



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS EM SAÚDE

ZÂMIA ALINE BARROS FERREIRA

**ATUAÇÃO DAS/OS PSICÓLOGAS/OS NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE
MENTAL NA REGIÃO DE SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador- Bahia

2018

ZAMIA ALINE BARROS FERREIRA

**ATUAÇÃO DAS/OS PSICÓLOGAS/OS NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE
MENTAL NA REGIÃO DE SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação Stricto Sensu em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Tecnologias em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marilda Castelar.

Salvador-Bahia

2018

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

F383 Ferreira, Zâmia Aline Barros
Atuação das/os psicólogas/os na política pública de saúde mental na região de
saúde de Vitória da Conquista. / Zâmia Aline Barros Ferreira. – 2018.
137f.: il. Color; 30cm.

Orientadora: Profa. Dra. Marilda Castelar

Mestre em Tecnologias em Saúde.

Inclui bibliografia

1. Prática profissional. 2. Políticas públicas. 3. Saúde mental. 4. Psicologia.

I. Título.

CDU: 614

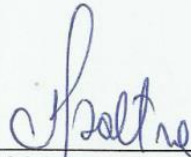
ZÂMIA ALINE BARROS FERREIRA

“ATUAÇÃO DAS/OS PSICÓLOGAS/OS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NA REGIÃO DE SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA”

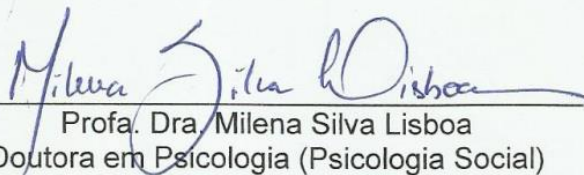
Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Salvador, 25 de maio de 2018.

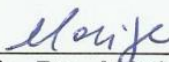
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Mônica Ramos Daltro
Doutora em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Profa. Dra. Milena Silva Lisboa
Doutora em Psicologia (Psicologia Social)
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Profa. Dra. Mônica Lima de Jesus
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia, UFBA

Dedico esta dissertação aos meus amados pais Antônio Carlos e Alzamira, às minhas irmãs, Juliana e Maria Cecília, ao meu esposo Alam Cardoso pelo seu apoio incondicional e aos meus parentes e amigos. Como é grande o meu amor por vocês!

À Professora Dra. Marilda Castelar, minha orientadora, a quem admiro muito e por quem tenho eterna gratidão, em especial, pela sua dedicação, confiança e paciência na concretização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Marilda Castelar, meu muito obrigada. Serei eternamente grata pela oportunidade, e pela sua dedicação, paciência e compreensão. Saiba que eu te admiro muito!!!

Aos meus Pais, agradecer é muito pouco. Tenho certeza que tudo isso não teria sido possível sem o apoio de vocês. Muito obrigada pelo incentivo e compreensão. Amo vocês!

Ao meu esposo, Alam, por ter me apoiado desde o início, e por estar ao meu lado, mesmo estando tão longe fisicamente, e por não medir esforços para que o meu sonho se tornasse nosso. Compreendo minha distância e me ajudando de todas as formas possíveis. Eu o amo incondicionalmente.

À minha prima Mara Rojane, que acolheu a mim e a Juliana, cuidando de nós durante esses dois anos de caminhada. Uma grande incentivadora das nossas conquistas. À minha irmã Maria Cecília; pela sua compreensão e incentivo, a amo muito! Ao meu sobrinho Guilherme, E aos meus parentes e amigos que compreenderam minha jornada e distanciamento nesse momento.

Ao grupo de Pesquisa Psicologia, Diversidade e Saúde. Em especial a Bruna Gusmão e Thais Fontes Andrade todos que me auxiliaram nessa jornada.

Aos coordenadores dos colegiados das instituições em que leciono pelo apoio e incentivo: Márcia Meira e Angélica Rosa. Ao professore Odair Ferreira, pelo apoio ofertado na tabulação e leitura dos dados, Magnólia e Esequias pela correção gramatical.

Aos colegas do Mestrado, em especial, à minha irmã Juliana Barros pela companhia das viagens e ajuda mútua. Às amigas Bárbara e Simone, obrigada pela companhia nas sextas e pela amizade construída nesses dois anos.

Aos professores do Mestrado em Tecnologia e Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em especial a professora Elen Beatriz Carneiro Pinto pela indicação de nome e pessoas para auxiliar na busca dos profissionais para realização dessa pesquisa.

A todas as pessoas conhecidas e anônimas que me auxiliaram nessa busca pelos profissionais participantes dessa pesquisa e nas viagens, sei que citar nomes nesses momentos não é o ideal, mas algumas pessoas são especiais nesse

momento, minha prima Luciana (Tuti), Jouanna Mourena, Anadir, Professora Helen, meu pai Antônio Carlos, Walquíria, e tantas outras pessoas.

RESUMO

Esta dissertação teve por objetivo mapear a presença de psicólogas/os nas políticas públicas de saúde mental na região de saúde de Vitória da Conquista, bem como levantar as dificuldades, os desafios e as contribuições das/os psicólogas/os para o campo da saúde mental. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa exploratória descritiva de frequência, realizada em duas etapas. A primeira etapa consistiu em um mapeamento dos equipamentos de saúde mental, através de questionário, respondido por profissionais que atuam nas políticas públicas de saúde mental, sobre suas práticas, dificuldades e desafios. Para tanto, foram pesquisados 19 municípios da região de saúde de Vitória da Conquista. Dos 47 psicólogas/os atuando nas políticas de saúde mental nesses centros, neste estudo foram entrevistados 30, uma média de idade 31,19, sendo 27 do sexo feminino, com tempo médio de formação 5,27 anos. No total 18 participantes atuavam em CAPS e 12 em NASF. Os resultados apontam que há nessa Região de Saúde 18 NASFs e 13 CAPS. A segunda etapa teve a finalidade de analisar a percepção que as/os psicólogas/os têm acerca das contribuições da psicologia com relação à saúde mental, bem como os desafios e dificuldades em sua atuação. Verificou-se uma série contribuições, tais como: a escuta, a psicoeducação, o olhar holístico e humanizado, prevenção e promoção da saúde, busca da autonomia, bem como os trabalhos em grupos com diversos públicos alvos e objetivos, além das inovações relacionadas ao trabalho com miniequipes de referência. Com relação às dificuldades, desafios e impasses, apresentaram-se como dados a fragilidade da rede para atender as demandas, a existência de precárias condições de trabalho, a demanda excessiva, a ausência de recursos físicos e humanos, a desqualificação dos profissionais, a baixa remuneração e adesão do público, a dificuldade com a equipe, dentre outras. As respostas subjacentes às práticas e experiências dessas/es profissionais apontam conflitos entre o atendimento e a legislação vigente até 2017, que traz mudanças significativas para o território e usuário/a e inovações na atuação de psicólogas/os em CAPS e NASF. Algumas/nus psicólogas/os pontuaram sobre os desafios enquanto algo vivenciado no cotidiano dos serviços e outros sobre as possibilidades futuras com relação à atuação. Verificou-se, assim, que as práticas de cuidado à saúde mental são construídas em meio às negociações de saberes de distintas ordens e da experiência vivida face às demandas e às circunscritões das condições concretas de vida e trabalho. Concluiu-se que o mapeamento foi de grande importância para sinalizar a potencialidade, bem como as deficiências e carências da região de saúde, além disso, algumas dificuldades e desafios acontecem em função das/os profissionais, da gestão e da própria dificuldade em lidar com a saúde mental, haja vista que ainda é um campo permeado de estigmas e preconceito.

PALAVRAS-CHAVE: Atuação. Psicologia. Saúde Mental. Políticas Públicas. Prática Profissional.

ABSTRACT

This dissertation aimed to map the presence of psychologists in mental health public policies in the Vitória da Conquista health region, as well as to raise the difficulties, challenges and contributions of psychologists to the field of mental health. This is a descriptive exploratory qualitative exploratory approach, conducted in two stages. The first stage consisted of a mapping of mental health equipment, through a questionnaire, answered by professionals who work in public mental health policies, about their practices, difficulties and challenges. For this purpose, 19 municipalities of the health region of Vitoria da Conquista were surveyed. A total of 30 psychologists participated in the study, of the 47 that act on mental health policies in this region, with a mean age of 31.19 ± 4.56 , of which 27 were women, with a mean training time of 5.27 years. In total, 18 participants participated in CAPS and 12 in NASF. The results indicate that there are 18 NASFs and 13 CAPS in this Health Region. The second stage had the purpose of analyzing the psychologists' perception about the contributions of psychology in relation to mental health, as well as the challenges and difficulties in its performance. Thirty psychologists from the Region of Health of Vitória da Conquista participated in this research. There have been a number of contributions, such as: listening, psychoeducation, holistic and humanized look, prevention and health promotion, autonomy search, as well as group work with different target groups and objectives, as well as innovations related to work with reference miniteams. With regard to the difficulties, challenges and impasses, the fragility of the network to meet the demands, precarious working conditions, excessive demand, lack of physical and human resources, disqualification of professionals, low remuneration and adhesion of the public, difficulty with the team, among others. The answers that underlie the practices and experiences of these professionals point to conflicts between the compliance with the legislation in force until 2017, which brings significant changes to the territory and user and innovations in the work of psychologists in CAPS and NASF. Some psychologists have pointed out the challenges as something experienced in the daily life of the service and others about future possibilities in relation to the performance. Thus, it was verified that mental health care practices are built in the midst of the negotiations of knowledge of different orders and of the lived experience of the demands and circumscriptions of the concrete conditions of life and work. It is concluded that the mapping was of great importance to signal the potentiality, as well as the deficiencies and lack of the health region, in addition, some difficulties and challenges happen due to the professionals, the management and the very difficulty in dealing with mental health, given that it is still a field permeated by stigma and prejudice.

Keywords: Performance. Psychology. Mental health. Public policies. Professional practice.

INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado Bahia – FAPESB / Termo de Outorga de Bolsa (T.O.B.) - Nº BOL0411/2015.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Porte do município e os serviços de saúde mental	23
Quadro 2 - Equipe Mínima CAPS.....	29
Quadro 3 - Equipe NASF.....	43
Figura 1 - Análise de texto Plataforma Survey Monkey e categorias segundo os objetivos.	57
Gráfico 1 - Percepção da discriminação no atendimento à demanda de saúde mental	67
Gráfico 2 - Objetivos alcançados em função das modalidades de atuação	75
Gráfico 3 - Autonomia para trabalhar a partir dos seus pressupostos teóricos	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Total de Psicólogas/os atuando em CAPS e NASF na Região de Conquista por cidade e modalidade de equipamento.	60
Tabela 2 - Caracterização das Participantes/ Amostra	63
Tabela 3 - Caracterização da população atendida.....	65
Tabela 4 - Caracterização da Demanda – Discriminação quanto ao sexo, gênero e cor/raça	68
Tabela 5 - Modalidades de Atuação	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Apoio Matricial
AB	Atenção Básica
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
AT	Acompanhamento Terapêutico
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
CEVI	Centro de Vivência Infantil
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HCTP	Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MRP	Movimento da Reforma Psiquiátrica
MTSM	Movimento do Trabalhador da Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família/Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
PTI	Projeto Terapêutico Individual
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAAS	Registro Ambulatorial de Ações de Saúde
RENILA	Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
CREPOP	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
CRP	Conselho Regional de Psicologia

SF	Saúde da Família B – Atenção Básica
ENASF	Equipe Núcleo de Apoio a Saúde Da Família
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
CRAS	Centro Referência de Assistência Social
ACS	Agente Comunitário de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
SAMU	Serviço Móvel de urgência
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
PAD	Programa de Apoio à Desinstitucionalização (PAD)
ESF	Equipe de Saúde da Família
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
PSF	Programa de Saúde da Família
PDR	Plano Diretor de Regionalização (PDR).
PRI	Planejamento Regional Integrado (PRI)
UBS	Unidade Básica de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PST	Projeto Singular do Território
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
IES	Instituição de Ensino Superior
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
CID	Classificação Internacional de Doenças
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Adquirida/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

LISTA DE SÍMBOLOS

% Porcentagem

± Mais ou menos

< Menor que

= Igual

≤ Menor igual

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	14
1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo Geral	19
2.2	Objetivos Específicos	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	Reforma Psiquiátrica	20
3.2	A Reforma Psiquiátrica na Bahia	22
3.2.1	Região de Saúde em Vitória da Conquista	24
3.3	Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS	27
3.3.1	CAPS Bahia	31
3.3.2	Atuação da/o Psicóloga/o no CAPS	33
3.3.3	Dificuldades e Desafios para atuação nos CAPS	35
3.4	Os Núcleos Ampliados da Saúde da Família - NASF	41
3.4.1	Atuação das/os psicólogas/os nos NASF	46
3.4.2	Dificuldades e Desafios na atuação nos NASFs	48
4	MATERIAL E MÉTODOS	52
4.1	Delineamento	52
4.2	Contexto em que o estudo se realiza	52
4.3	Escolha das/dos participantes	53
4.4	Procedimentos e instrumentos de coleta de dados	53
4.5	Aspectos éticos	56
4.6	Análise de dados	56
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
5.1	Mapeamento do Campo da Pesquisa e Equipamento por Território	59
5.1.1	Caracterização das/os participantes	62
5.1.2	Caracterização da População Atendida	65
5.1.3	Atuação do Psicólogo na Operacionalização das Políticas Públicas de Saúde Mental	70
5.1.4	Autoavaliação dos objetivos da atuação das psicólogas	74
5.1.5	Autores, Teorias e Documentos Técnicos que embasam ou auxiliam na atuação	76
5.1.6	Autonomia para trabalhar com seus pressupostos teóricos	79
5.2	Contribuições da/o Psicóloga/o para Saúde Mental	81
5.2.1	Relações entre Formação e a Atuação Profissional	83
5.2.2	Facilidades na atuação em CAPS e NASF	85
5.3	Dificuldades e Desafios na Atuação em CAPS e NASF	87
5.4	Limitações, possibilidades e perspectivas futuras da pesquisa	96
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICES	110
	ANEXOS	129

APRESENTAÇÃO

Esse estudo tem sua origem a partir da vontade de pesquisar a atuação da psicóloga no em sua atuação nas políticas públicas.

Desde o período da minha formação em Psicologia, muito me inquietava o percurso dos psicólogos e sua atuação em órgãos públicos, especialmente, nas políticas de educação, saúde e assistência social.

