Social**. Disponível em: <<http://www.uniritter.edu.br/w2/comuni/3/downloads/arteterapia.pdf>>. Acesso em 30 dez. 2008.

YAMAMOTO, O. H. **A crise e as alternativas da Psicologia**. São Paulo: EDICON, 1987.

YALOM, Irwing; LESZCZ, Milyn. **Psicoterapia de Grupo – Teoria e Prática**. São Paulo. Artmed, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS – GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Mestre Janete Valois Ferreira Serra

End: Rua V9, Bloco 2, Ap. 2003, Condomínio Água Branca II, Parque Shalon

CEP: 65.073-110 São Luís-MA

e-mail: janete_valois@yahoo.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisador: Sandoval de Jesus Ribeiro Júnior.

**PSICÓLOGO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NA CIDADE DE SÃO LUÍS:
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL**

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa sobre os conhecimentos e práticas de psicólogos em Centro de Atenção Psicossocial em São Luís. Para isso, precisaremos fazer algumas perguntas para o Sr. que ajudarão a conhecer melhor a natureza e peculiaridades do trabalho deste profissional nesta cidade. A sua participação não terá nenhum custo. Não terá nenhum problema se o Sr. quiser se retirar da pesquisa, podendo também deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos o Sr. a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecido e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações os conhecimentos e práticas de psicólogos em Centro de Atenção Psicossocial em São Luís. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não

serão divulgados os meus dados de identificação pessoal. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luís, / /

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS – GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

QUESTIONÁRIO

1. Idade:

- Entre 22 e 25 anos Entre 26 e 30 anos Entre 31 e 35 anos
 Entre 36 e 40 anos Entre 45 e 50 anos Entre 55 e 60 anos

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Instituição em que se graduou:

4. Há quanto tempo você se graduou?

- 1 a 3 anos 4 a 7 anos 7 a 10 anos
 10 a 15 anos 15 a 20 anos mais de 20 anos

5. Que atividades de formação continuada você tem feito nos últimos dois anos para manter-se atualizado?

- Cursos em saúde mental Cursos em outras áreas Especialização
 Mestrado Doutorado

6. Você usa algum referencial teórico em sua prática?

- Não (pule a próxima questão); Sim (assinale abaixo qual):

7. Qual abordagem você utilizada?

- Abordagem Centrada na Pessoa Comportamental Comportamental-Cognitivo
 Gestalt-terapia Psicanálise Outra: _____

8. Instituição em que trabalha:

- CAPS AD CAPS “Bacelar Viana”

9. Tempo de trabalho em Saúde Mental:

- 1 a 3 anos 4 a 7 anos 7 a 10 anos
 10 a 15 anos 15 a 20 anos mais de 20 anos

10. Tipo de vínculo empregatício no serviço mencionado acima:

- Contrato Concurso Outro: _____

11. Você trabalha em outra instituição além da mencionada acima? Sim Não

12. Quais os recursos terapêuticos utilizados em sua prática diária?

- Técnicas de dinâmica de grupo;
 Testes psicológicos;
 Terapia individual,
 Terapia de grupo;
 Inventários;
 Técnica de Intervenção breve (para álcool e drogas);
 Oficinas Terapêuticas;
 Outras (especificar):

13. Como é definida a utilização de tais recursos?

- As pessoas atendidas ajudam na escolha dos recursos terapêuticos;
 A equipe ajuda na escolha dos recursos terapêuticos do psicólogo;
 A escolha dos recursos terapêuticos é realizada somente pelo psicólogo;
 Não existe critério claramente definido;

() Outra forma:

14. Existe trabalho multidisciplinar na instituição onde você trabalha?

() Sim () Não (pule a próxima questão);

15. Como você avalia tal trabalho?

() Ótimo () Muito Bom () Bom

() Ruim () Muito Ruim () Péssimo

16. Defina em uma frase qual a função do psicólogo em uma equipe de saúde mental:

17. O campo da assistência em saúde mental vem mudando muito ao longo das últimas duas décadas. Várias iniciativas de reverter uma prática ineficaz e desumana de tratamento da doença mental vêm ganhando força no Brasil e no mundo neste período. Em nosso país, estas mudanças têm como um de seus grandes marcos, a aprovação da lei federal 10.216/01, que trata da reformulação da assistência em saúde mental. Como você avalia a importância desta lei hoje? Responda em uma frase.

18. Cite três palavras que definem o que você sabe sobre o serviço de “Residência Terapêutica”:

19. Cite três palavras que definem o que você sabe sobre o programa “De volta para casa”:

20. Cite três palavras que definem as principais características da Política de Saúde Mental em voga no Brasil atualmente:

21. Cite três palavras que definem o que é o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial):
