



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS - BA

SHIRLEY MAREZA DE SOUZA SANTOS

PRÁTICAS PSICOLÓGICAS: A CLÍNICA FORA DO SETTING

Santo Antônio de Jesus – BA

Fevereiro, 2019

SHIRLEY MAREZA DE SOUZA SANTOS

PRÁTICAS PSICOLÓGICAS: A CLÍNICA FORA DO SETTING

Relatório final apresentado à Banca Avaliadora como parte das exigências do Componente Curricular CCS257 - Estágio Específico de Ênfase em Saúde, sob supervisão do Prof. Dr. Rafael Coelho Rodrigues.

Santo Antônio de Jesus – BA

Fevereiro, 2019

TERMO DE APROVAÇÃO

SHIRLEY MAREZA DE SOUZA SANTOS

PRÁTICAS PSICOLÓGICAS: A CLÍNICA FORA DO SETTING

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Aprovado em: 21 de fevereiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rafael Coelho Rodrigues
Pós-doutorado em Psicologia, Universidade Federal Fluminense (UFF)
Professor da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) – Orientador

Profa. Dra. Vânia Sampaio Alves
Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Prof. Dr. Willian Tito Maia Santos
Doutorado em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP)
Professor da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO.....	05
1.1.	HISTÓRIA DA LOUCURA.....	05
1.2.	REFORMA PSIQUIÁTRICA	06
1.3.	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL.....	09
2.	DESCRIÇÃO DO ESTÁGIO.....	12
3.	O DESENVOLVIMENTO DE UMA OFICINA TERAPÊUTICA.....	14
4.	DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DO CASO.....	15
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

1. APRESENTAÇÃO

No presente relatório de estágio, abordar-se-á reflexões provenientes da experiência vivenciada no Estágio Supervisionado II, do curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, sob a supervisão do docente Dr. Rafael Coelho Rodrigues. O objetivo deste é relatar e analisar a experiência do estágio, no Centro de Atenção Psicossocial II- CAPS Nova Vida, do município de Santo Antônio de Jesus – BA, bem como a experiência de acompanhar uma usuária do serviço. A escolha da usuária se deu através do vínculo estabelecido entre a estagiária e a usuária desde o início do estágio. Esse relatório perpassa por uma revisão bibliográfica acerca da loucura, da Reforma Psiquiátrica e das Políticas Públicas no campo da Saúde Mental, bem como dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Em seguida, há uma descrição das atividades realizadas durante o estágio, que ocorreu no período de agosto de 2018 a janeiro de 2019.

1.1. HISTÓRIA DA LOUCURA

As pessoas em sofrimento psíquico nem sempre foram tratadas da mesma forma. Outrora utilizava-se o termo “loucos” para se referir a essas pessoas, termo este que aparecerá algumas vezes durante este trabalho, visto que o mesmo abordará brevemente a história da “loucura”.

Durante a Idade Média houve uma disseminação da lepra, e em decorrência disso os leprosários se tornaram, de certa forma, depósito de pessoas (acometidas pela lepra). Isso gerou um processo de exclusão, em que a Igreja alegava ser vontade de Deus, já que para alcançar o perdão era necessário o isolamento e os leprosos eram considerados pecadores. Mais tarde após o desaparecimento da lepra, no final da idade média, segundo Foucault (1972), as estruturas da exclusão conservam-se, e séculos depois passam a ser ocupadas por pobres, vagabundos e “cabeças alienadas”.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento (FOUCAULT, 1972, p. 10).

Os hospitais surgem sob a custódia das Igrejas, no século IX, e tinham como objetivo oferecer assistência social, nos casos de moléstia ou outras causas. Foi a partir

do século XIII, que o hospital medieval passou das mãos dos religiosos para a jurisdição secular, apenas na parte administrativa, visto que monges e freiras continuaram a cuidar dos enfermos (MILLANI e VALENTE, 2008).

Em meados do século XVIII, pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico eram aprisionadas em casas de correção, asilos e hospícios. A loucura era conferida ao pecado e às atividades do diabo. O tratamento da loucura era dado por superstições e condenação moral. Em 1792, Philippe Pinel foi nomeado médico chefe do Hospital Bicêtre, em Paris, e mostrou dar valor a um tratamento “mais humano” para pessoas em sofrimento psíquico. Contudo, o tratamento de Pinel ainda utilizava de métodos como o isolamento e uma relação terapêutica baseada na autoridade. Como consequência do feito de Pinel, foram surgindo hospícios na Inglaterra, na sua maioria instituições que possuíam um caráter “humano” e uma evolução no padrão dos profissionais que tratavam os ditos “loucos” (FELTES e HOCH, 2014). A loucura passa a se tornar sinônimo de doença mental e, conseqüentemente, objeto do saber médico.

No Brasil, os hospícios surgem com a chegada da Família Real no século XIX, como depositários dos “loucos”, pois estes ameaçavam a paz e a ordem pública, e era preciso mantê-los longe do convívio com a sociedade. O primeiro hospital psiquiátrico do Brasil foi fundado no Rio de Janeiro, em 05 de dezembro de 1852, intitulado Hospício de Pedro II. Ele tinha como princípio básico um banimento do louco do meio urbano e social, tanto pelo distanciamento quanto pela reclusão. O local de instalação do hospital foi escolhido por ser afastado dos centros urbanos, deixando evidente a exclusão deferida a essas pessoas (MILLANI e VALENTE, 2008).

“Dentro dos muros, que o psiquiatra faça o que puder. Concedam-lhe ou não os meios para trabalhar, consistiam-lhe ou não tratar de quem lhe foi confiado, ele deve antes de tudo responder pela segurança da sociedade, que quer ser defendida do louco” (BASAGLIA, 2005, p.49). Dessa forma, nota-se que os hospitais psiquiátricos foram criados não apenas para tratamentos terapêuticos, mas também como uma forma de higienizar as cidades, com controle e segregação social, para que aqueles considerados “normais” não fossem incomodados.