Logo após a graduação, atuei por um tempo em um CRAS – Centro de Referência de Assistência Social. Nesse espaço, pude perceber que há diversas formas do psicólogo atuar, cheio de desafios e oportunidades.

Mais recentemente, em 2014, realizei um processo seletivo para atuar como psicólogo no CAPS, desde então, fiquei bem entusiasmada com a possibilidade de atuação em uma outra política pública, haja vista que havia passado um longo tempo atuando na área de Recursos Humanos.

A notícia da possível chamada para atuar no CAPS renovou o meu interesse em atuar e pesquisar nessa área, assim como entender os limites e possibilidades de atuação do psicólogo nesse serviço.

Ainda que seja uma temática muito pesquisada, pude perceber que muitos estudos publicados vão no sentido de apontar as dificuldades da atuação, sem na verdade apontar os aspectos positivos e as possibilidades. Assim, a aproximação com as pesquisas me fez refletir sobre as possibilidades ainda não aviltadas em outros estudos.

Ao perceber o meu interesse, entrei em contato com a professora Marilda Castelar, que estava desenvolvendo um projeto sobre a atuação dos psicólogos, tanto em conselhos, quanto nas políticas públicas. Cabe ressaltar que já tinha um conhecimento prévio da professora Marilda, que foi minha professora na graduação, além de ter participado da minha banca de TCC e já ter tido contato através de atividades do Conselho Regional de Psicologia 3ª região, como representante da subsele Sudoeste.

Então, pude colocar no papel uma forma de projeto, e pesquisar sobre a atuação dos psicólogos na Região de Saúde de Vitória da Conquista, que compreende a cidade de Vitória da Conquista, mais dezoito municípios. O interesse particular em pesquisar essa região está relacionada não somente com o fato de

residir e atuar na cidade de Vitória da Conquista, mas com o contexto relacionado ao pioneirismo da cidade no seu processo de municipalização da saúde e também por ser um polo, bem como referência para diversos municípios circunvizinhos em diversos setores, especialmente na Saúde.

Apesar desse pioneirismo na região da área de saúde, a Saúde Mental, ainda convive com algumas dificuldades, especialmente porque, quando esse estudo foi iniciado, à região ainda convivia com um Hospital Psiquiátrico, que foi fechado em 2017. Outro aspecto observado foi à dificuldade em atender e organizar toda a demanda de saúde mental da região de forma que a Rede de Atenção Psicossocial funcione e atenda toda demanda de forma eficiente e eficaz, de acordo com o que preza à legislação.

Sendo assim, pesquisar como está à atuação dos psicólogos dentro desse contexto de mudanças, adaptações, casos bem-sucedidos, desafios e dificuldades, pode dar uma perspectiva de como está o atendimento à demanda de saúde mental, bem como, as inquietações e à atuação das/os psicólogas/os no atendimento às demandas de saúde mental na Região de Saúde de Vitória da Conquista.

Em guisa de conclusão, este estudo pretende explorar uma das dimensões da complexa área de saúde mental e seus dispositivos substitutivos, especialmente atentado para a atuação dos psicólogos nas políticas públicas de saúde mental, com o intuito de poder registrar e contribuir com as práticas desses profissionais e o dia a dia dos serviços.

1 INTRODUÇÃO

A atuação das/os profissionais de Psicologia na Saúde Pública acontece em diferentes contextos. Entre eles, podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e na Atenção Básica à Saúde, especialmente através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa atuação contempla amplas possibilidades, quais sejam: trabalho interdisciplinar, assistência, prevenção e promoção da saúde. As/os psicólogas/os também podem estar presentes na gestão dos serviços de saúde e no controle social das políticas públicas, seja na participação dos Conselhos Municipais de Saúde, ou em suas comissões, assessorando ou compondo alguns de seus segmentos como gestoras/es, trabalhadoras/es de saúde ou, ainda, como representantes da sociedade civil.^(1,2)

Com a implantação dos CAPS e NASFs, pôde-se verificar que houve um aumento do número de profissionais de psicologia atuando em cidades de médio e pequeno portes. Apesar desse crescimento, laborar nessas cidades implica em superar muitos desafios e dificuldades. Ainda que existam muitos obstáculos, algumas possibilidades e inovações são apontadas para enfrenta-los, a exemplo da implantação do plantão psicológico e o trabalho em rede.^(2,3-5)

Sobre o trabalho em rede, a política de saúde mental no Brasil instituiu outros dispositivos de saúde mental além do CAPS, formando, assim, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem por objetivo a comunicação constante para um funcionamento integrado, entre os equipamentos.^(6,7) A RAPS foi instituída em 2011 através da Portaria 3088, e consiste dos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial.^(6,8)

Mais recentemente, em dezembro de 2017, foi publicada a portaria 3.588⁽⁹⁾, que instituiu, entre outras coisas, uma nova modalidade de CAPS ad, o CAPS ad IV, para municípios com mais de 500.000 habitantes que, poderá atender adultos, crianças e adolescentes. O CAPS ad IV é o Ponto de Atenção Especializada que integra a RAPS, destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas.⁽¹⁰⁾ Vale ressaltar que a presente pesquisa coletou dados antes da referida portaria e não tratará da avaliação das consequências desses últimos atos do legislativo.

Os debates em torno da atuação da/o psicóloga/o no campo da saúde mental têm sido inúmeros, com o envolvimento do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), que lançaram documentos sobre as práticas profissionais psicólogas/os na Atenção Básica à Saúde⁽¹¹⁾ e nos CAPS.⁽¹⁾ Apesar de existirem referências técnicas que norteiam o trabalho do psicólogo na saúde pública, os obstáculos para a atuação desse profissional são muitos.⁽¹⁾

Ainda que existam diversos estudos sobre a atuação dos psicólogos/os nesses dois equipamentos de saúde, é importante pontuar que, na região de saúde de Vitória da Conquista, há poucos estudos publicados. Nesse sentido, antes de caracterizar a Região de Saúde supracitada, será realizado um breve prólogo sobre a regionalização da saúde.

A Regionalização e a municipalização da Saúde são orientações do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, esta deve guiar a descentralização das ações e serviços de saúde, bem como dos processos de negociação que precisam ser pactuados entre os gestores. Para que isso ocorra, faz-se necessário um planejamento das ações de regionalização, que acontece através do Plano Diretor de Regionalização (PDR). No caso da Bahia, este plano divide o espaço geográfico em 28 Regiões que se agrupam em 09 Macrorregiões de Saúde. Nestas 28 Regiões acontecem todas as negociações do Planejamento Regional Integrado (PRI).⁽¹²⁾ Uma dessas regiões de saúde do estado da Bahia é a de Vitória da Conquista. Esta região é composta por 19 municípios (no anexo 1 os mesmos são visualizados).

Principal município da região, Vitória da Conquista está localizada no Sudoeste da Bahia. É o terceiro maior município do estado⁽¹³⁾ e referência em saúde. A municipalização da saúde do referido município começou a partir de 1997.⁽¹⁴⁾ Em 2004, já era referência intermunicipal para 75 municípios da região. Sua estrutura de saúde é também reconhecida no país pela qualidade dos serviços prestados à população, já tendo recebido diversos prêmios nacionais,⁽¹⁴⁾ informação que motivou a escolha dessa região para aprofundar a presente pesquisa.

Alguns estudos, descritos ao longo do trabalho, têm sido realizados no Brasil com o intuito de descrever a atuação dos profissionais de psicologia nas Políticas Públicas de Saúde, contudo, no estado da Bahia, em especial na região de Saúde de Vitória da Conquista, observa-se uma carência de pesquisas sobre a atuação em psicologia nestas áreas.

Nesse sentido, esta pesquisa tem como objetivo mapear a atuação de psicólogas/os que atuam nas Políticas Públicas de Saúde Mental na Região de Saúde de Vitória da Conquista-BA; identificar as principais dificuldades e desafios na atuação da/o profissional de psicologia em CAPS e NASF pela perspectiva das psicólogas/os dessa região, bem como descrever possíveis contribuições da Psicologia para a saúde mental na região, na percepção das/os psicólogas/os.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Mapear a atuação de psicólogas/os nas Políticas Públicas de Saúde Mental na Região de Saúde de Vitória da Conquista-BA.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar as principais dificuldades e desafios na atuação da(o) profissional de psicologia em CAPS e NASF pela perspectiva das psicólogas/os.

Descrever possíveis contribuições da Psicologia para a saúde mental na região, na percepção das/os psicólogas/os.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Reforma Psiquiátrica

Desde muito tempo, e em diversas sociedades, a loucura é tratada como forma de exclusão⁽¹⁵⁾ e, no século XVII, essa forma de exclusão ganha um novo “aliado”, haja vista que, nesse século, iniciou-se a construção de casas de internamento para corrigir e isolar as pessoas que estavam fora do “padrão de normalidade” da sociedade. Além dos loucos, também eram internados, prostitutas, ladrões entre outras pessoas que eram consideradas um problema social, pois estes eram vistos como incapazes de participar dos meios de produção e circulação de riquezas.⁽¹⁵⁾ Criou-se para o “louco” um lugar de exclusão, o manicômio.⁽¹⁶⁾

Para Vieira Filho⁽¹⁷⁾, o manicômio é uma instituição total, que tem como característica uma estrutura de poder integral e trabalha de forma a restringir as trocas sociais. Estas entidades também auxiliam no reforço de estigmas, preconceitos e estereótipos, bem como de concepções excludentes com relação ao “transtorno mental” que, muitas vezes, é considerado violento e perigoso. Logo, precisa estar longe do convívio da sociedade, uma vez que pode ser ameaçador.⁽¹⁷⁾

Críticas ao modelo asilar existem desde o início da concepção do modelo, sendo intensificadas após a II Guerra Mundial. Alguns fatos impulsionaram ou contribuíram para que, desde aquela conjuntura, se pensasse no fechamento dos hospitais psiquiátricos, dentre eles: a subjetividade e a crítica ao modelo médico/a que intervinha dentro do aspecto curativo, sem pensar em outros âmbitos da vida da pessoa. Por outro lado, outros aspectos também contribuíram para o entendimento da necessidade de desinstitucionalização como: a carência de mão de obra, aumento da população idosa, processos de democratização e direitos civis, mudanças teóricas e práticas no campo “psi”; desenvolvimento de terapias farmacológicas.⁽¹⁸⁾

A partir dos anos de 1950, a modernização e humanização de setores da corporação médica, o desejo de criar uma sociedade com mais igualdade social e com respeito às diferenças e a medicina atuando dentro da perspectiva de promoção e prevenção à saúde,^(15,18) deu-se início a questionamentos sobre os manicômios. Cada país teve sua característica com relação à Reforma Psiquiátrica,

entretanto esses fatores foram preponderantes para o início de uma nova forma de pensar sobre a “loucura”.⁽¹⁷⁾

O movimento da Reforma Psiquiátrica no quadro internacional teve seu início marcado a partir das décadas de 1960 e 1970 em diversos países do continente europeu e nos Estados Unidos.⁽¹⁹⁾ Com relação a ações em alguns países, podemos mencionar a Inglaterra, de onde tem-se a proposta das Comunidades Terapêuticas e o movimento das Psicoterapias de Grupo; a França, com o movimento de Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor; as Psiquiatrias Comunitária e Preventiva nos EUA; e a Itália, com o Movimento de Desinstitucionalização.⁽¹⁶⁾

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve como influência a Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia. Esse falava em estratégia de desinstitucionalização, abrindo novos caminhos para se repensarem a prática e o conhecimento que se tinha a respeito de como lidar com a pessoa em sofrimento mental.⁽¹⁶⁾ Ele defendia a estratégia de que o cuidado em saúde mental deveria ser realizado em serviços terapêuticos comunitários, com tratamento psicológico e atendimento às questões sociais.⁽²⁰⁾ Dentro da perspectiva basagliana, pensa-se em resgate e conquista da cidadania e não em retirar aquela pessoa em sofrimento do convívio da sociedade, ou seja, buscam-se também os direitos dos usuários/as, além de considerar suas idiossincrasias.^(20,21)

A Reforma Psiquiátrica propõe, então, uma ruptura de paradigma com relação ao “louco”, ao manicômio e com o modo de se fazer a clínica, pois agora o vínculo a ser estabelecido é com o sujeito e não somente com a doença; por conseguinte, é necessário repensar, reinventar a clínica, levando em consideração o sujeito e seu sofrimento e não apenas a sua doença.⁽¹⁶⁾

A Reforma Psiquiátrica também é conhecida por outros nomes, tais como: Reforma da Assistência Psiquiátrica, Reforma da Atenção em Saúde Mental ou ainda Desinstitucionalização.⁽²²⁾

No Brasil, esse movimento avançou a partir da década de 1970 envolvendo muitos atores^(6,19) dos movimentos sociais, de profissionais, trabalhadores, usuário/as, familiares, militantes dos Direitos Humanos, prestadores de serviços públicos e privados, gestores, sindicatos e associações, instituições, além de ser um processo em que se envolvem transformações políticas e sociais, bem como mudanças na forma de cuidado, de olhar e lidar com as pessoas com problemas mentais.^(6,18,22-24)

3.2 A Reforma Psiquiátrica na Bahia

A Bahia é o maior estado da Região Nordeste e tem hoje uma população de mais de 15 milhões de pessoas e 417 municípios.⁽³²⁾ Ainda que as Políticas Públicas em Saúde Mental da Bahia se encontrem em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental verificam-se algumas peculiaridades com relação às responsabilidades do estado.

Segundo Rabelo e Coutinho⁽³³⁾, houve algumas mudanças no modelo de cuidado em saúde mental a partir de 1982. Contudo essas ações não modificaram muito o quadro de modelo de hospital psiquiátrico, especialmente porque a remodelação já era considerada ultrapassada para a época.⁽³³⁾

Fornazier⁽³⁴⁾ salienta que a Bahia se encontra na 20ª posição, comparado aos outros estados brasileiros com relação ao número de leitos SUS por 1000/hab. e com grande número de leitos psiquiátricos, distribuídos em sete hospitais psiquiátricos em todo o estado. A autora constata ainda que, nas cidades onde existem hospitais psiquiátricos e serviços substitutivos, o hospital é mais procurado enquanto recurso em situações de crise⁽³⁴⁾. Vale ressaltar que a Rede de atenção à crise das pessoas com transtornos é composta por Hospital Dia, Serviços de Urgência Psiquiátrica com internações para até 72 horas, leitos em Serviços de urgência Psiquiátrica em Hospital Geral.^(33,34)

O estado da Bahia, entre 1991 e 2002, foi um dos que menos avançou em implantação de CAPS. A partir de 2002, os CAPS começaram a ser implantados na Bahia de forma incipiente, especialmente após a mudança na forma de financiamento da saúde mental através da portaria 336/2002.⁽³³⁾ Houve também a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos e do Programa de Volta pra Casa. Até 2006, a Bahia contava somente com 106 CAPS, em 2017, o total de CAPS habilitados eram 226.⁽³³⁻⁴⁴⁾

Os CAPS, de acordo com a Portaria 336/2002, têm normas de funcionamento, horário e número de profissionais que devem atuar e as práticas mínimas que devem ser desenvolvidas.⁽³⁰⁾ De acordo com a população do município (porte) existe orientação quanto aos serviços de saúde mental que devem ser implantados. Na tabela abaixo, está uma melhor visualização do porte do município e os serviços de saúde mental que devem existir, segundo Dias (2007):

Quadro 1 - Porte do município e os serviços de saúde mental

População municipal	Rede de saúde mental prevista
Municípios até 20.000 hab.	Rede básica com ações de saúde mental
Municípios entre 20.000 a 70.000 hab.	CAPS I e rede básica com ações de saúde mental
Municípios com 70.000 a 200.000 hab.	CAPS II, CAPS Ad, e rede básica de ações em saúde mental.
Municípios com mais de 200.000 hab.	CAPS II, CAPS II, CAPS Ad, CAPSi, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU.
Municípios com mais de 500.000 hab.	CAPS ad IV

Fonte: Dias (2007) atualizada com portaria 3588/2017

Com relação aos leitos em Hospitais Gerais, a quantidade dos mesmos em todo o estado da Bahia, em 2008, era de 106. Esse tipo de leito é incentivado pela Reforma Psiquiátrica, pois não discrimina, nem estigmatiza os usuários/as com transtorno mental, além de tratar as comorbidades clínicas e cirúrgicas. Apesar de não existirem muitos leitos, alguns municípios acabam ocupando um ou dois dos seus leitos para atender as demandas não contempladas nos CAPS, especialmente nos horários em que estes não estão funcionando, ou até mesmo nos finais de semana.⁽³³⁾

Apesar do número de CAPS existentes hoje, na Bahia a rede de atenção psicossocial ainda é precária, carece de maior investimento na implantação de leitos em hospitais gerais para internação, melhor capacitação dos recursos humanos que atuam nesses hospitais, tanto quanto na atenção básica.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos foram instituídos em 2000. Em 2008, foram levantadas apenas 20 SRTs na Bahia,⁽³³⁾ contudo em pesquisa não foi possível levantar a quantidade de Serviços em funcionamento no estado no ano de 2017.

Sobre os Recursos Humanos que atuam em CAPS, temos quatro situações que dificultam o atendimento: (i) falta de supervisão; (ii) falta de capacitação; (iii) carência, especialmente a carência de médico/as psiquiatras, sobretudo, nas cidades de médio e pequeno porte, pois, em sua maioria, os mesmos concentram sua atuação nos grandes centros ou nas capitais. Por último, (iv) a formação, uma vez que as Instituições de Ensino Superior não estariam capacitando seus profissionais para atuar na saúde mental. Quanto à seleção dos Recursos Humanos, boa parte dos profissionais que trabalham nesse serviço são contratados, com

grande rotatividade de profissionais, baixos salários e baixo apoio dos gestores municipais.^(33,34)

Outro aspecto a ser comentado é o número reduzido de CAPS III no estado. O referido serviço constitui-se em dispositivo que possibilita o acolhimento noturno, pelo funcionamento ininterrupto, inclusive nos fins de semana e feriados, substituindo as internações tradicionais.⁽³⁴⁾ Vale salientar que, em alguns momentos, especialmente os CAPS I, têm-se transformado em serviços ambulatoriais, sobretudo quando atendem usuário/as que vêm da zona rural, que somente têm condições financeiras de ir ao CAPS uma vez por mês, no dia que está agendado para passar pelo médico/a psiquiatra, caracterizando assim usuários/as ambulatoriais.⁽³³⁾

Outras questões relevantes a serem vistas no estado da Bahia são o atendimento às demandas de transtornos leves e moderados que não são público alvo dos CAPS, bem como a assistência infanto-juvenil quando no município não existe CAPSi, os mesmos estariam destinados a serem atendidos em ambulatórios, na Atenção Básica - AB em conjunto com os NASFs.^(33,34) Contudo, nem sempre isso acontece e o CAPS acaba absorvendo a demanda, o que pode gerar dificuldades. Algumas dificuldades com relação ao atendimento à demanda de saúde mental são: a fragilidade do Apoio Matricial na Atenção Básica pelos CAPS e das ações de Saúde Mental na AB, bem como a insuficiência do Estado em fornecer medicações psiquiátricas.⁽³⁴⁾

3.2.1 Região de Saúde em Vitória da Conquista

O Decreto 7508/2011⁽³⁶⁾ foi sancionado pelo Governo Federal com o intuito de organizar o SUS e regulamentar a Lei 8080/1990.⁽²⁹⁾ Sendo assim, Região de Saúde é considerada um espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de Municípios Limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Essas regiões são instituídas por estado em articulação com cada município e deve conter, no mínimo, ações e serviços de Atenção Primária; Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial; Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar

e Vigilância em Saúde. Segundo esse decreto, as Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos e esses definirão os seus limites geográficos, a população usuária das ações e serviços, o rol de ações e serviços que serão ofertados, bem como as respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.⁽³⁶⁾

Na Bahia, existem 9 macrorregiões de saúde e 28 regiões de saúde. A região de Saúde de Vitória da Conquista, conta com 19 municípios, sendo que apenas cinco desses municípios têm a saúde municipalizada.⁽³⁷⁾

Vitória da Conquista, localizada no Sudoeste da Bahia, é o principal município da Região de Saúde que leva seu nome, sendo o terceiro maior município do estado, com taxa de urbanização em 80%. A população do município, em 2016, era de mais de 346.000 pessoas.⁽¹³⁾

A cidade é referência em saúde, tanto na região, quanto na macrorregião de saúde. A municipalização da saúde do município começou ainda na década de 1990, mais precisamente a partir de 1997, quando a gestão da prefeitura do Partido dos Trabalhadores passou a chamar sua forma de atuação de Gestão Participativa, ou seja, com a participação da população, e assumiu como prioridade as políticas públicas sociais, sobretudo, aquelas voltadas para a educação e a saúde.⁽¹⁴⁾

Em 1998, o município assumiu a Gestão Plena da Atenção Básica, iniciou a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Em 2003, a gestão dos serviços de alta complexidade passou para o município e, em 2004, o município já era referência intermunicipal para 75 municípios da região.⁽¹⁴⁾ Sua estrutura de saúde é também reconhecida no país pela qualidade dos serviços prestados à população, já tendo recebido diversos prêmios nacionais, informação que motivou a escolha dessa região para aprofundar o presente estudo.

Apesar da importância desse município dentro da gestão da saúde, o sistema de saúde ainda convive com grandes desafios, tais como número insuficiente de equipes e equipamentos para atender toda população. Em um estudo comparativo entre as políticas de saúde do município de Vitória da Conquista e o de Campina Grande-PB, Medeiros Junior, Alves e Medeiros,⁽³⁸⁾ levantaram oscilações quanto ao investimento em saúde nos últimos anos, bem como a não continuidade das políticas implementadas.⁽³⁹⁾

Em uma pesquisa realizada na Região de Saúde de Vitória da Conquista, Santos e Giovanella,⁽³⁹⁾ relatam que, apesar de a região de Vitória da Conquista realizar reuniões regulares entre gestores, a dinâmica dos sujeitos na formulação e condução das pautas sugeriu avanços tímidos em relação ao fortalecimento da rede regional de serviços de saúde.⁽⁴⁰⁾

Até início do ano de 2017, a região de Saúde de Vitória da Conquista ainda contava com a existência de um Hospital Psiquiátrico, com três leitos ocupados e atendimento à mais de 5.000 pacientes. Contudo, nesse mesmo ano, por decisão do Governo Estadual, os internos foram transferidos para outro hospital da cidade e o atual Hospital Afrânio Peixoto passará por reformas estruturais, quando então será convertido em um anexo do Hospital Geral de Vitória da Conquista (Hospital de Base). O referido hospital atendia à demanda de 72 municípios da Região circunvizinha à Vitória da Conquista. (Anexo 2).

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, com relação à questão da Assistência em Saúde Mental, os leitos do Hospital Afrânio Peixoto foram transferidos para o espaço físico do Hospital Crescêncio Silveira. Hoje, esse Hospital é um anexo do Hospital Geral de Vitória da Conquista, com 21 leitos de saúde mental e tempo médio de internação entre 15 e 18 dias. Além dos leitos de saúde mental, o hospital conta com atendimento de outras especialidades médicas, com capacidade de quarenta leitos. Os três internos, do Hospital Afrânio Peixoto, ainda continuam residindo no Hospital Crescêncio Silveira. Existe a previsão de inauguração de uma Residência Terapêutica tipo II, para outubro de 2018 no município de Vitória da Conquista, quando então, esses pacientes serão residentes. Cabe ressaltar que essa será a primeira Residência Terapêutica da região.

Além disso, foi realizada uma triagem dos mais de 5.000 pacientes atendidos pelo antigo Hospital Afrânio Peixoto. Essa triagem foi efetivada de acordo com o diagnóstico e grau de severidade. Sendo assim, os pacientes que tinham demandas de transtornos mentais leves e moderados, foram encaminhados para atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e CAPS, a RAPS, de cada município da Região de Saúde ou dos municípios pactuados. Atualmente, só estão sendo atendidos no Hospital Crescêncio Silveira os pacientes com Transtorno Mental severo ou moderado e com presença de comorbidades. Contudo, o número de pessoas

atendidas ainda é superior ao previsto, mas ações estão sendo realizadas no intuito de atingir o máximo de 800 pacientes atendidos pelo Hospital.

Outras ações tomadas com relação ao atendimento das demandas de saúde mental, foi o matriciamento das equipes de saúde da Atenção Básica, especialmente médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde. Na cidade de Vitória da Conquista, os residentes de psiquiatria realizam uma vez por mês visitas às UBS para acompanhamento e monitoramento dos casos atendidos. Além disso, foi inaugurado um ambulatório de saúde mental no ano de 2018, em Vitória da Conquista para atender os pacientes com diagnóstico de transtornos mentais leves ou moderados, evitando assim, a ambulatorização dos CAPS.

3.3 Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

Os CAPS foram regulamentados em 2002, surgindo no Brasil como uma alternativa ao hospital psiquiátrico, oferecendo atendimento diversificado dentro de uma outra lógica, a antimanicomial,⁽⁷⁾ isto é, ele é um serviço substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

As principais portarias relacionadas à normatização dos CAPS foram estudadas por Dias.⁽³⁰⁾ O autor explica que elas foram publicadas entre 2002 e 2003, logo após a aprovação da lei 10.216/2001 e determinaram as equipes mínimas dos CAPS. Além disso, criaram normas e diretrizes para os serviços, cadastros para funcionamento dos CAPS destinados a usuário/a/as portadores de transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas, definiu também o incentivo financeiro para a implantação de CAPS e seu funcionamento e o plano estratégico de expansão dos CAPS para infância e adolescência, destinando verba para estas instituições.⁽³⁰⁾

Outra importante definição foi a do público a ser atendido. As pessoas que podem receber atendimento nos CAPS são as que apresentam transtorno mental severo e persistente, ou seja, pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, de forma que o grau de comprometimento, severidade e persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.⁽³⁰⁾

Os CAPS têm como objetivo oferecer atendimento à população da sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e reinserção social das/os

usuárias/os pelo acesso ao trabalho, lazer e exercício dos direitos civis, bem como fortalecimento dos laços familiares e comunitários.⁽⁴²⁾

Para realizar esse atendimento, faz-se necessário que exista uma estrutura física para dar suporte a atividades de caráter interdisciplinar, tais como, salas para atendimento individual e atividades de grupo, área de convivência, oficinas terapêuticas, refeitório, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares, sanitários e área externa para diversas atividades de recreação e esporte.^(40,42)

Nos CAPS, são realizadas diversas atividades, com diferentes recursos terapêuticos, como psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias.⁽⁴²⁾ Em 2012, foi promulgada a Portaria nº 854/SAS que cria, na chamada “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS”, novos procedimentos para os CAPS, nomeados de RAAS (Registro Ambulatorial de Ações de Saúde). Esta portaria classifica os procedimentos possíveis e mais específicos realizados pelos CAPS.⁽⁵¹⁾

Sendo assim, os procedimentos que devem ser realizados por esses equipamentos, de acordo com a portaria supracitada são: acolhimento inicial, acolhimento diurno, atendimento individual de usuário/a/a, atendimento familiar, atendimento de usuário/a em grupo, práticas expressivas e comunicativas, práticas corporais, atenção às situações de crise, atendimento domiciliar para usuário/a e/ou familiares, ações de reabilitação psicossocial, promoção de contratualidade, matriciamento das equipes de atenção básica, das equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência, ações de articulação de redes intra e intersetoriais, fortalecimento do protagonismo dos/as usuários/as de centro de atenção psicossocial e seus familiares, acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico.⁽⁵¹⁾

Os CAPS integram a rede SUS, é um serviço de porta aberta, isso quer dizer que atende demanda espontânea sem necessariamente ser encaminhada.⁽⁵²⁾ Ele é porta de entrada para as ações de saúde mental, tendo uma articulação bem grande com outras instituições de referência. Esse funcionamento é chamado de rede - RAPS. Esse dispositivo também tem a função de apoiar a área do PSF, através do matriciamento, e deve ainda promover capacitação em saúde mental para as equipes em seu território de abrangência.^(17,30,45)

Os CAPS são divididos em modalidades, e o que os diferencia são o público atendido, os horários de atendimento e o porte de cada município conforme quadro 1. O CAPS I realiza atendimento à adultos com transtornos mentais persistentes em municípios com população entre 20.000 a 50.000 habitantes. O que diferencia o CAPS I do II é a população, pois este existe em municípios com população acima de 50.000 habitantes. O CAPSi (infanto-juvenil) é destinado a atender infância e adolescência, o CAPS ad atende a população com problemas relacionados a álcool e drogas. O CAPS III pode ser especializado em problemas ligados ao uso de álcool e outras drogas, sendo chamado de CAPS ad III,^(51,53) podendo inclusive substituir, os hospitais psiquiátricos, uma vez que inclui a internação.⁽¹⁷⁾ Este equipamento também é responsável pela capacitação e supervisão das equipes de saúde mental da Atenção Básica. Mais recentemente, em dezembro de 2017, foi publicada a portaria 3.588, o CAPS ad IV, que para municípios com mais de 500.000 habitantes, que poderá atender adultos, crianças e adolescentes⁽⁹⁾.