1.2. REFORMA PSIQUIÁTRICA

A reforma psiquiátrica compreende um movimento que surgiu através de variados campos de luta, que protagonizou denúncias de violência nos manicômios. Existia uma

mercantilização da loucura, hegemonia de uma rede privada de assistência, crítica acentralizada do saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005). O modelo hospitalocêntrico foi marcado por ineficácia nos seus tratamentos, violação dos direitos humanos, segregação dos internos. Era pautado na violência institucional e isolamento. Local de repressão, julgamentos morais e sem nenhuma forma de prática terapêutica.

A reforma psiquiátrica se torna uma nova forma de se pensar saúde mental, como um processo social e político. Ela propõe transformações no modelo de assistência em saúde mental, com impactos e consequências que vão além do subsetor da saúde. Tal processo se materializa através da construção de uma rede de serviços de atenção e cuidados, “cujos princípios e conceitos mais importantes caracterizam-na como uma ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional” (YASUI, 2006, p. 105). A Reforma Psiquiátrica também pode ser compreendida

como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil coincide com a eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 1970, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

O movimento antimanicomial se inicia no Brasil entre os anos 1978 e 1980, através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que pode ser considerado o ator e sujeito político de fundamental importância no projeto da reforma psiquiátrica brasileira, de onde surgem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico (FELTES e HOCH, 2014).

O processo da reforma psiquiátrica foi marcado pela presença de movimentos sociais que contribuíram para uma nova concepção de loucura, sendo assim, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1987, realizam-se dois eventos em favor da transformação da assistência psiquiátrica brasileira, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, sendo esse último de grande importância para a implementação de mudanças nas práticas e cuidados oferecidos às pessoas em sofrimento psíquico. O Movimento de

Trabalhadores em Saúde Mental torna-se Movimento de Luta Antimanicomial, buscando chamar toda a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o ‘louco’ e a ‘loucura’, e em 18 de maio de 1987 se estabelece o Dia da Luta Antimanicomial (FELTES e HOCH, 2014).

No cenário internacional, surgiram novas propostas de tratamento após as críticas realizadas ao modelo psiquiátrico tradicional. Tais críticas giravam em torno dos que defendiam uma psiquiatria reformada, principalmente no que se referia à reformulação interna das instituições, para que se tornassem de fato terapêuticas, por exemplo a comunidade terapêutica da Inglaterra. Na França, também existiam críticas à psicoterapia institucional, alguns pensavam em uma psiquiatria comunitária, e existiam aqueles “que defendiam uma ruptura radical com a psiquiatria tal como se conhecia, dividindo-se entre a antipsiquiatria (Inglaterra, década de 1960) e aqueles que defendiam a Psiquiatria Democrática, como o italiano Franco Basaglia” (BATISTA, 2014, p. 397).

De acordo com Batista (2014), a proposta de Basaglia não era apenas erradicar os manicômios na Itália, mas também desconstruir os saberes, práticas e discursos psiquiátricos. Com essa proposta de Basaglia, o usuário passa a ser reconhecido como pessoa, “a doença passa a ser vista como estado, e o terapeuta deixa de ser um personagem distante e superior, assumindo uma postura de igualdade para com o paciente, no que concerne a direitos e status de cidadão” (OLIVEIRA, 2009, p. 57-58).

O Movimento Antimanicomial teve como fundamento as experiências de desinstitucionalização italiana e francesa, por meio da ideologia difundida por Franco Basaglia. As correntes difundidas influenciaram na experiência brasileira. Comunidades Terapêuticas da época, que tinham como objetivo principal transformar a dinâmica institucional e resgatar o processo terapêutico, propunham reformas na instituição psiquiátrica com o objetivo de realizar mudanças na dinâmica institucional, pela democratização e o aumento da participação dos asilados em reuniões diárias, as quais seriam o analisador da democracia na relação equipe-paciente (PEREIRA E COSTA-ROSA, 2012).

O século XX é marcado pelo Higienismo, movimento de grande relevância no campo da Saúde. Os problemas sociais eram caracterizados como patológicos e para a medicina a única forma de solução era a medicalização. “A influência do higienismo propõe uma nova ética social, onde a psiquiatria é chamada a nortear as relações humanas, garantida sua legitimidade para tal pelo status científico que a profissão adquiriu” (OLIVEIRA, 2009, p. 53-54).

Segundo Millani e Valente (2008), apesar de toda a crítica ao modelo manicomial e à percepção dos determinantes sociais dos transtornos mentais, tinha-se em vista a diminuição da hegemonia médica no tratamento e a diminuição dos procedimentos hospitalares. Não havia ainda propostas para o desmonte dos manicômios, com a criação de modelos substitutivos, apenas falava-se em serviços, por exemplo, o hospital-dia, e a internação, que seriam indicados para alguns casos.

De acordo com Feltes e Hoch (2014), a proposta do hospital-dia como alternativa à internação, seria para as pessoas que o ambulatório não tivesse condições de receber. O hospital-dia seria uma instituição, onde não caberia a segregação, atribuída aos manicômios. Essa proposta não foi viabilizada e o hospital-dia permaneceu apenas nos projetos e propostas dos gerentes e nos programas oficiais.

Assim sendo, o movimento de reforma psiquiátrica brasileira criticava a cronificação do doente mental, as internações prolongadas e as perdas subjetivas pelo saber psiquiátrico clássico e pelas instituições (BEDIN e SCARPARO, 2011). No Brasil, o Movimento de Luta Antimanicomial implementou uma nova estratégia de trabalho por meio de mudanças no plano legislativo, na qual surge a lei 10.216/2001, “Lei Paulo Delgado” que dispõe sobre a proteção e os direitos das com transtornos mentais e redireciona a assistência em serviços de bases comunitárias. Nesse contexto, o Ministério da Saúde busca organizar o cuidado em saúde mental através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estes devem funcionar como serviços ambulatoriais especializados, integrados aos demais serviços do sistema (BRASIL, 2004).

Pessoas em sofrimento psíquico não devem ser negligenciadas pela sociedade, pelos profissionais de saúde e por suas famílias. Um dos grandes desafios da Reforma está em a sociedade conviver de forma mais harmônica com o diferente e reconhecer potencialidades desses sujeitos, que têm capacidades múltiplas, e que assim como todas as outras pessoas, tem o direito de viver em sociedade.