A equipe mínima para cada CAPS vai depender também do porte de cada município e de sua modalidade⁽³⁰⁾ de acordo com quadro abaixo.

Quadro 2 - Equipe Mínima CAPS

Modalidade de CAPS	Equipe mínima
CAPS I	1 médico/a psiquiatra ou médico/a com formação em saúde mental, 1 enfermeiro/a, 2 profissionais de nível superior: psicólogas/os, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo/a, ou outro profissional que se adeque ao projeto terapêutico, 4 profissionais de nível médio
CAPS II	1 médico/a psiquiatra, 1 enfermeiro/a com formação em saúde mental, 4 profissionais de saúde mental, 6 profissionais de nível médio
CAPS III	2 médicos/as psiquiatras, 1 enfermeiro/a com formação em saúde mental, 5 profissionais de saúde mental, 8 profissionais de nível médio
CAPS Ad	1 médico/a psiquiatra, 1 enfermeiro/a com formação em saúde mental, 1 médico/a clínico, 4 profissionais de saúde mental nível superior, 6 profissionais de nível médio
CAPSi	1 médico/a psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, 1 enfermeiro/a, 4 profissionais de saúde mental nível superior, 5 profissionais de nível médio

Portanto, os CAPS também vieram trazer para os locais onde se instalaram uma equipe multiprofissional na saúde mental, contribuindo assim para a comunidade e para o processo de interiorização dos serviços de saúde mental.^(1,3,53,54) Dimenstein e Macedo^(3,54) pontuam que o crescimento dos CAPS no país tem acontecido especialmente com o crescimento do CAPS tipo I. Essa

modalidade exige uma equipe mínima de psiquiatra e enfermeiro/a especializado para funcionar.⁽⁵³⁾

A/O profissional que está trabalhando nos CAPS procura promover maior inserção social e autonomia, os direitos, o protagonismo, a cidadania e, dessa forma, oferecer suporte e sustentação, posto isso, deve procurar sair dos muros da instituição, de forma a intervir nas relações da/o usuária/o com sua família e com a comunidade, ou seja, tornar mais forte a relação do usuário/a com a comunidade.^(2,30)

Os princípios que norteiam o trabalho nos CAPS são: o trabalho em equipes multiprofissionais, com interdisciplinaridade, de modo que os diversos olhares possam se juntar nesse processo de auxiliar a pessoa em sofrimento mental, e não somente uma única categoria que cuida da pessoa em sofrimento. Destarte, é fundamental que nenhum saber se sobreponha ao outro, de modo que os profissionais compartilhem as dificuldades e soluções para as questões ou problemas nos CAPS: é o que se chama de horizontalidade.⁽²⁾

Torna-se importante frisar que cada pessoa que adentra ao CAPS tem sua história e suas relações, assim sendo, a partir de uma análise individual, os técnicos do CAPS irão delimitar como será realizado o exercício com os usuários/as e familiares, o que se chama de Projeto Terapêutico Singular (PTS). Esse então seria um plano de ação no qual se inclui diversas intervenções com a intenção de cuidado integral à pessoa. Cabe ressaltar que esse Projeto Terapêutico deve ser elaborado com a/o usuária/o. Porém, tal projeto não é estanque, podendo ser alterado, tendo em vista que a pessoa está em transformação, assim como a relação da/o usuária/o com o profissional também está.^(2,53,55,56) Além disso, é essencial o registro desse PTS para que toda equipe possa acompanhar.⁽⁵³⁾

A/O profissional que atende essas/es usuárias/os será o seu técnico de referência, podendo ser a/o médico/a, a/o enfermeiro/a, a/o educador físico, isto é, aquele profissional que irá acompanhar e conduzir o caso através do projeto terapêutico individual no qual será definida a frequência e quais as especificidades do atendimento, bem como realizar contato com a família desse usuário/a. É elementar que se faça o Projeto Comunitário, isto é, verificar em quais serviços da rede de atenção o/a usuário/a poderá percorrer esse caminho.^(2,30)

O perfil de atendimento com relação ao PTS pode ser: a) Não intensivo: consultas e/ou sessões psicoterápicas; b) Semi-intensivo: além de consultas e

sessões psicoterápicas, há oficinas e outras atividades dirigidas; c)Intensivo: que, além das atividades descritas nos perfis anteriores, acrescenta-se o ambiente terapêutico.⁽⁵³⁾

Chaves e Pegoraro⁽⁴⁰⁾ e Mateus Diniz⁽⁴¹⁾ discutem sobre a questão do técnico de referência e afirmam que, ao invés de ter apenas os técnicos de referência, dever-se-ia ter a equipe de referência, composta por dois ou três profissionais de cada área, com Projeto Terapêutico composto por todas essas especialidades, garantindo assim que o mesmo seja executado por todos. Assim sendo, a/o usuário/a não se vincularia apenas a um indivíduo, mas sim a equipe multidisciplinar, o que facilitaria a colaboração entre os profissionais e o vínculo com o usuário/a o que se chama de miniequipes de referência.

Mateus Diniz,⁽⁴¹⁾ ao falar das miniequipes de referência, esclarece que as mesmas têm a função de promover a adesão e continuidade do cuidado, bem como a garantia do projeto terapêutico contratado. Portanto, nas equipes de referência, os Projetos Terapêuticos seriam um consenso entre os profissionais na forma de lidar com o/a usuário/a, as ações seriam voltadas para o modelo substitutivo, a/o psiquiatra não seria a/o profissional que unicamente decidiria os rumos do tratamento, ocorrendo, então, uma quebra de hierarquia, além de melhorar a resolução interna de conflitos, promovendo, assim, a horizontalização do cuidado.

Alguns estudos sobre as miniequipes de referência foram realizados no país, dentre eles, a pesquisa de Chaves e Pegoraro⁽⁴⁰⁾ nos CAPS de Goiânia. Esse estudo apontou os aspectos positivos e dificuldades. As principais dificuldades apontadas foram: conhecer os usuários/as do serviço, rede assistencial do município, falta de recursos, grande volume de trabalho, falta de atividade para familiares, falta de capacitação, dentre outras. Já os pontos positivos foram: programação de visitas domiciliares, as reuniões, diminuição da verticalização da equipe interdisciplinar, valorização do ponto de vista das/os usuárias/os e familiares, menos sobrecarga de trabalho, permanência da mesma equipe para atender os usuários/as em crise.⁽⁴⁰⁾

3.3.1 CAPS Bahia

Com relação à Bahia, alguns impasses e progressos têm sido vistos no que tange aos CAPS. Em 2012, a Organização Mundial de Saúde desenvolveu o projeto

QualityRights que tem como objetivo capacitar usuário/as e organizações da sociedade civil na defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental. A partir dessa iniciativa, foi desenvolvido o Relatório Avaliar CAPS Nordeste, que trouxe alguns dados relativos aos CAPS da Bahia.⁽⁵⁷⁾

Quando esse relatório foi elaborado, o estado da Bahia contava com 193 CAPS, dos quais 92 foram pesquisados nesse estudo⁽⁵⁷⁾. Em 2017, esse total era de 226 CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde.⁽³⁵⁾

Segundo o relatório, a rede de saúde mental tem-se fortalecido no Estado. Algumas questões levantadas pela pesquisa 'Avaliar CAPS Bahia' são semelhantes em todo Nordeste, tal como a origem da demanda espontânea, com baixa articulação da rede. Quanto à infraestrutura, a grande maioria conta com estrutura mínima necessária para o funcionamento, contudo, nem sempre conta com salas para atendimento em grupo ou coletivo e a acessibilidade não está garantida nos CAPS. Menos da metade das unidades tem transporte próprio, utilizando-se carros de outros serviços. O tipo de vínculo de trabalho comum é o contrato de trabalho, sendo este considerado precário.

Com relação à Articulação da Rede, mesmo sendo longe do ideal está mais relacionada a outros dispositivos da saúde, ainda que dispositivos da Assistência Social, como Centro Referência de Assistência Social - CRAS e Centro de Referência Especializado em Assistência Social - CREAS tenham sido citados. Quanto ao aspecto supervisão, a maioria relatou não a ter.⁽⁵⁷⁾ As parcerias da RAPS que são mais utilizadas pelos CAPS da Bahia são estabelecidas com o CRAS, a Estratégia de Saúde da Família/Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ESF/PACS), AB e CREAS. Fora esses, o hospital geral, ambulatório de especialidades, escolas, praças e parques, hospital psiquiátrico, NASF, ginásio/quadra poliesportiva, igrejas, clubes, salões de festas e creches. As menos utilizadas são: academias de ginástica, Consultório de Rua e ateliê de arte.⁽⁵⁷⁾

Os encaminhamentos mais utilizados para os usuários/as egressos do CAPS são para os Ambulatórios e AB, enquanto que o CREAS, CRAS e Serviços Residenciais Terapêuticos são menos demandados.⁽⁵⁷⁾

Em uma pesquisa realizada no município de Feira de Santana, os trabalhadores de CAPS classificaram como precários: o ambiente de trabalho, os recursos técnicos e equipamentos. O trabalho em saúde mental foi caracterizado como positivo por ser criativo, proporcionar aprendizado e fazer atividades

diferentes. Apesar disso, os profissionais relataram ter pouco poder de decisão e pouco apoio dos gestores, fatores que podem influenciar na segurança e satisfação para execução do trabalho. Relataram ainda trabalhar muito e com volume excessivo de atividades, porém a maioria referiu que o tempo era suficiente para realizar as tarefas. Quando avaliados quanto ao aspecto da saúde geral, muitos trabalhadores queixavam-se de aspectos psicossomáticos, ou seja, sentem uma elevada demanda psicológica e um baixo controle sobre o trabalho.⁽⁵⁸⁾

Um outro estudo realizado em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia tinha como objetivo compreender os sentidos e o significados dos indivíduos quando desempenhavam a função de facilitadores/cuidadores em oficinas que fomentam a politização das/os usuárias/os. Eles apontaram como desafio na saúde mental a capacidade de negociação de procedimentos de cuidado e organização das atividades dentro dos serviços.⁽⁵⁹⁾

3.3.2 Atuação da/o Psicóloga/o no CAPS

A atuação das/os psicólogas/os no âmbito psicossocial requer uma leitura sobre cada caso a partir da perspectiva do sofrimento e das diversas relações e suas determinações. O objeto passa a ser o sujeito em sofrimento e não apenas o seu transtorno. A atuação do psicólogo deve ser sobre a subjetividade, que é um processo contínuo na vida do sujeito.⁽²⁾ Sendo assim, quem trabalha na clínica psicossocial atua com acolhimento.

O exercício das/os psicólogas/os no campo da saúde mental deve ser calcado no trabalho em equipes multiprofissionais, a preparação da/o usuária/o para a reinserção social e sua manutenção na comunidade, bem como orientação da família, realização de pesquisas e avaliação de programas, participação na formação dos demais trabalhadores e a produção de informação à sociedade sobre aspectos relacionados à saúde mental.⁽⁶⁰⁾

O trabalho da/o psicóloga/o no CAPS pode ser desenvolvido de acordo com diversas perspectivas, quais sejam: atendimentos individuais, em grupo e familiares, oficinas artísticas e terapêuticas. Vale ressaltar que as oficinas tentam promover a reinserção do sujeito, através da geração de renda^(47,61), visitas domiciliares, atividades esportivas, atividades de inserção na comunidade, assembleia de

organização do serviço, com a perspectiva ampliada de realizar atividades de formação política e de cidadania das/os usuárias/os.^(2,4,61)

A atividade de psicólogas/os em CAPS tem sido fruto de muitas pesquisas desenvolvidas no país. As atividades mais relatadas pelos profissionais são: intervenções grupais, como grupos operativos, oficinas terapêuticas, trabalho em rede; atividades socializantes, como festas.^(2,5,27,62)

Outras atividades pesquisadas foram: visita domiciliar, com o intuito de orientar familiares e usuário/as, especialmente com aquelas/es usuárias/os que têm dificuldade de deslocar-se até o CAPS para identificar o motivo da ausência no CAPS e para usuários/as que estão em crise; discussão de casos; fortalecimento da rede de serviços existentes; divulgação de serviços e auxílio na aproximação da comunidade com os mesmos; elaboração de relatórios, laudos e pareceres psicológicos; participação ativa na construção de políticas públicas⁽²⁾ e plantão psicológico.⁽⁶³⁾ Outra atividade citada como fundamental nos CAPS é o acolhimento como importante fonte de vínculo.^(2,5,62)

As atividades extramuros foram: caminhadas com os usuários/as, piquenique, visita a museus, passeios terapêuticos, festas, visitas a instituições, cinema, entre outros; atividades externas ao CAPS: caminhadas, pescaria, visitas domiciliares e atividades reconstrutoras de projeto de vida; Acompanhamento Terapêutico – (AT); escuta como fator marcante.^(2,5,27)

Paulon et al⁽⁶⁴⁾ realizaram uma pesquisa com psicólogas/os de CAPS no Vale do Rio Sinos – RS. Eles remontam que o trabalho da/o psicóloga/o está relacionado à escuta. Em outros trabalhos realizados no país, a atuação consiste em: acolhimento dos usuário/as, triagens e re-triagens, atendimentos individuais e clínicos individuais, psicoterapia, acolhimento, acompanhamento, escuta, terapia breve e outros.