1.3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

As políticas públicas de saúde mental originaram serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Esses serviços substitutivos foram formando a Rede de atenção à Saúde mental. Rede que se caracteriza por ser pública em sua essência, uma vez que faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2011, o Ministério da Saúde propôs um modelo de cuidados em saúde com

o início de ações da atenção básica de forma ampliada. A rede seria constituída pela atenção básica em saúde, serviços especializados, incluindo ambulatórios de saúde mental, CAPS, hospitais dia, serviços de urgência e emergência psiquiátricas, leitos ou unidade em hospital geral e serviços residenciais terapêuticos (BRASIL, 2011). Referindo-se à produção do cuidado em saúde mental, a organização em rede pode potencializar a atuação das equipes de saúde inseridas na Atenção Básica, onde existam trocas de saberes entre as equipes e maior articulação da rede de serviços, que leve em consideração um cuidado ampliado para atender às necessidades dos usuários.

Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) são uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental, constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar com usuários em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. É um lugar de referência e de cuidado que tem a incumbência de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de suas famílias. São serviços substitutivos ao modelo asilar dos manicômios. Fazem parte da RAPS, que de acordo com a Portaria GM/MS nº 3.088, de dezembro de 2011, tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, os “CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros” (BRASIL, 2005). Portanto existem diferentes tipos de CAPS, que são: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, e atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Os CAPS II são serviços de médio porte, atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, os CAPS III estão presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras, funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes.

O CAPS deve funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. A assistência prestada ao usuário no CAPS II inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias (BRASIL, 2004).

No Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm se configurado como dispositivos importantes vinculados à Reforma Psiquiátrica e devem auxiliar, em articulação com outros serviços, como, por exemplo, a atenção básica, na substituição dos tradicionais hospitais psiquiátricos, ou seja, o conjunto desses equipamentos devem assumir o lugar, na assistência à saúde mental, de toda uma rede manicomial e a partir dos princípios éticos encampados pela Reforma (LIMA, 2011).

O estágio que é objetivo de análise neste relatório foi realizado em um CAPS II. A equipe mínima necessária para esse serviço deve ser composta por:

[...]um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais, como, Psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, seis profissionais de nível médio, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004, p. 26).

Atualmente, o CAPS II de Santo Antônio de Jesus, conta com uma equipe mínima, composta por um psiquiatra, um psicólogo, uma enfermeira, uma assistente social, duas técnicas de enfermagem, técnico administrativo, auxiliar de serviços gerais, segurança e oficinheiro (responsável por monitorar das oficinas).

Millani e Valente (2008), explicam que o CAPS busca estabelecer cuidados em saúde mental na perspectiva de atendimento integral e territorial que preze pela permanência das pessoas na comunidade, favorecendo a formação de vínculos estáveis e a garantia de direitos e cidadania. Nesse sentido, verifica-se a existência de um novo olhar no cuidado em relação à pessoa em sofrimento psíquico nos novos dispositivos de atenção à saúde mental, reconhecendo-o como um ser de direitos e potencialidades, com autonomia e subjetividade.

2. DESCRIÇÃO DO ESTÁGIO

No período do estágio em que acontecia a prática no CAPS-II (Nova Vida), não haviam atividades (oficinas terapêuticas) no serviço e os/as usuários/as reclamavam de não ter o que fazer. Alguns dormiam, outros bordavam, fumavam, ficavam conversando. A proposta do estágio foi realizar uma clínica transdisciplinar que só é possível através da vinculação com os/as usuários/as. Para isso apostamos na transitoriedade pelas atividades, convivência com os usuários/as no dia a dia do serviço e ter uma perspectiva ampla no cuidado de Saúde Mental, com o objetivo de contribuir para a clínica compartilhada e colaborar com a descentralização do serviço.

Entrei no serviço sem regras pré-definidas, ou uma receita pronta. Tratava-se de estar no serviço sem preconceitos, sem estigmas. Apenas conhecer os espaços, as pessoas, participar das atividades existentes, criar vínculos, o que aumentava cada vez mais minhas expectativas e ansiedade. Nascimento, Manzine e Bocco (2006), mostram que realizar novas práticas em psicologia, principalmente no campo da saúde pública, nada tem a ver com uma prática sem critérios, mas que os saberes se desenvolvem na própria prática.

Sabemos que sair das certezas que a formação tradicional oferece não é tarefa fácil e nem ocorre sem crises. Não ter um lugar seguro onde se apoiar gera dúvidas, angústias e medos, ao passo que ter acesso, já a partir da graduação, a experiências que reinventem a psicologia é fundamental para construir autonomia e segurança nas decisões e análises. Nessa proposta de dar espaço para a emergência de outras psicologias temos participado de experiências atentas aos diferentes sentidos produzidos no campo da intervenção, às possibilidades de desvios, ao lugar instituído do psicólogo (NASCIMENTO, MANZINI e BOCCO, 2006, p 16).

Apesar de não ir com nada pronto, não quer dizer que o arcabouço teórico não é importante, que não convinha naquele momento, nem que não estávamos praticando a clínica. Para muitos a clínica é feita apenas entre quatro paredes, com um divã, dentro de um setting, mas a ela pode ser realizada em qualquer espaço, desde que estejamos abertos a ouvir o outro. Segundo Nascimento, Manzini e Bocco (2006), a prática do estágio pode se tornar um espaço para a experiência e construção de uma outra forma de

psicologia, que não se distingue da política, nem da vida. Entretanto, na prática, não se tem essa segurança - desestabilização, incerteza, desafios, riscos, curiosidade estão presentes quando se trata da complexidade que é o processo terapêutico - não ter respostas prontas é o que deve impulsionar as práticas psicológicas, construir a terapêutica junto com cada sujeito, com o aporte teórico sim, mas sem imposição de uma teoria ou abordagem.