As pesquisas de Sales; Dimenstein⁽²⁷⁾ e CFP⁽²⁾ também encontraram resultados semelhantes e ainda acrescentaram o trabalho em equipe; coordenação, atendimento aos familiares das/os usuárias/os. Este trabalho pode ser realizado individualmente ou em grupo^(2,27). A pesquisa de Lara; Monteiro⁽⁶¹⁾ apontou algumas atividades desenvolvidas pelas/os psicólogas/os tais como: diagnóstico, trabalho realizado com os funcionários do próprio CAPS,⁽⁶¹⁾ sendo que essa atividade pode ser os grupos de capacitação, grupos de supervisão e grupos que visam possibilitar um espaço de discussão sobre as questões vivenciadas no cotidiano.^(2,27,61)

Os referenciais teóricos para se trabalhar nos CAPS, ou na Atenção Psicossocial, vêm de diferentes campos e saberes, haja vista que o fenômeno trabalhado é muito complexo. Contudo, a base teórica para atuar advém do próprio MRP.⁽²⁾ São várias abordagens sendo utilizadas pelas/os psicólogas/os, dentre elas, a cognitiva, pois, permite tratar a compulsão, no caso do CAPS ad.⁽⁶⁰⁾ No entanto, mais significativo do que uma abordagem específica é trabalhar com a questão do cuidado e do tratamento.^(26,62)

As clínicas do CAPS são várias, pois elas atuam dentro e fora do CAPS, com familiares, com as/os usuárias/os, além de trabalhar diversos quadros clínicos⁽⁴⁾, uma clínica ampliada, que ultrapassa o específico, mas que expande os diálogos com outros campos do saber, que vão além, dos limites da instituição, que labora no território com os familiares, que trabalha o adoecimento.^(27,62,65,66)

Em muitas pesquisas, a atuação das/os psicólogas/os se aproximou do que deve ser a atividade desse profissional na perspectiva da atenção psicossocial. Apesar disso, ainda persiste o trabalho de psicoterapia individual junto com outros trabalhos realizados, e o modo de cuidado hegemônico com o modelo ambulatorial.^(5,22,27,65)

Além disso, em algumas investigações, a classificação da/o usuária/o como uma pessoa com doença a ser tratada prevaleceu com relação à perspectiva de um cidadão a ser cuidado, isto é, a lógica do pensamento biomédico prevalece.^(2,61) Para tanto, é preciso desenvolver o trabalho intersetorial, de forma a estimular os recursos comunitários para socialização das/os usuárias/os.⁽⁶¹⁾ Deste modo, atuar em atenção psicossocial é reinventar.⁽²⁾

As atuações das/os psicólogas/os nos CAPS estão relacionadas ao cuidado. Quando se fala em cuidado, fala-se também das tecnologias no campo da saúde mental, pensamos no trabalho com relação ao cuidado, que, segundo Merhy⁽¹¹⁴⁾, envolve a dimensão técnica, dos recursos e das habilidades para lidar com a cura, mas também a parte que envolve a questão das relações interpessoais.⁽⁵⁹⁾

3.3.3 Dificuldades e Desafios para atuação nos CAPS

Alguns estudos têm sido realizados no intuito de pesquisar as dificuldades de trabalhadores de serviços substitutivos. Os resultados encontrados sinalizam que as maiores problemáticas encontradas e que afetam o seu trabalho são: questões

institucionais e condições de trabalho, isto é, excesso de atividades, falta de infraestrutura, recursos materiais e físico, pouco tempo para os atendimentos, falta de capacitação, falta de reconhecimento e diálogo com as chefias, baixos salários, o que gera cansaço e frustração com o serviço público.^(25-26,68,81)

Outros fatores que são colocados como dificuldades são os impasses políticos, que podem gerar desmotivação nos profissionais, bem como um número insuficiente de CAPS na cidade e falta de estrutura de rede. Um motivo dificultador foi a interferência de outras instâncias no fazer do CAPS, como, por exemplo, encaminhamentos judiciais, previdenciárias, com a solicitação e laudos para obtenção de benefícios. Ademais, a falta de protocolo ou diretrizes para os problemas em saúde mental mais comuns acaba sendo um problema para a atuação dos profissionais.⁽⁴¹⁾ Vários estudos levantaram também que a formação dos profissionais é insuficiente para lidar de forma adequada com as demandas do CAPS.^(41,40,68,65)

O CREPOP realizou, em 2013, um levantamento sobre as práticas das/os psicólogas/os em CAPS, bem como as referências técnicas para atuação desse profissional. Os desafios elencados pelos profissionais em CAPS foram: infraestrutura inadequada; falta de apoio logístico (materiais de higienização, de escritório, medicamentos, transporte); falta de profissionais; entre outros,⁽²⁾ dados estes que confirmam pesquisas anteriores com relação aos desafios enfrentados pelas/os psicólogas/os.

Ferreira Neto⁽⁶⁶⁾ pesquisou a atuação de psicólogas/os na saúde mental na cidade de Belo Horizonte MG, e verificou também demanda excessiva de trabalho de atendimento e manejo das articulações da rede assistencial.⁽⁶⁶⁾ As dificuldades apontadas pelas/os psicólogas/os são inúmeras, tais como: falta de apoio dos gestores; sobrecarga de trabalho, especialmente porque os trabalhadores mantêm outros vínculos empregatícios além do CAPS; dificuldade das/os psicólogas/os em conceber outras ações que não somente as técnicas⁽⁶⁶⁾; escassez de recursos financeiros, materiais e humanos; o que pode resultar na queda da qualidade do serviço; estigma por parte das/os usuárias/os e pelos profissionais de saúde de outros locais da rede, bem como a falha no funcionamento da rede; falta de capacitação e supervisão. Porém, algumas estratégias para superar essa dificuldade foram montadas, dentre elas, desenvolver um grupo de estudos entre as/os psicólogas/os.^(2,60,61,71)

Segundo Pereira Ômena,⁽⁴⁾ atuar em CAPS no interior dos estados exige o enfrentamento do desafio constante de receber as mais diversas demandas, pois tudo é encaminhado para o CAPS. Em outros estudos realizados no país, as dificuldades foram as políticas locais (estaduais e municipais) de investimentos nos CAPS e nos equipamentos de saúde mental⁽²⁾; romper com o modelo clássico de focar na doença e olhar para o sujeito em sofrimento, além de acolhê-lo; realização das atividades extramuros, sendo que as atividades acabam ficando restritas aos CAPS.⁽⁴⁾ Além disso, a ampliação, articulação e integração, da rede de atenção também é vista como uma dificuldade.⁽²⁾ Outros problemas com relação à rede de saúde mental da criança e do adolescente, e a de álcool e outras drogas; dificuldades em lidar com os serviços da atenção básica, bem como atender os casos que podem ser resolvidos na atenção básica; falta de capacitação em saúde mental do clínico e a falta de compreensão das demandas em saúde mental.^(2,4,60,71)

Com relação ao aspecto formação, algumas/uns psicólogas/os, ao adentrarem para trabalhar, relatam dificuldades, pois, o que viram no dia a dia dos CAPS era totalmente diferente do aprendido no meio acadêmico, ou seja, o próprio trabalho dentro da instituição foi sendo construído, pois muitas/os psicólogas/os não sabiam o que fazer nos CAPS. Dimenstein e Sales⁽²⁷⁾ e Bossardi⁽²²⁾ apontam que os cursos de psicologia, apesar das reformas, ainda privilegiam o modelo clínico e privado de consultórios.^(22,27)

Outro estudo realizado no Rio Grande do Norte da mesma forma apontou o direcionamento do curso para a atuação na clínica.⁽²⁷⁾ Houve também o relato da necessidade de formação continuada, através de especializações, pós-graduações e grupos de estudos para que a equipe discuta o seu fazer no CAPS. Portanto, é importante o trabalho em rede, a educação permanente e a participação social desses profissionais.^(2,4,22,50,71)

Cabe ressaltar que a psicologia não pode responder a tudo.⁽²²⁾ O fato das/os psicólogas/os não se acharem preparados na formação reflete também o desejo de que todos pudessem sair prontos da graduação, quando, na verdade, as/os próprias/os psicólogas/os apontam que a mesma é na verdade uma orientação geral sobre as possíveis formas de atuação. A graduação é, portanto, generalista. De certo que o campo de trabalho é muito diverso e complexo, portanto as especializações são necessárias após a graduação. Conseqüentemente, muitos profissionais, ao se depararem com a angústia sobre o não saber o que fazer,

acabam por culpar a universidade, por não oferecer uma formação adequada para essa atuação. Contudo outros participantes relatam que a formação serviu como uma bússola para indicar possibilidades ou um caminho possível.⁽⁴⁾

Os serviços de Saúde no setor público no Brasil, inclusive os CAPS, estão envolvidos em outros fatores, tais como os econômicos, a carência da população, culturais e políticos de gestão do SUS, que vão ser perpassados pelo modo como a assistência é prestada e a quem essa assistência se destina.^(2,71) Contudo, cada município vai contar com sua dificuldade e desafio, mas cabe a todos verificar a forma como enfrentarão os mesmos.⁽⁷¹⁾

Os principais desafios apontados em algumas pesquisas foram: desfazer o modelo de atenção centrado na figura do médico/a psiquiatra; articulação com outros serviços e outros setores; lidar com momentos de crise com agitação psicomotora e agressividade; o trabalho interdisciplinar e as intervenções no campo social.^(2,4,48)

Muitos desafios que as/os psicólogas/os enfrentam são decorrentes das dificuldades diárias vivenciadas nas instituições, tais como: falta de material para o desenvolvimento de oficinas, carência de recursos humanos qualificados para atender as demandas, situação socioeconômica dos usuário/as, os progressos e as recaídas, a insegurança frente à crise das/os usuárias/os, remuneração insuficiente, que os obriga a manter várias atividades em paralelo, e, por fim, o fato de estarem em um campo no qual as demandas emocionais são intensas e que precisam estar sempre dispostos a acolher e ajudar aqueles que chegam.⁽⁴⁾ A satisfação é obtida quando os mesmos percebem que o seu trabalho está surtindo efeito na vida das/os usuárias/os, tais como a diminuição da frequência das internações ou mesmo a não existência, a abstinência ao uso de drogas ou melhora das relações familiares.^(2,4)

As experiências relatadas como inovadoras pelos psicólogas/os foram: aproximação do serviço com usuários/as das regiões rurais; atividades em contato direto com o a comunidade; oficinas com recursos diferentes, inclusive geração de renda; programas de geração de renda e trabalho, bem como programas de economia solidária; elaboração de instrumento de diagnóstico; realização de grupos; utilização de recursos artísticos, expressivos, lúdicos e esportivos como forma de mediação e facilitação do trabalho terapêutico com os usuário/as; o acompanhamento terapêutico utilizado em diferentes populações.^(2,42,69)

Outras atividades apontadas como inovadoras, foram: forma de lidar com os usuários/as enquanto sujeitos; a participação de profissionais e usuário/as na busca da autonomia; práticas de prevenção e redução de danos; trabalho interdisciplinar; oficinas; grupos de atenção dirigidos à equipe do CAPS; a atuação em rede; as ações realizadas junto ao PSF; ampliação da interlocução da comunidade visando à interlocução social; articulações com os conselhos de direitos; trabalhos com familiares⁽²⁾; atividades realizadas fora dos muros do CAPS; oferta de cursos de informática voltados à inclusão digital dos usuários/as.⁽⁴²⁾ Contudo, segundo Bossardi, as atividades que aparecem como inovadoras refletem a rotina de trabalho das/os psicólogas/os nos CAPS e não necessariamente uma inovação.⁽²²⁾

Além disso, muitos (as) profissionais ponderaram que a ideia de inovação não é tão importante quanto à ideia de continuidade das ações e seguir as diretrizes da política para os CAPS. Vale dizer que alguns passos foram alcançados, tais como a responsabilização das Equipe de Saúde da Família - ESF e das Unidades de Saúde da Família - USF com as/os usuárias/os do território. Ainda assim, há a dificuldade das equipes em entender o trabalho do psicólogo dentro da nova proposta de saúde mental.^(1,71)

Paulon et al⁽⁶⁴⁾ discutem a possibilidade de que as/os psicólogas/os tivessem dificuldade em apontar as atividades inovadoras pelo fato dos profissionais não se darem conta do próprio processo desenvolvido por eles, enquanto inovação da sua prática ou sobre a sua prática em si, não colocando em análise o que fazem e ou mesmo não reconhecendo que são, no mínimo, coautores de clínica da reforma psiquiátrica.⁽⁶⁴⁾ Ao não avaliarem o que fazem, não valorizam suas ações e atividades cotidianas no campo da saúde mental. Da mesma forma, escrevem pouco sobre suas experiências, seus erros e acertos, com graves consequências para a formação de novas gerações.⁽⁷³⁾

Vale ressaltar que as práticas no campo da saúde mental devem ser realizadas de acordo com o Projeto Terapêutico de cada usuário/a e de acordo com as suas possibilidades e necessidades, haja vista que somente reproduzir técnicas sem que haja a participação da/o usuária/o no processo pode gerar um atendimento distante da realidade sócio-política daquele sujeito.⁽⁶³⁾

Dimenstein⁽⁴⁷⁾ discute sobre a questão de que é preciso preocupar-se mais com a questão do que se faz, o que se pratica nos CAPS do que o espaço CAPS em si.⁽⁴⁷⁾ O trabalhador do CAPS deveria ser aquele que realiza a reabilitação

psicossocial do sujeito para além do seu diagnóstico e seu sintoma, isto é, se responsabilizar pela atenção integral da saúde, respeitando a diversidade cultural e das/os usuárias/os, de acordo com os princípios da equidade, procurando estabelecer ações para atender as necessidades daquele usuário/a, sendo bem atendidos, independente das suas desigualdades e necessidades.⁽⁷⁴⁻⁷⁶⁾

Acioli Neto e Amarante⁽⁴⁵⁾ fizeram um estudo sobre o AT na Atenção Psicossocial e ressaltaram a importância do território, da interação e intervenção dentro desse espaço, de forma a poder mostrar outras formas de tratar a loucura que não somente as práticas asilares e de “novas cronicidades”.⁽⁴⁵⁾

Com relação ao lugar de cronificação ou produção de novas cronicidades do CAPS, alguns autores também apontam que algumas práticas de certos profissionais reafirmam o modelo biomédico/a ou da lógica manicomial, mantendo serviços estereotipados, com uma grade de programação fechada, haja vista que as/os usuárias/os ainda permanecem presos/as e dependentes dos serviços, ou seja, sem a promoção da autonomia.^(15,45,50,77)