No início do estágio, os usuários pareciam estar um pouco receosos a priori, só os mais comunicativos se aproximavam. Porém com o tempo, o convívio, a escuta, foi surgindo a confiança, e os vínculos foram se formando. Vale ressaltar que não foi possível vincular com todos, visto que o tempo era curto e a quantidade de usuários grande, inviabilizando uma escuta atenta de todos. Com o tempo fui aprendendo os seus nomes, identificando quando não estavam bem, percebendo suas ausências. O medo e angústia de estar no serviço foram sendo amenizados de certa forma, pois fui percebendo que estar com os usuários, conversar com eles sobre os mais variados assuntos, escutando-os, era de grande importância.

De acordo com o Ministério da Saúde,

acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes (BRASIL, 2013).

É muito importante ser chamado pelo nome, ser reconhecido como cidadão, e não apenas como mais um usuário. Havia sempre atendimentos em grupo tanto do psicólogo quanto do psiquiatra. Em certos momentos alguns usuários/as relataram que se sentiam incomodados por serem atendidos em grupos, ou seja, não se sentiam à vontade para falar o que realmente estavam sentindo. Uma usuária relatou que “com a antiga psicóloga, o grupo era só de mulheres, todo dia as mesmas pessoas, aí a gente falava, só que agora não, porque todo dia tem gente diferente e as vezes tem homens” (DIÁRIO DE CAMPO, 2018). Ou seja, a criação do vínculo entre o grupo é essencial, também é muito importante conhecer o público que irá participar.

A necessidade de um vínculo maior entre os participantes é destacada por vários autores, de filiações teóricas distintas (psicodrama, humanismo, psicanálise grupal de Bion), como condição para que um grupo (especialmente, um grupo terapêutico) possa acontecer. [...] A rotatividade, na leitura de parte dos psicólogos, faz com que os vínculos não se fortaleçam, tanto nos grupos terapêuticos como nas oficinas. Em situações em que um usuário se mostra particularmente mobilizado, alguns técnicos realizam um

atendimento posterior na modalidade individual, para que os motivos de sua inquietação possam ser trabalhados. Isso cria uma situação paradoxal e contraditória em que o grupo é reconhecido como espaço importante, mas exerce uma função secundária em situações de maior impacto afetivo (JUCÁ et al, 2010, p.103).

O atendimento individual também é muito importante, admite diferentes modalidades, inclui o cuidado e o acompanhamento em situações clínicas de saúde, dando conta às necessidades de cada usuário (BRASIL, 2013). De acordo com Jucá (2010), pode-se perceber que o atendimento em grupo não se resume a dar conta, ele busca desenvolver ações coletivas, promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilita a experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania. O trabalho no CAPS pode ser desenvolvido tanto de forma individual, quanto coletiva contanto que tenha um caráter terapêutico, dependendo da demanda do usuário. Um ambiente facilitador, acolhedor e que abranja várias modalidades de tratamento (BRASIL, 2004)

Em vários momentos os usuários falavam sobre suas patologias, seus CIDs(Classificação Internacional de Doenças), relatavam sobre seus sintomas,que eram apontados na rua eque algumas pessoas sentiam medo deles.Percebi na fala dos usuários/as,que eles almejavam ser tratados de forma igualitária, como qualquer outra pessoa dita “normal” (DIÁRIO DE CAMPO, 2018). De acordo com Figueiredo, Develatie Tavares(2014), pessoas em sofrimento psíquico passam para a sociedade uma ideia de improdutividade e incapacidade, alguns familiares sentem vergonha. Esse tipo de preconceito ocorre também dentro das instituições. “Estigmatiza-se o paciente, considerando- o um perturbado ou que perdeu o juízo – uma substância simbólica que o adjetiva negativamente” (FIGUEIREDO, DEVELATI E TAVARES, 2014, p. 122).

Algumas consequências da estigmatização para pessoas em sofrimento psíquico segundo Oliveira, Facina e Junior (2012), podem ser a perda da autoestima, um sentimento de desesperança, afastamento das relações sociais, a perda da cidadania e de seus direitos. O que pode diminuir possibilidades de ressocialização, visto que para a sociedade eles não se enquadram nas normas sociais. É preciso combater esse estigma, promover a inclusão social dos usuários, como, por exemplo, em projetos de geração de renda e atividades culturais.

3. O DESENVOLVIMENTO DE UMA OFICINA TERAPÊUTICA

O trabalho em grupo é importante e possui como objetivos possibilitar maior integração social e familiar, possibilita aos participantes expressar seus sentimentos e emoções, desenvolver novas habilidades e potencializar existentes, dar maior autonomia e fortalecer o exercício da cidadania (BRASIL, 2004). Como não havia atividade nos dias do estágio, os usuários reclamavam de ficar ociosos, perguntei a algumas pessoas o que elas gostariam de fazer. Alguns falaram em pintura, outros em bordado. Conversei com a pessoa responsável pelas oficinas do serviço e começamos uma oficina de pintura livre, visto que já existia a oficina de bordado em outro horário. Nessa oficina os usuários podiam desenhar e escrever sobre o que quisessem. Foi bem interessante, pois alguns que ficavam mais afastados se reuniam durante a atividade e conseguiam socializar naquele momento.

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004, p. 20).

Em meio às várias atividades que são desenvolvidas nos CAPS, o trabalho em grupo é um dispositivo essencial, visto que trabalha a inclusão social do usuário. Os trabalhos em grupo podem acontecer como oficinas e/ou grupos terapêuticos. Pode-se perceber uma diferença entre essas duas modalidades de trabalho. Era comum grupos terapêuticos pensados como espaços de escuta clínica, e as oficinas como lugar de reabilitação e/ou geração de renda. Tentei implicar técnicos do serviço na oficina de pintura, mas não havia um retorno. A implicação dos técnicos é de extrema importância, pois quando o estágio chegasse ao fim, alguém precisaria dar continuidade nas atividades. O resgate dessas oficinas com o objetivo de ser terapêutica, retoma o contexto da reforma psiquiátrica, que de acordo com Jucá (2010) “faz com que elas se configurem como um espaço híbrido que conjuga a clínica com a política”, desenvolvendo a cidadania. Deve haver o uso da oficina como um recurso importante no tratamento clínico e na reabilitação psicossocial, não apenas como geração de renda.

4. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DO CASO

Apesar de ter uma boa relação com vários usuários do CAPS, houve uma usuária que me chamou a atenção, pois me afetou de uma forma diferente. O caso escolhido foi a partir do vínculo que se formou logo nos primeiros dias de estágio. O primeiro contato que tive com Amanda (nome fictício) foi no início do estágio, ela frequenta o serviço duas vezes na semana, segundas e quartas, estava grávida, mas negava a gravidez. Havia pouco tempo que ela tinha perdido um bebê. Todos, tanto técnicos quanto usuários, queriam que ela aceitasse a gravidez, mas me questionava se eles não paravam para pensar em momento algum que ela precisava trabalhar a questão do luto da perda do outro bebe. Faziam brincadeiras negativas e riam quando ela afirmava não estar grávida. Fiquei bastante incomodada com aquela situação e isso me tocou bastante.

Fui conversando com ela e aos poucos ela foi confiando e relatando sobre sua vida, suas inquietações. Com o tempo, Amanda aceitou a gravidez e começou a fazer o pré-natal em uma unidade de saúde. Fui com ela à sua primeira consulta na unidade de saúde, por solicitação da mesma. A partir daí a enfermeira que estava realizando o pré-natal me sinalizou a necessidade de a usuária fazer uma consulta com o psiquiatra, visto que alguns medicamentos poderiam fazer mal ao feto. Diante do exposto Minozzo e Costa (2013), apontam a importância de se reconhecer o vínculo, ou seja, a confiança entre o profissional e o usuário, e de saber identificar a importância da escuta e da troca entre os usuários como promotores de saúde mental.

O Técnico de Referência (TR) atua no CAPS junto ao usuário. Também fica responsável pelo contato com a família e encaminhamento para outros serviços dos quais o usuário tenha necessidade. Todo usuário deve ter um Projeto Terapêutico Individual (PTS), respeitando suas particularidades dentro e fora do serviço e que leve em conta as suas necessidades (BRASIL, 2004). O PTS é desenvolvido de forma multidisciplinar, onde participam o TR, as equipes de saúde (não apenas a equipe do CAPS) e o próprio usuário. O técnico de referência não precisa necessariamente ser o mesmo todo o tempo, é necessário que haja um vínculo entre técnico e usuário durante seu processo terapêutico. O estágio chegou ao fim e não consegui saber como se dava a escolha desse profissional para cada usuário no CAPS em questão.

Amanda, em determinado momento quando questionei se havia modificado algum medicamento depois da constatação da gravidez, relatou que tinha conversado com uma profissional do CAPS. Essa mesma profissional afirmou que havia relatado o caso ao psiquiatra, e o mesmo optou por não modificar os medicamentos (relato da usuária). Insisti na consulta, tentei mostrar a Amanda os benefícios de ser acompanhada também pelo médico, para não prejudicar o feto. Tensionei junto a outro profissional do

serviço, visto que não encontrei a técnica de referência de Amanda no momento, e marcamos a consulta com o psiquiatra.

Como Amanda estava sem acompanhante, e na consulta é exigido, a usuária me perguntou se poderia ir junto e eu me disponibilizei para acompanhá-la. Uma consulta onde haviam cinco usuários e seus respectivos acompanhantes. O médico insistiu no uso do haldol¹ e questionei sobre riscos que causariam ao feto. O médico explicou a Amanda que os riscos seriam apenas nos primeiros meses, e que não haveria a necessidade de modificar.

Não há como privar gestantes/lactantes da terapia medicamentosa a não ser pela suspensão total do uso de fármacos, o que seria inadequado, desumano e irracional, pois como a maioria das mulheres, gestantes/lactantes estão sujeitas a intercorrências que podem gerar a necessidade de intervenção medicamentosa. Há sim, como poupá-las das exposições e riscos desnecessários oferecidos por medicamentos não estudados, mal prescritos, indicações erradas e utilizados em excesso. Para superar tal prática propõe-se envolvimento dos profissionais da saúde para que medidas de intervenção sejam somadas promovendo uma utilização racional, coerente e com indicação adequada (MALTA e MERTHY, 2010, apud SILVA, 2014, p. 8).

Segundo Silva (2014), deve-se levar em conta os riscos do uso de medicamentos psiquiátricos durante o período gestacional tanto para a gestante quanto para o feto. Esse tipo de medicamento pode levar a abortos, malformações congênitas, restrição de crescimento, efeito carcinogênico e mutações neurológicas, psicológicas e cognitivas, principalmente durante as primeiras semanas de gestação. Dessa forma, a disponibilidade dos profissionais, a escuta atenta em considerar o que a usuária diz é muito significativo. O fato de Amanda não aceitar a gravidez, leva a crer que os técnicos, em especial um profissional de psicologia, precisaria trabalhar essa questão e procurar ajudá-la no processo.

Deste modo, após o questionamento sobre todos esses riscos, o psiquiatra concordou que ainda seria prejudicial, e resolveu suspender o medicamento. Aumentou também a quantidade de dias para a usuária frequentar o serviço, que passou de dois para três dias na semana, de forma que o serviço ficasse atento a seu desenvolvimento após a suspensão do haldol. A todo momento durante a consulta eu questionava se

¹Segundo a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), o Haldol é um antipsicótico do grupo das butirofenonas. Ele é um bloqueador potente dos receptores dopaminérgicos centrais, classificado como um antipsicótico muito incisivo. Age nos delírios e alucinações na esquizofrenia aguda e crônica, estados impulsivos e agressivos.

Amanda estava entendendo o que o médico estava falando, tentava fazer com que a fala dele fosse direcionada para a usuária e não para mim. É extremamente importante colocar o usuário/a como protagonista no seu tratamento, mesmo implicando também a família. Os usuários/as estavam lá, as falas por várias vezes eram direcionadas ao acompanhante. O psiquiatra fez menção de fazer consultas mensais, o que não ocorreu até o final do estágio. Um fato que me deixou bastante intrigada foi que depois da suspensão do medicamento antipsicótico (Haldol), Amanda não apresentou nenhum tipo de sintoma psicótico, que em tese deveria apresentar, pois não estava tomando o medicamento, o qual foi retirado de forma abrupta.

No prontuário da usuária não tem muitas informações, quase nenhuma, o que, segundo alguns profissionais do serviço, complica a continuidade do atendimento. Tentei buscar informações socioeconômicas, o histórico do seu processo de sofrimento psíquico, evolução do tratamento, mas como foi dito anteriormente, não encontrei. Os prontuários dos usuários são essenciais para o processo de intervenção clínica, acompanhamento, dispositivo que pode articular toda a equipe técnica e rede de atenção. De acordo com Reis e colaboradores (2009), os prontuários são ferramentas de suporte clínico que garantem a ininterruptão do cuidado.

Nesses termos, parece existir consenso sobre a importância dos prontuários seja para seguimento, segurança e respaldo do usuário e suas utilizações são diversas. Assim, são muitas as pesquisas que se utilizam de prontuários e são vários os estudos e ensaios que se propõem a aperfeiçoar e modernizar os prontuários considerados então como uma ferramenta de primeira importância no âmbito da saúde mental pública. Nas resoluções do Conselho Federal de Medicina referente ao prontuário, definido como “conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais ao paciente pelos serviços de saúde públicos ou privados” existe o reconhecimento do valor do prontuário para o paciente, a instituição que o atende, bem como para o médico, o ensino, a pesquisa e os serviços de saúde pública (REIS et al, 2009, p. 385).

Amanda não tem emprego fixo e os benefícios que são um direito da usuária a auxiliária muito no seu dia-a-dia. Dos benefícios que o governo disponibiliza, o único que ela recebe é o passe livre (que permite a usuária a utilização dos meios de transporte urbanos sem pagar), mesmo tendo direito a receber o BPC (Benefício de Prestação Continuada) por causa do seu diagnóstico. O BPC se configura como um mecanismo de renda e que iria garantir gastos com moradia, alimentação, saúde, etc. Também tinha direito de receber o bolsa família, mas não recebia. Ficava me questionando porque ninguém procurava saber o que acontecia com a usuária fora do serviço.

Amanda não consegue uma pessoa que possa acompanhar nas consultas ou marcar perícias. Mora sozinha com um filho de três anos, em nenhum momento relata

ter um companheiro e não tem muita proximidade com a família, vive em extrema vulnerabilidade social. É extremamente comunicativa, mas quando se trata de falar da própria vida muda de assunto, foi um processo bem lento conseguir que ela confiasse e criássemos um vínculo.

A usuária tem passado por momentos de muita vulnerabilidade. Habita em uma casa de aluguel no Minha Casa Minha Vida, reside em situação irregular, pois essas casas não podem ser vendidas e nem alugadas, onde sofre ameaças constantes do proprietário. Seu pai está preso, sua mãe foi usuária de drogas quando estava grávida de Amanda, hoje já falecida. Está em conflito com alguns familiares. Pode ser despejada da casa onde mora e não tem ninguém que possa acolhe-la em uma situação como essa. No final do ano de 2018 se envolveu em uma discussão com algumas primas, o que quase resultou em agressão física (segundo informações de outra usuária do serviço). Fui informada do ocorrido por uma amiga da usuária que também frequenta o CAPS, Dona Angélica (nome fictício).

Durante uma conversa com Dona Angélica, que em muitos momentos é chamada de mãe por Amanda, a mesma relatou que conversou com um técnico do CAPS e o mesmo disse que não podia ajudar Amanda porque os problemas que ela vem passando, são “questões de família”. O cuidado que os usuários têm uns com os outros é também uma forma de promoção de saúde, conseguir identificar quando o outro não está bem, sinalizar a equipe, ligar quando alguém falta. Esse movimento de cuidado me tocou bastante, ver esse carinho que eles têm uns com os outros. Esse vínculo existente entre alguns usuários também pode ser considerado como uma configuração familiar e é muito importante para Amanda sentir esse apoio, visto que a mesma não tinha esse apoio da sua família consanguínea.

A família é importante por ser considerada uma continuidade do paciente. O modo de pensar e agir dos familiares afeta diretamente o ente adoecido. No entanto, não é sempre que os familiares estão dispostos a se envolver com os problemas do ente adoecido e com seu tratamento. A não aceitação por parte da família é prejudicial para o portador de doença mental, visto que ele pode se sentir desamparado (OLIVEIRA, FACINA e JÚNIOR, 2012, p. 314).

Com esses questionamentos, busquei pela TR para sugerir a realização de uma Visita Domiciliar (VD), de forma que pudéssemos entender a sua realidade e conseguir as informações que eram necessárias em seu prontuário. A visita foi realizada no antigo endereço (pela técnica de referência e uma estagiária de psicologia), o que demonstra que essa informação não foi atualizada, mesmo após eu sinalizar o novo endereço e telefone. Amanda não tem o apoio da família e isso se tornou um impasse, visto que, ela

não tinha uma pessoa que desse suporte. O papel do psicólogo nesse momento é muito importante para fortalecimento da sua autonomia.

A visita domiciliar é feita por um técnico a usuários que não podem ir ao serviço por algum tipo de impedimento, também busca entender a dinâmica familiar e envolver a família no processo de tratamento do usuário. O profissional irá avaliar a necessidade da visita que pode ser solicitada pelo próprio usuário, por seus familiares, ou pela equipe de saúde que o assiste. Não consegui fazer a visita a casa de Amanda, o que penso que seria de grande importância, tanto para usuária quanto para minha formação acadêmica.

Possibilitar aos discentes de psicologia a vivência em Visita Domiciliar é contribuir para a formação integral, prepara-los para a atuação em saúde segundo as diretrizes nacionais e para a redução da exclusão, ao possibilitar atendimento em psicologia a quem não tem condições de ir até ela. Tal proposta, além de como já mencionado, suportar a política pública de saúde vigente, retoma e fortalece uma vertente da psicologia que se quer: acessível, emancipadora, engajada, tal qual as bases da psicologia social comunitária e da psicologia política (SILVA, 2012, apud ARON e SANTOS, 2015, p. 159).