A cronificação nos CAPS pode se dar por meio dos familiares e parentes por serem resistentes ao novo modo de tratar a loucura. Isso acontece especialmente, pelo nosso contexto social e cultural que ainda discrimina muito e é excludente,⁽¹⁵⁾ e pela ausência de um trabalho sistemático e integrado com os familiares. Ela acontece também pela sobrecarga dos profissionais, aumento da demanda de serviços, a falta de clareza dos trabalhadores quanto ao projeto político de saúde mental do município, bem como do projeto assistencial, falta de reciclagem e de articulação com outros serviços, a pouca participação dos trabalhadores em instâncias de decisão e a falta de cobrança dos conselhos de direitos, especialmente nos conselhos de saúde.^(6,15,45,39) Outro fator é a falta de articulação com outras redes que não somente a da saúde, tais como: justiça, assistência social, trabalho, escola, entre outros.^(15,45,50,78) Desse modo, não é somente os CAPS que devem estar bem equipados, mas sim toda a rede de atenção.⁽⁶⁸⁾

Uma das formas de lidar com essas dificuldades do CAPS, relacionadas à cronificação, são os NASF e o Matriciamento, realizando ações de integralidade no cuidado com o indivíduo em sofrimento psíquico, podendo ocorrer os atendimentos conjuntos e a responsabilização conjunta dos casos atendidos, proporcionando uma melhor articulação entre equipe do CAPS e da Atenção Básica. Outra forma de atuação que pode responder a essa questão complexa é a prática do AT, pois o

mesmo realiza ações de resgate da cidadania e também pode construir formas de cuidado que se apoiam no jeito singular de cada sujeito, sem necessariamente realizar essas ações no território, mas sim em outros espaços, fora dos muros institucionais, proporcionando maior confiança nas ações do dia a dia daquele sujeito.⁽⁴⁵⁾

Segundo Cunha e Campos,⁽⁷⁹⁾ vários autores têm discutido a questão das tecnologias apropriadas a cada tipo de situação das relações interpessoais no atendimento em saúde. Contudo, é preciso considerar um bom referencial teórico-conceitual para oferecer suporte durante o processo de trabalho e especialmente durante o uso de técnicas.⁽⁷⁹⁾

Quanto às técnicas que serão utilizadas, o julgamento e decisão sobre qual deverá ser utilizada são tomadas no dia-a-dia, no diálogo entre as pessoas envolvidas no processo. Portanto, é uma prática que é construída enquanto se faz, levando em consideração os valores, as técnicas, as teorias, os saberes já instituídos, seja para criticar ou reproduzir, uma vez que, não é possível produzir algo novo ou reinventar a cada atividade. Logo, o que Cunha e Campos⁽⁷⁹⁾ defendem é que mais do que procurar uma tecnologia apropriada no que tange ao cuidado em saúde seria buscar racionalidades, sistemas analítico-conceituais, métodos e teorias apropriadas.

E esta pode ser uma dificuldade e/ou desafio a ser enfrentado pelos trabalhadores dos CAPS, uma vez que, em sua maioria, os mesmos lidam não somente com a questão das teorias acerca das intervenções de acordo com cada transtorno, mas também com o fato de que cada pessoa atendida tem sua particularidade e o que foi resultado para uma pessoa pode não ter o mesmo resultado em outro usuário/a.

3.4 Os Núcleos Ampliados da Saúde da Família - NASF

A Atenção Básica é a forma inicial de ingresso no SUS e é a partir dela que é formado um conjunto de ações de saúde relacionada com a promoção e prevenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

É um tipo de saúde descentralizada e com proximidade da vida das pessoas. Os atendimentos, ou serviços, são realizados de acordo com o território onde estão inseridas, ou seja, seu espaço geográfico e de cobertura da população. A saúde na atenção básica se baseia nos princípios do SUS, universalidade, acessibilidade, integralidade da atenção, equidade, participação social e busca produzir atenção integral.^(8,33)

A questão da Saúde Mental na Atenção Básica é preocupação do Ministério da Saúde, desde longa data,^(80,81) pois é orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) que se deve cuidar das ações de saúde emocional na atenção primária.⁽⁸⁰⁾ As intervenções em saúde mental são realizadas a todo momento, no território, respeitando as singularidades de cada usuário/o, seus familiares e de suas comunidades.^(8,81) Pensando nessa perspectiva, o Ministério da Saúde criou os NASF que, além de outras atribuições, tem como objetivo trabalhar a saúde mental na Atenção Básica.

Os NASF foram implantados em 2008 por meio da portaria nº154/GM, de 24 de janeiro de 2008⁽⁸²⁾. Esses têm seus documentos normatizadores, tais como: a publicação das Diretrizes do NASF, pelo Caderno de Atenção Básica⁽⁸⁾ e a Portaria nº 2.488/2011,⁽⁸³⁾ que revisa as diretrizes e normas da Atenção Básica com a Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde - MS criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade de que qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma ESF⁽⁹⁵⁾. Mais recente, em 2017, foi publicada uma nova Portaria 2436/17 que deve implicar em mudanças na forma de organização do serviço.⁽⁹⁾ Cabe salientar que esse estudo está focado nas portarias publicadas antes da 2017.

O NASF foi criado e elaborado para oferecer à ESF uma retaguarda especializada, contribuindo para a ampliação da abrangência e inserção dessas equipes. Sua missão está voltada para o apoio e compartilhamento visando ao aumento da resolutividade das ações em saúde conjuntamente com a equipe de saúde da família.^(56,81,85) É de suma importância que haja uma articulação entre a Equipe do NASF e da ESF, isto é, do planejamento das ações à execução das atividades, podendo ser realizado por um ou mais profissionais do NASF e um membro da equipe vinculada.^(85,86)

Os NASF não são porta de entrada do SUS, contudo oferecem apoio às ESF no atendimento das demandas do território.⁽⁸⁵⁾ Cada núcleo é responsável por um número de unidades de ESF. Os NASF, assim como os CAPS, também são instituídos segundo estrutura, modalidades, áreas estratégicas e quadro de profissionais. Os núcleos são divididos em três modalidades, quais sejam: NASF 1, 2 e 3.^(83,84,87)

Quadro 3 - Equipe NASF

Tipo de NASF	Quantidade de Equipes Referenciadas	Equipe profissional
NASF 1	5 a 9 equipes de saúde da família ou equipes de Atenção Básica	5 profissionais de nível superior de formações diferentes ou mínimo 200 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal
NASF 2	3 a 4 equipes de saúde da família ou equipes de Atenção Básica	3 profissionais de nível superior ou mínimo 120 horas semanais ; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal
NASF	1 a 2 equipes de saúde da família	Mínimo 80 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

Os profissionais de nível superior que podem compor o NASF são: psicóloga/o, assistente social, educador físico, farmacêutico/a, fisioterapeuta, fonoaudiólogo/a, nutricionista, pediatra, terapeuta ocupacional, acupunturista, ginecologista, homeopata e psiquiatra.^(84,87)

Com relação à equipe que trabalha no NASF, uma das recomendações é que exista, na equipe mínima, um trabalhador de saúde mental que pode ser um psiquiatra, psicólogo ou terapeuta ocupacional, em virtude do grande número de transtornos mentais.^(8,82,84,87) Para Dimenstein et al⁽⁸⁸⁾, a incorporação de ações de saúde mental na Atenção Básica é de suma importância, uma vez que os transtornos mentais podem chegar a atingir 14% da população nacional até 2020.⁽⁸⁸⁾

Os profissionais que trabalham nos NASF devem atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar. Devem integrar suas estratégias a nove áreas, quais sejam: saúde mental, saúde da criança, saúde do adolescente e do jovem, reabilitação/saúde integral da pessoa idosa, saúde da mulher, serviço social,

atividades físicas/práticas corporais, assistência farmacêutica e práticas integrativas e complementares.^(56,81,85,87) Sendo assim, a proposta do NASF é ampliar a abrangência das ações da atenção básica, bem como melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde.⁽⁵⁶⁾

As ações desenvolvidas pelos NASF podem ser: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da Saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, grupos terapêuticos, os grupos operativos, a abordagem familiar, as redes de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, etc.^(8,56,85) Além disso, os NASF desenvolvem práticas intersetoriais (educação, esporte, cultura etc.) e promovem a gestão integrada com usuário/as pelos Conselhos de Saúde, avalia o desenvolvimento, implementação e impacto das ações por indicadores previamente pactuados.^(56,89)

Outra função do NASF é a elaboração de material de divulgação e educativo sobre o serviço. Também realiza o apoio à gestão, ao realizar diagnóstico do território e o Projeto de Saúde do Território (PST), que envolve muitos atores, desde instituições públicas e privadas daquele território.^(56,87,89) A equipe do NASF realiza apoio matricial e constrói articulações com os serviços de referência existentes, tais como: CAPS, Centros de Reabilitação, Centros de Lazer e Esporte e com profissionais de serviços especializados.⁽⁸⁴⁾

Apesar dos NASF fazerem parte da ESF, não contam com uma estrutura física própria, uma vez que esse complementa as atividades da Atenção Básica. As atividades podem ser desenvolvidas nas UBS, nas academias da Saúde ou em outros pontos do território.⁽⁸⁵⁾ Isto não é uma regra, pois algumas prefeituras que são mais estruturadas conseguem construir espaços próprios para os NASFs. E isto não tem relação com o porte da cidade, mas de sua administração responsável e consciente de seu papel.

Assim como todas as ações do NASF, as ações de saúde mental devem ser compartilhadas entre NASF e ESF, contribuindo para a integralidade dos cuidados aos usuários/as do SUS, além dos serviços de saúde mental do território. A ESF cuida de cada caso e o NASF realiza a articulação entre a AB e os dispositivos especializados, tais como o CAPS os outros serviços da Rede de Atenção à Saúde, com os de outras redes como a rede de Assistência Social e comunitárias.^(25,56,89)

Os profissionais de saúde mental dos NASF devem fazer um trabalho juntamente com os profissionais dos PSFs que são: supervisões, atendimento compartilhado e capacitação. Os CAPS também podem fazer parte das equipes de referência em saúde mental e as mesmas devem referenciar pelo acompanhamento matricial de seis a nove equipes de PSFs ou Atenção Básica em geral.^(86,88) Portanto, o Apoio Matricial – (AM), uma estratégia do MS veio facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promove articulação entre os equipamentos de saúde mental e as UBSs.⁽⁸⁸⁻⁹⁰⁾

O apoio matricial é um apoio à equipe de referência, constituindo-se numa ampliação das possibilidades em realizar uma assistência mais humanizada, com o tratamento focado no sujeito e no seu território, bem como fortalecer a interação entre especialidade e profissões diferentes.^(56,82,88,89,91)

É recomendado pelo Ministério da Saúde que nas cidades onde existem CAPS e outros equipamentos de saúde mental, o AM seja realizado através de encontros semanais com as equipes da atenção básica. Quando os CAPS forem insuficientes ou não existam naquele Município devido seu porte populacional, o órgão recomenda que sejam implantadas equipes de matriciadores, ou que ocorra o planejamento da expansão do número de serviços de saúde mental de base comunitária.⁽²⁶⁾ Logo, a melhor forma de realizar esse matriciamento seria através de treinamento e educação de profissionais de equipes de referência e matricial conjuntamente, para construção de um “espaço comum” entre essas equipes.⁽⁸⁶⁾

O apoio matricial em saúde mental tem representado uma experiência inovadora, haja vista que aumenta a capacidade de resolução dos problemas das equipes⁽²⁵⁾, de “grande expressividade na formulação e desenvolvimento de propostas que vinculem a saúde mental à atenção primária”.⁽⁹⁹⁾ Em vista disso, as equipes de matriciamento podem inclusive partir dos CAPS por estes serem os equipamentos responsáveis pela efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica.⁽⁸⁷⁾ Não há, portanto, um desvio e sim um compartilhamento de responsabilidades. De qualquer forma, a responsabilidade principal pela condução do caso continua da equipe de referência.^(25,56,88)

Um dos modos que a equipe de saúde mental do NASF pode atuar é através da clínica ampliada, que se constitui numa forma de lidar com o adoecimento que vai além da medicalização e do olhar biológico, inclui questões sociais e subjetivas, o que ajuda a formar o modelo biopsicossocial de saúde.^(46,81,88,92)

A clínica ampliada realiza a integração da equipe multiprofissional com a clientela, facilita a formação de vínculo, a elaboração do projeto terapêutico de acordo com cada caso e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença na tentativa de consolidar o princípio da integralidade.⁽⁴⁶⁾ Portanto, a clínica ampliada, dentro da atuação da saúde mental, pode proporcionar mudanças no PTS. Esse reflete várias ações terapêuticas articuladas, para uma pessoa ou um grupo de pessoas, sendo construído a partir da discussão da equipe que também pode ter o apoio da equipe do NASF.⁽⁸¹⁾

Alguns fatores podem prejudicar o atendimento das demandas de saúde mental na atenção básica, tais como: dificuldade de adequar à assistência às realidades locais; o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdo de sofrimento psíquico, tendência a medicalização dos sintomas.^(11,44,81,88)

Anjos et al⁽⁴⁴⁾ pesquisaram as ações de saúde mental no NASF e seus achados alertam que as ações na área de saúde mental são realizadas superficialmente, não permitindo que os profissionais ali entendam a questão e valorizem suas ações de forma mais profunda. Assim, algumas estratégias e orientação para a atenção à saúde mental na AB são necessárias, especialmente para diminuir ou minimizar a medicalização excessiva e ter a integralidade como uma possibilidade de “horizontalização” dos programas e das relações entre as equipes.^(11,82)

Dimenstein et al avaliam que pouco se investiu para que a rede básica acompanhasse os avanços da área de saúde mental em sua trajetória de transformações technoassistenciais, aumentando assim a capacidade resolutiva das equipes.⁽⁸⁸⁾

3.4.1 Atuação das/os psicólogas/os nos NASF

As ações de saúde mental que existem nos NASF, segundo portaria Ministerial, são: atividades clínicas pertinentes à sua responsabilidade profissional com priorização das abordagens coletivas; apoio a ESF na abordagem dos casos com demandas em saúde mental; atuar em parceria com a ESF frente aos casos que necessitem de uma intervenção conjunta; orientação das equipes da ESF; evitar práticas de “medicalização” de situações comuns à vida cotidiana; promover ações que visem à difusão de uma cultura de atenção antimanicomial, diminuir o estigma e

a exclusão em relação à loucura; mobilizar recursos comunitários para construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade; articular ações intersetoriais; e ampliar o vínculo com as famílias.^(11,89,93)