A técnica de referência de Amanda foi ao CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), após descrever o que Dona Angélica me relatou, para conseguir informações acerca da situação familiar da usuária, qual seria a melhor forma de ajudá-la naquele momento. Também participei da visita, onde foi esclarecido alguns pontos sobre a casa que a usuária mora. Amanda disse que estava tentando passar a casa para o seu nome. Porém a assistente social nos informou que não seria possível. A assistente social do CRAS falou da possibilidade de fazer uma visita a Amanda, e dar um retorno ao CAPS(DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

Na vida como ela é dos serviços da saúde e da saúde mental, o desejo de mudar o processo de trabalho, de criar grupidades ou coletivos, de rever e repensar os conceitos e fundamentos que sustentam as ofertas de produção de saúde, de propor redes e parcerias, sustenta-se como uma esperança equilibrada na implicação de diferentes atores sociais que fazem de seu cotidiano um constante e adicional esforço de enfrentar ou desviar-se dessas armadilhas que trazem sempre de volta modos prescritivos e alienantes de produzir cuidado(YASUI, LUZIO, AMARANTE, 2018, p. 178).

A visita ao CRAS foi uma forma de aquecer a RAPS, que é responsável por garantir acesso equânime aos serviços de saúde, ou seja, reconhecer que todos os cidadãos têm direito à saúde, respeitando as suas particularidades. A organização em rede possibilita a constituição de vínculos de solidariedade e cooperação, garantindo a consolidação do SUS como política pública e ações que garantam o direito à cidadania. A falta do entendimento do cuidado em rede pode fazer com que o usuário e

familiares entendam que o CAPS tem que dar conta de todas as demandas que podem surgir, bem como o serviço se eximir de demandas que entendem não ser de sua responsabilidade.

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual. São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (BRASIL, 2005, p. 23).

Em certo momento Amanda sofreu um processo alérgico, no CAPS não havia recursos para sanar o problema, tencionei junto a alguns técnicos e nada foi feito. Me disponibilizei a ir à unidade de saúde com Amanda, o motorista do serviço nos levou. Deste modo, percebe-se que é muito importante para uma rede a presença de um movimento constante de integração entre os serviços de saúde, que busque a emancipação das pessoas com sofrimento psíquico. É essa organização em rede que pode garantir resolutividade, que contribua com esses usuários na busca por sua autonomia e cidadania, visto que o usuário também é corresponsável nesse processo. Para a organização em rede, o conhecimento de território é de grande importância, ele não é apenas uma área geográfica, mas se trata das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários em que se desenvolvem a vida na comunidade (BRASIL, 2005). Destarte trabalhar no território não quer dizer trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns.

Acompanhar Amanda me causou um sentimento de impotência e incapacidade. Mesmo quando em supervisão, o orientador me apontava situações em que contribuí para modificação daquela realidade de alguma forma. Trabalhar com a usuária por exemplo, para que ela aceitasse a gravidez e realizar um tratamento adequado, para não prejudicar ela ou o feto. Para mim não era o suficiente. O CAPS em que foi realizado o estágio ainda precisa de algumas modificações, por exemplo aumentar a equipe, melhorar o espaço físico, dar formação e informações adequadas e continuadas para os profissionais, para que o trabalho em rede realmente funcione de forma satisfatória.

Amanda é uma pessoa que necessita muito desse trabalho em rede, pois existe em sua trajetória diversas questões que não são de competência apenas do CAPS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A priori o estágio me deixou com um sentimento de inquietação. Por ser uma proposta diferente das outras formas de prática que já conhecia. Fui a campo sem atividades definidas e isso me causou muito estranhamento. Meu papel como estagiaria não era intervir na rotina do serviço, mas relatar e analisar a minha prática, contribuindo para a uma clínica compartilhada e colaborar com a descentralização do serviço. Tencionar junto aos técnicos, ouvir os usuários, tentar de alguma forma fazer a diferença mesmo que de forma imperceptível para muitos. A proposta do estágio de realizar uma clínica transdisciplinar, tornou-se possível com a vinculação com os/as usuários/as. Conseguir vincular com Amanda, não foi uma tarefa fácil, mas foi bastante enriquecedora para minha experiência acadêmica. A transitoriedade pelas atividades, convivência com os usuários/as no dia a dia do serviço foi de extrema importância para a criação do vínculo e de ter uma perspectiva ampla no cuidado de Saúde Mental.

Durante o estágio supervisionado I, as angústias, os medos, as fobias, sintomas físicos já começaram a aparecer. É um campo novo para mim, pelo menos na prática. Pois apesar de estudar saúde mental desde o início do curso de psicologia, sempre houve um receio de não agir corretamente, de piorar o estado de sofrimento do usuário.

Por muitas vezes pensei em desistir, já na reta final continuei com essa ideia, era muito chocante perceber a realidade de sofrimento do outro e pensar que não poderia fazer nada. Chorei muitas vezes com um sentimento de impotência. Nas supervisões ganhava força e percebia que muitas vezes esses sentimentos eram compartilhados com os outros colegas de estágio. Nós, estagiários, nos questionávamos se esse era o caminho certo, e se de alguma forma o que estávamos fazendo produzia algum resultado.

Será que estávamos mesmo fazendo clínica? É certo que sim! Uma clínica diferente, onde o que prevalecia não era o setting e sim a escuta, a construção de

vínculos, ou seja, o foco é sempre o usuário. Percebemos suas singularidades, seus contextos. Durante o estágio pude perceber também a grande discrepância entre as políticas de saúde e o que de fato ocorre dentro do serviço. Não cabe aqui falar sobre os motivos do porque isso ocorre, mas são inúmeras as diferenças do que é previsto pelo Ministério da Saúde com o cotidiano do atendimento. Por exemplo instalações físicas inadequadas, sem um espaço adequado para as oficinas terapêuticas, local sem ventilação, equipe mínima e um grande número de usuários.