A inserção da/o psicóloga/o na atenção básica é algo novo, mas tem um sentido de ser. A Portaria de criação dos NASF veio tornar legítimo o lugar do psicólogo na AB, embora esse profissional já realizasse trabalhos conjuntos com ESF.⁽⁷⁷⁾ O principal objetivo da inserção do psicólogo no NASF e a aproximação da saúde mental com à AB foi de intensificar as ações de prevenção e promoção da saúde.^(82,89)

Furtado e Carvalho argumentam que as ações em saúde mental realizadas pelos psicólogos/os devem sair da visão curativa e psicologizante.⁽⁸²⁾ O papel da/o psicóloga/o na ESF deve ser generalista, com foco na prevenção, realizar ações conjuntas e específicas, com foco na promoção e prevenção da saúde e da cura com foco na família e na comunidade, é mediador no acompanhamento dos usuários/as e familiares nos serviços de níveis secundário e terciário.⁽⁹⁹⁾ Portanto, não lhe é um campo específico, mas sim um campo de atuação de sua especificidade, do qual fará parte.⁽⁹⁴⁾

Alguns estudos foram realizados sobre a atuação dos psicólogos/os nos NASFs; as principais atividades desenvolvidas foram: acolhimento, consultas, psicoterapia (orientação, terapia breve, tanto de base psicanalítica quando outras) individual e familiar, grupos terapêuticos educativos, temáticos, informativos e de orientação, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares, apoio às ESF, atividades de articulação da rede. Outras atividades realizadas são: relatórios, desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental, pareceres e prontuários, realizar acompanhamento terapêutico, coordenação de grupos de educação em saúde, apoio as ações de profilaxia e palestras socioeducativas, elaboração dos projetos terapêuticos com a equipe da ESF e plantão psicológico.^(87,88,95,97)

Estudos anteriores aos supracitados relatavam que a função da/o psicóloga/o era, em linhas gerais, proporcionar uma escuta e discurso diferenciado. Assim como, ações de promoção à saúde e campanhas educativas desenvolvidas no território da UBS. Também foram incluídas ações de docência, inclusive com os profissionais da área de Educação, Assistência Social, Conselhos Tutelares, Judiciário, as equipes do PSF e do NASF.^(56,93,98)

Souza, Oliveira e Costa realizaram uma pesquisa com psicólogas/os que atuam em NASF em dois municípios do estado do Rio Grande do Norte. Em seus achados, constataram que as ações coletivas não são reconhecidas pelos outros profissionais das UBS como atuação do psicólogo, bem como a maior parte dos atendimentos são individuais, não dando conta da grande demanda a ser atendida, tornando o NASF um ambulatório “não institucionalizado”.⁽⁸⁷⁾

Dias e Silva pesquisaram sobre a percepção de outros profissionais a respeito da atuação das/os psicólogas/os nas Unidades Básicas de Saúde. Esses entendem que o trabalho do psicólogo é a realização de grupos, atendimentos de demanda livre, retornos de atendimentos, orientações e encaminhamentos. Segundo a percepção dos profissionais, a maior demanda atendida pelas/os psicólogas/os são as de saúde mental, sobrando pouco tempo para que esse profissional interaja com a equipe em outros trabalhos e outras demandas não relacionadas à saúde mental. Sendo assim, a corresponsabilidade e o apoio matricial acabam não acontecendo. Ou seja, os outros profissionais identificam o trabalho do psicólogo pela prática de trabalho tradicional, como a terapia individual.⁽⁹⁹⁾

Um ponto importante levantado por Sousa, Oliveira e Costa é que, em alguns municípios, a implantação dos NASF se deu com distorções com relação à portaria nº 154/GM de 2008, sendo que são encontradas diferenças e semelhanças com os documentos oficiais nas ações desenvolvidas.⁽⁸⁷⁾

3.4.2 Dificuldades e Desafios na atuação nos NASFs

Alguns autores têm pesquisado a atuação das/os psicólogas/os na atenção básica e no NASF tendo dificuldades comuns sendo apontadas, tais como: grande número de atendimentos, carga horária de trabalho excessiva, baixo salário, carência de recursos físicos, materiais e humanos, falta de apoio político, pouco reconhecimento, pressão por produtividade, preconceito com relação à intervenção em Psicologia, distorções do trabalho da/o psicóloga/o. Além disso, falta de entrosamento entre Equipe NASF, ESF e equipe de saúde mental, deficiência com relação à rede de atenção, falta de autonomia dos profissionais do NASF em função da verticalização da gestão, não existência de outra/o psicóloga/o para compartilhar ideias.^(3,85,87,89,95,96,99,100)

A pesquisa de Freire e Pichelli⁽¹⁰¹⁾ aponta que as principais dificuldades encontradas pelas/os psicólogas/os que atuam na Atenção Básica à Saúde devem-se à formação da/o psicóloga/o, que é baseada no modelo clínico. Corroborando com essas autoras, Ferreira Neto também sinaliza que a formação do psicólogo é baseada no modelo clínico e psicologizante.⁽⁶⁶⁾ Além dessa questão, Freire e Pichelli⁽¹⁰¹⁾ assinalam que os próprios profissionais de psicologia que atuam na AB têm algumas dificuldades para suprir as carências da sua formação e podem apresentar ações descontextualizadas e longe da realidade que estão atuando.^(66,101)

Outra dificuldade verificada no trabalho de Cela e Oliveira⁽⁹⁵⁾ foram os encaminhamentos realizados por diversos dispositivos ao NASF, entendendo o NASF como 'porta de entrada' da saúde, quando, na verdade, esse não o é. Desse modo, tais encaminhamentos não estão de acordo com a proposta do NASF, que é dar suporte às estratégias.⁽⁹⁵⁾

Dimenstein e Macedo⁽⁵⁴⁾ elencaram dificuldades e desafios sofridos pelas/os psicólogas/os que atuam em cidades de pequeno e médio porte. Para esses autores, atuar nessas localidades implica em desafios, tais como: rivalidade política, descaso dos gestores com relação à população da cidade, baixa renda da população que, em sua maioria, depende de programas do governo.^(3,54)

Outra questão relevante refere-se ao pouco tempo em que a equipe NASF fica na unidade de saúde, o que impede de a mesma estar de fato presente naquele território, assim o NASF acaba realizando ações curativas, reforçando um modelo clínico individual que a própria Psicologia tenta superar no âmbito da Saúde Coletiva.⁽⁸⁹⁾

Foi constatado também que há pouca publicação específica referente ao trabalho da/o psicóloga/o na saúde. Diante disso, as produções poderiam auxiliar no enfrentamento das dificuldades, como uma forma de compartilhamento de tais experiências enquanto estímulo à reflexão de profissionais já atuantes, como também aos que pretendem atuar nesse campo.⁽¹⁰²⁾

Mediante essa dificuldade com relação à atuação do psicólogo, bem como a publicação com relação ao fazer do psicólogo, o CREPOP foi criado em 2005 pelo Sistema Conselhos (Conselho Federal de Psicologia – CFP e Conselhos Regionais de Psicologia - CRP) com o intuito de averiguar o fazer *psi* nesses novos campos de atuação da psicologia nas políticas públicas. Para Freire e Pichelli⁽¹⁰¹⁾, o CREPOP,

além de outras atribuições, tem a função de orientar a categoria sobre os princípios éticos e democráticos para cada Política Pública.

Os principais desafios levantados pelo CREPOP e outras pesquisas foram: a formação, a fragmentação da rede de saúde, a ausência de capacitação das equipes da ESF e do NASF, problemas relacionados à intersectorialidade e ao planejamento participativo, bem como, desconhecimento da comunidade e da própria ESF, sobre o papel do psicólogo no NASF; o número reduzido de psicólogas/os das equipes em detrimento do maior número de ESF e UBS que referenciam grande demanda a ser atendida, e alguns casos acabam ficando sem atendimento; visitas domiciliares que são realizadas apenas uma vez por mês; impossibilidade de estar presente em todas as reuniões de ESF uma vez que são muitas equipes, além da dificuldade inicial em trabalhar com grupos.^(2,82,94,96,100)

O trabalho interdisciplinar é um desafio para atuação dos profissionais de Psicologia do NASF. Além disso, numa rede fraca, os dispositivos atuantes acabam assumindo funções e demandas que não lhes são próprias. Outrossim, alguns serviços especializados acabam aumentando a sua demanda, ou outros que não têm como objetivo e intuito atender aquela necessidade acabam atendendo, para que o/a usuário/a não fique desassistido, uma vez que não existem outros serviços para onde ele possa ser encaminhado.^(89,95)

Desde a sua graduação, o psicólogo não tem formação para atuar na saúde pública⁽⁸²⁾. Desse modo, os cursos de formação devem estar preparados para atender as necessidades das áreas específicas, a fim de que algumas habilidades e competências para atuar no SUS sejam desenvolvidas.^(93,102,103) Segundo Pires e Braga, a formação não está focada nos aspectos sociais, ou seja, os cursos de graduação priorizam a clínica tradicional, que é um conhecimento bom para a atuação na saúde, contudo não é suficiente.⁽¹⁰²⁾ Portanto, a formação poderia ser mais crítica e contextualizada, continua pautada pelo compromisso social através de aplicação de disciplinas e temáticas e estágios em atenção primária, discussões em eventos e encontros.^(56,89,94,103)

Vale ressaltar que as grades curriculares começaram a modificar no país após algumas mudanças com relação à atuação dos psicólogas/os nas políticas públicas de saúde⁽⁸⁹⁾, isto é, as políticas públicas são um importante campo de emprego e engajamento político. O maior reflexo disso é o aumento de profissionais que atuam nas cidades de pequeno e médio porte.^(3,54)

Ronzani e Rodrigues discutem sobre a inserção de psicólogas/os no trabalho que deve passar antes de tudo uma reflexão sobre onde, como e quando ele deve ser inserido e como vencer as barreiras e dificuldades apresentadas nessa forma específica de atuação, de forma a poder libertar das amarras do fazer tradicional e poder atuar de forma mais aberta.⁽¹⁰⁰⁾ Esse discurso faz sentido, quando se percebe que é na saúde mental que ocorre um grande número de inserção das/os psicólogas/os⁽⁸²⁾ no mercado de trabalho, nas equipes de AM, NASF, CAPS e nas equipes multiprofissionais nos serviços especializados.⁽³⁾

Em 2010, o CREPOP, através do CFP, lançou as referências técnicas para atuação do psicólogo na Atenção Básica. As experiências inovadoras relatadas pelas/os psicólogas/os são atividades articuladas com as escolas e Secretarias de Educação, diálogos e parcerias com as universidades, atividades de acolhimento, plantão psicológico, atividades de prevenção e promoção à saúde, diagnóstico psicossocial, atividades de geração de renda e inserção social. Existem também relatos de experiências em congressos, capítulos de livros e projetos premiados. Alguns psicólogas/os apontaram o apoio matricial como uma inovação. Apesar disso, alguns autores pontuam que a atuação das/os psicólogas/os tem ido mais no caminho de reproduzir o que já existe do que de inovar, embora algumas ações inovadoras têm sido vistas no país na interação da saúde mental com a atenção básica.^(11,87,92)

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento

Pesquisa qualitativa de natureza descritivo exploratória. De acordo com Vieira⁽¹⁰⁴⁾, por meio do estudo descritivo é possível descobrir, observar, descrever, classificar e interpretar os fenômenos de uma maneira que permitirá a exposição das características desse fenômeno a até mesmo de uma população. Nesse sentido, o estudo descritivo auxilia no conhecimento e na interpretação de determinadas realidades sem realizar intervenções significativas.

O estudo exploratório proporciona ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema em estudo, em um primeiro levantamento sobre o problema, tornando-o mais explícito e preciso com hipóteses mais apropriadas para aprofundamento posterior. Dessa maneira, permitirá a descrição do problema com maior clareza e precisão.⁽¹⁰⁵⁾ Além disso, possibilita levantar as características do público alvo. Esse momento permite o reconhecimento, análise situacional, que produz ampla visão do contexto, das práticas atuais, dos participantes e dos envolvidos.

A pesquisa qualitativa está voltada para a compreensão e a explicação das relações sociais, centrada na apreensão de atitudes, crenças, valores e aspirações e tem por objetivo desvelar processos sociais desconhecidos relativos a grupos específicos.^(106,107) Dessa forma, as características da pesquisa qualitativa envolvem a objetivação, a descrição e a compreensão em algumas dimensões dos fenômenos apresentados por meio da realidade. De acordo com Dalfovo, Lana e Silveira,⁽¹⁰⁷⁾ a pesquisa que utiliza o método qualitativo é aquela que trabalha predominantemente com informações coletadas pelo pesquisador, não é expressa em números. Ao utilizar esse método, o interesse do pesquisador estará voltado para compreender o sentido dos fenômenos, vivências, ideias e fatos que moldam a vida das pessoas fornecendo-lhes alguma representação.

4.2 Contexto em que o estudo se realiza

Este estudo foi realizado nos equipamentos de operacionalização da Política Nacional de Saúde Mental em 19 municípios da Região de Saúde de Vitória da

Conquista-Ba, especificamente nos CAPS e NASF presentes nessa região de saúde, e foi realizado entre fevereiro e dezembro de 2016. Os municípios da região dessa região de saúde encontram-se descritos no mapa do (Anexo 1).

4.3 Escolha das/dos participantes

No momento da pesquisa, foram encontrados, nos registros do DATASUS, 25 profissionais de psicologia atuando em CAPS e 22 em NASF, totalizando 47 profissionais. Responderam ao questionário e participaram da pesquisa 30 psicólogas/os, com média de idade de 31,19 anos ($\pm 4,56$), sendo 27 participantes do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Os outros 17 profissionais, apesar de serem contatados não responderam ao questionário.

Os critérios de inclusão no estudo foram: psicólogas/os que atuam em saúde mental, em especial nos equipamentos como CAPS e NASF, que possuíam pelo menos três meses de prestação de serviço com qualquer tipo de vínculo empregatício.

Foram critérios de exclusão: psicólogas/os que não atuavam diretamente na operacionalização das Políticas Públicas de Saúde Mental em atendimento direto à população.

4.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

Os procedimentos para coleta dos dados foram realizados em multifrentes, devido a extensão da região de saúde, bem como a dificuldade de contato com alguns profissionais.