O princípio de controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva. A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. “A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental” (BRASIL, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial são dispositivos de extrema importância, na assistência à saúde mental, de toda uma rede e a partir dos princípios éticos da Reforma. O sofrimento psíquico não pode ser uma marca estigmatizada pela sociedade. Devem ser desenvolvidas ações que fomentem o acolhimento, a sociabilidade, o desenvolvimento de potencialidades e singularidades. Ainda existem muitas cenas que vão de encontro com a proposta da Reforma, muitas práticas manicomialistas vindas de aparelhos de saúde que deviam ter uma perspectiva de libertação. De modo que nos leva a pensar sobre o porquê desses lugares trabalharem dessa forma, porque os usuários ainda são tratados como pessoas que devem ficar excluídas da sociedade.

Pensar a reinvenção das práticas psi diante desse quadro implica uma constante resistência a essa lógica que tenta mostrar uma única forma de fazer psicologia, tecnicista e compartimentada. É preciso sair do fazer sobre trabalho e ativismo da prática que terminam por impossibilitar as análises sobre nossos fazeres e implicações. Propomos adotar um constante estranhamento dos paradigmas e realidades que se apresentam como prontos, autorizando-nos a inventar, no cotidiano, estratégias que não obedeçam às fórmulas prescritas, mas que, pelo contrário, possibilitem o exercício de autonomia em nossas análises e gestões do dia a dia (NASCIMENTO, MANZINI, BOCCO, 2006, P 19).

De acordo com Nascimento, Manzini, Bocco (2006), “o movimento que legitimou e regulamentou o exercício da profissão no Brasil também instituiu o título profissional de especialista em psicologia, circunscrevendo o trabalho em diversas áreas”. Decerto que as especialidades delimitam o psicólogo a atuar em áreas que tenham domínio por

conhecimentos específicos. Atualmente, exige-se pessoas qualificadas, que saibam se adaptar às necessidades do serviço e que sejam especialistas na sua área. No CAPS em que foi realizado o estágio nem todos os técnicos possuíam especialização em saúde mental.

O caso de Amanda é um exemplo de que os profissionais que atuam em serviços de saúde, enfatizando aqui os de saúde mental, que é necessário um olhar mais atento, mais cuidadoso com os usuários, realizando acolhimento, fortalecendo os laços sociais, produzindo autonomia e colocando o próprio usuário como protagonista durante todo o caminho do seu tratamento. Chamar a atenção do serviço para as demandas de Amanda que até então ninguém sabia, e que ela confiou a mim, foi uma ação que me atravessou naquele momento, em que senti que fiz a diferença de alguma forma. Com certeza, a equipe poderia ter feito muito mais.

Por fim concluí o estágio e Amanda ainda não havia conseguido seus benefícios, nem o apoio da família. Não sei como será quando seu filho nascer, com todas essas questões a serem resolvidas. Fico feliz em saber que a usuária aceitou a gravidez e está fazendo o seu pré-natal com regularidade. No último mês de estágio Amanda não compareceu ao serviço pois a creche em que seu filho frequenta estava de recesso e a mesma não tinha com quem deixá-lo. Não finalizo esperando que tudo fique bem como em um conto de fadas, mas fico na esperança de que a usuária consiga ter seu filho em segurança e assistida pela rede em todas as suas demandas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARON, Mariana Luzia; SANTOS, Nanci Cosme Damiã dos. Atuação do Psicólogo na Visita Domiciliar. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, vol. 5, p. 155-167, 2015.

BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.

BATISTA, Micheline Dayse Gomes. Breve História da Loucura, Movimentos de Contestação e Reforma Psiquiátrica Na Itália, Na França e No Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, n. 40, pp. 391-404, 2014.

BEDIN, Dulce Maria; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. *Psicologia: teoria e prática*, v.13, n.2, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FELTES, Danielle Lasarotto e HOCH, Verena Augustin. Saúde Mental: (re)conhecendo a pessoa em sofrimento psíquico em suas potencialidades. Artigo apresentado à Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, como requisito parcial à obtenção do título de Pós-Graduação em Saúde Mental e Coletiva, financiado pela FUMDES. Florianópolis-SC. 2014. Acesso em 22/10/2018.

FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de Rolemberg; DELEVATI, DalneiMinuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre Loucos E Manicômios: História Da Loucura E A Reforma Psiquiátrica No Brasil. Ciências humanas e sociais. Maceió, v. 2, n.2, p. 121-136, 2014.

FOUCAULT, Michel. História da Loucura. Perspectiva. São Paulo, 1972.

JUCÁ, Vlândia Jamile dos Santos et al. Atuação psicológica e dispositivos grupais nos centros de atenção psicossocial. Barbacena, v. 8, n. 14, p. 93-113, 2010.

LIMA, EJB. O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: pluralidade e movimento. In: SPINK, MJP.; FIGUEIREDO, P.; BRASILINO, J. Psicologia social e personalidade Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO, p. 109-134, 2011.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes e VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, vol.4, n.2, 2008.

MINOZZO, Fabiane; COSTA, IlenoIzídio da. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 16 (3): 438-450, 2013.

NASCIMENTO, Maria Livia do; MANZINI, Juliane Macedo e BOCCO, Fernanda. Reinventando as práticas psi. *Psicologia Social*, vol.18, n.1, p.15-20, 2006.

OLIVEIRA, R. M; FACINA, P. C. B. R; JÚNIOR, A. C. S. A realidade do viver com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, p. 309-316, 2012.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, vol.1 N.2, 2009.

PEREIRA, Erica Cristina e COSTA-ROSA, Abílio da. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, n.4, p.1035-1043, 2012.

REIS, Alberto Olavo Advincula et al. Prontuários, para que servem? representação dos coordenadores de equipe dos caps a respeito do valor e da utilidade dos prontuários. *Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 383-392, 2009.

SILVA, Suely Ferreira Da. *Uso De Psicofármacos Durante A Gravidez E Lactação: Uma Revisão Bibliográfica*. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem em Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista. Florianópolis, 2014.

YASUI, SILVIO. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro, 2006.

YASUI, S.; LUZIO, C.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, p. 173 – 190, 2018.