Fase1 -

Para atender ao objetivo de mapear as psicólogas/os nos equipamentos para operacionalização das Políticas Públicas de Saúde Mental dos 19 municípios que compõem a Região de Saúde de Vitória da Conquista-BA,⁽³⁷⁾ foi necessária a localização dos equipamentos e dos profissionais que compõem a região a partir dos dados disponibilizados no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, bem como site da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia –

SESAB⁽³⁷⁾ e do CRP. Nessa primeira fase, foram localizadas/os 47 profissionais psicólogos/os trabalhando nas políticas públicas de saúde mental na referida região.

O questionário de entrevista aplicado era composto por perguntas abertas e fechadas para ser respondido pelas/os psicólogas/os. Paralelamente, foi elaborada também uma versão *online* do questionário de entrevista na Plataforma *Survey Monkey*, composto por perguntas referentes aos dados de caracterização pessoal e trajetória profissional das/os participantes, caracterização da demanda atendida, descrição do local e condições de trabalho, equipe e aspectos da atuação profissional, e a participação em conselhos de direitos (saúde e outros). Esse questionário era composto por 62 perguntas, sendo 20 sobre participação em conselhos de direitos. Estas últimas somente eram respondidas por profissionais que participavam de conselhos de direitos. Os profissionais que não participavam de conselhos respondiam somente as 42 perguntas restantes. Portanto, como a própria plataforma *Survey Monkey*, no momento de montagem do questionário, através de seus recursos permite pular ou ir para outras questões a depender da resposta do participante, foi possível ser programado/configurado que os participantes que não faziam parte de conselhos de direitos responderiam 42 questões automaticamente. Esse questionário, seria enviado via correio eletrônico para as/os psicólogas/os dos municípios.

Importante salientar que, para esse estudo, não foram analisadas as questões sobre participação em Conselho de Direito.

Fase 2 –

Após essa primeira fase de mapeamento *online*, deu-se início aos contatos telefônicos com as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios da região, com o intuito de conseguir os endereços dos equipamentos, bem como contatos com os profissionais.

Apesar de diversas tentativas de contato telefônico houve dificuldade para encontrar as/os profissionais psicólogas/os, bem como conseguir seus contatos e respectivos endereços eletrônicos. Sendo assim, para facilitar o acesso direto aos profissionais foi solicitado o apoio no envio do *link* do questionário através de uma mala direta online (carta via e-mail) do CRP03, para os profissionais registrados no CRP.

Foram enviados 800 questionários online (Apêndice 2), para todos as/os psicólogas/os cadastrados no CRP03 que compõem os municípios da subsede Sudoeste do Conselho⁽¹⁰⁸⁾, incluindo mais de 40 municípios. Foram obtidas 18 respostas, de 10 cidades da subsede sudoeste. Dessas 10, somente 3 cidades fazem parte da região de saúde de Vitória da Conquista.

Dos 18 questionários respondidos via *link* enviado pelo CRP, 12 foram incompletos, com 10 questionários sendo respondidos até o item formação e 2 até perfil da clientela. Dos 6 questionários completos, somente 3 foram aproveitados, uma vez que os outros três eram de municípios que não fazem parte da Região de Saúde de Conquista.

Fase 3 -

Foram realizados mais 60 contatos telefônicos, para as 19 cidades que compõem essa região de saúde, a fim de se obterem os contatos dos profissionais que estavam atuando e respectivos equipamentos, com novo envio do questionário *online*. Nessa etapa, foram enviados 16 questionários via correio eletrônico, com 6 retornos.

Como ainda faltavam cidades e equipamentos para serem mapeados, foram realizados novos contatos telefônicos. Inicialmente, seriam entrevistados profissionais que após terem respondido os questionários, apresentassem descrição de atividades condizentes com a política de saúde mental, ou atividades inovadoras na sua prática. Todavia, ao iniciar o contato com os profissionais, alguns se dispuseram a fazer a entrevista e responder o conteúdo do questionário presencialmente (oralmente).

Decidiu-se realizar, em paralelo ao período de coleta de dados do questionário, entrevistas gravadas em áudio, para otimizar os custos e tempo do deslocamento e garantir a coleta de dados, sendo as referidas entrevistas orientadas pelo conteúdo do questionário e por questões adicionais do roteiro semiestruturado de entrevista. Estes questionários respondidos oralmente foram transcritos e os dados digitados na plataforma Survey Monkey. Foram realizadas visitas a 8 cidades com 13 questionários respondidos oralmente.

Alguns profissionais preferiram responder o questionário por escrito e entregar a pesquisadora, sendo entregues 15 questionários, dos quais somente 8 foram respondidos.

Os dados das visitas foram sistematizados em diário de campo e utilizados apenas para orientar a compreensão da pesquisadora na coleta de dados. Foram preenchidos 30 questionários, dos 47 psicólogas/os localizadas/os de 15 municípios, dos 19 existentes na região (Apêndice 4). Todos os questionários, mesmo os respondidos manualmente, foram transcritos na plataforma *Survey Monkey*.

4.5 Aspectos éticos

Este trabalho faz parte de uma pesquisa mais ampla “ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NOS CONSELHOS E NAS POLÍTICAS PÚBLICAS” da orientadora com CAAE: 33098814.0.0000.5544 Número do Parecer: 1.317.532 de 11/11/2015.

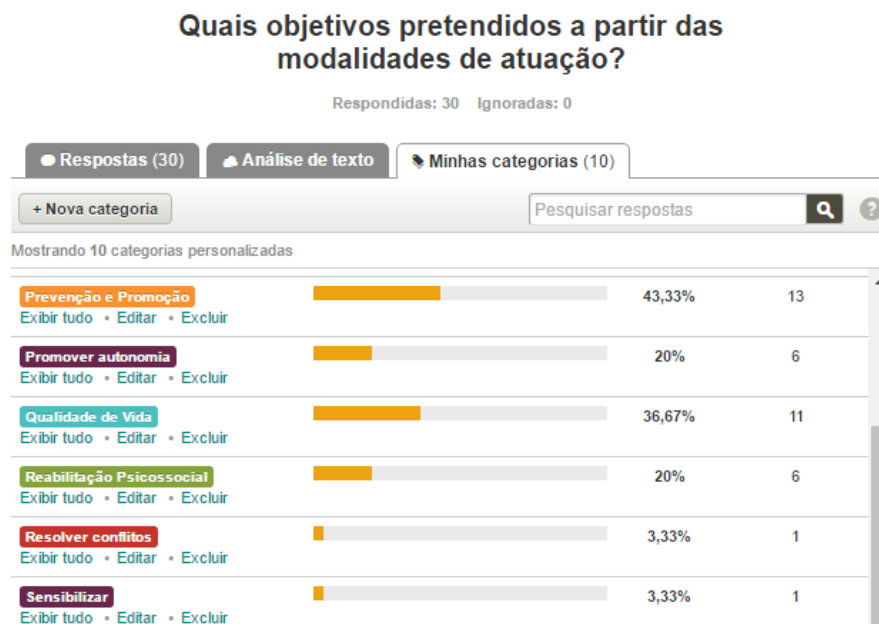
Todas/os as/os psicólogas/os participantes desse estudo, assinaram o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (Apêndice1) apresentado em duas cópias, sendo que uma foi recolhida após ser assinada, a outra ficou com as/os participantes. Importante salientar que, como recomenda o Conselho de Ética, foram esclarecidos os possíveis riscos da pesquisa, como exemplo o constrangimento em responder alguma questão, deixando claro que, caso surgisse dúvida, poder-se-ia não responder à questão ou mesmo desistir da participação em alguma etapa do questionário. Para os questionários *online*, caso, as/os psicólogas/os não aceitassem participar da pesquisa, o questionário não ficaria disponível para resposta. Sendo assim, todos os questionários *online* tiveram consentimento livre e esclarecido, visto que nenhum participante se recusou a responder qualquer pergunta do questionário ou da entrevista gravada.

4.6 Análise de dados

Nessa fase, para análise das questões abertas do questionário, a própria plataforma *Survey Monkey* possibilitou a organização dos conteúdos por categorias prévias por repetição das palavras. Isto é, quando as questões foram lançadas, as respostas aparecem numa nuvem de palavras, com indicação de frequência em que determinadas palavras aparecem. A partir disso, foi realizada a separação das categorias, orientadas de acordo com os objetivos do presente trabalho para realizar análise das frequências.

Na primeira etapa, os textos das respostas abertas respondidos por escrito em questionário impresso, ou oralmente gravado, foram inseridos na plataforma *Survey Monkey*. Foram realizadas leituras flutuantes das questões abertas, bem como das palavras e frases que tiveram maior número, frequência de repetição e aparição, o que auxiliou na formulação da categorização.

Figura 1 - Análise de texto Plataforma Survey Monkey e categorias segundo os objetivos.



Fonte: Plataforma Survey Monkey

Emergiram inicialmente dez categorias: mapeamento, atuação, objetivos da atuação, autonomia, autores, formação, inovações, contribuições, facilidades, dificuldades e desafios. Então, optou-se por reagrupá-las e aprofundar o estudo em três categorias de análise, quais sejam: mapeamento, contribuições e desafios e dificuldades. A categoria “**Mapeamento do Campo da Pesquisa e Equipamento por Território**” engloba as subcategorias, atuação, objetivos da atuação, autonomia e autores. Na categoria “**Contribuições** das/os psicólogas/os que atuam em CAPS e NASF”, foram incluídos dados referentes às contribuições, formação, inovações e facilidades relatadas pelos psicólogas/os na sua atuação nas políticas públicas de saúde mental. E a categoria “**Desafios e Dificuldades** das/os psicólogas/os que atuam em CAPS e NASF”, foram os dados referentes à percepção das/os

psicólogas/os com relação às dificuldades e os desafios em sua atuação ou prática nas políticas públicas de saúde mental.

Este momento da pesquisa teve como finalidade aproximar o pesquisador do campo de pesquisa e ter indícios das dimensões das atividades profissionais da população pesquisada e não reveladas em questões objetivas. E como objetivos específicos: Conhecer as principais dificuldades e desafios na atuação da (o) profissional de psicologia em CAPS e NASF; apontar possíveis contribuições da Psicologia para a saúde mental na região na opinião das/os psicólogas/os, incluindo, nesse último objetivo, aspectos possíveis atividades inovadoras.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa etapa, para responder aos objetivos da pesquisa, foram analisadas todas as perguntas do questionário, desde as questões fechadas, de múltipla escolha e abertas respondidas pelos 30 participantes. Para as questões abertas, foi realizada a análise de conteúdo, por meio da categorização das respostas na plataforma Survey Monkey.

5.1 Mapeamento do Campo da Pesquisa e Equipamento por Território

Foram encontrados, na Região de Saúde de Vitória da Conquista, 18 municípios com NASF e 11 municípios com CAPS. Dos 19 municípios pesquisados, apenas um (1) não conta com equipamento de políticas públicas de saúde mental, sendo o CRAS, um equipamento da Política Pública de Assistência Social, o responsável pelo recebimento de demandas da saúde mental.

Quanto aos equipamentos responsáveis pela saúde mental dessa Região de Saúde, observa-se, na tabela abaixo, 10 CAPS tipo I, 1 CAPS tipo II, 1 CAPS ad III (com internação) e 1 CAPSi. Com relação aos NASFs, temos 18. Além disso, dois municípios contam com um Ambulatório de Saúde Mental, destinado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais leves e moderados. Um município, conta com uma psicóloga em CAPS, que atende no regime ambulatorial. Nos municípios dessa região, não existe CAPS III (serviço com atendimento 24 horas e internação em momentos de crise), com exceção de Vitória da Conquista que conta com um CAPS ad III. Os cuidados em saúde mental na atenção básica ainda são incipientes, bem como a RAPS ainda precisa ser fortalecida. Alguns municípios atendem seus/suas usuários/as em momentos de crise em leitos de hospitais gerais. Durante a pesquisa, não foram localizadas nos municípios da região de saúde, Residências Terapêuticas.

Tabela 1 - Total de Psicólogas/os atuando em CAPS e NASF na Região de Conquista por cidade e modalidade de equipamento.

PSICÓLOGAS/OS POR CIDADE, EQUIPAMENTO E MODALIDADE					
CIDADE	CAPS	NASF	MODALIDADE DO EQUIPAMENTO		POPULAÇÃO MUNICÍPIO
ANAGÉ	1	1	CAPS I	NASF I	20.388 hab.
BARRA DO CHOÇA	1	1	CAPS I	NASF I	35.200 hab.
BELO CAMPO	3	1	CAPS I	NASF I	18.459 hab.
BOM JESUS DA SERRA		1		NASF I	10.597 hab.
CAETANOS					15.913 hab.
CÂNDIDO SALES	1	1	CAPS I	NASF I	26.952 hab.
CARAÍBAS		1		NASF I	10.150 hab.
CONDEÚBA	1	1	CAPS I	NASF I	18.312 hab.
CORDEIROS		1		NASF I	8.795 hab.
ENCRUZILHADA	1	1	CAPS I	NASF I	20.859 hab.
MAETINGA		1		NASF I	5.561 hab.
MIRANTE		1		NASF I	10.081 hab.
PIRIPÁ		1		NASF I	12.452 hab.
PLANALTO	1	1	CAPS I	NASF I	26.436 hab.
POÇÕES	1	1	CAPS I	NASF I	48.655 hab.
PRESIDENTE JÂNIO QUADROS	1	1	CAPS I	NASF I	13.307 hab.
RIBEIRÃO DO LARGO		1		NASF I	8.713 hab.
TREMEDAL	1	1	CAPS I	NASF I	18.367 hab.
VITÓRIA DA CONQUISTA	13	5	CAPS II; CAPS AD III; CAPS I	NASF I	340.199 hab.
TOTAL	25	22	13	18	669.396 hab.
TOTAL GERAL	47 psi		31 equip.		669.396 hab.

Fonte: dados da pesquisa

Os CAPS Tipo I são os equipamentos de saúde mental que aparecem com maior incidência, devido especialmente ao porte da maioria dos municípios, ou seja, com até 70.000 hab., dado este também encontrado no Relatório Técnico Avaliar CAPS⁽⁵⁷⁾. Em seis (6) municípios, o serviço de atendimento às demandas de saúde mental acontece através dos NASF. Quando vamos verificar a população desses municípios, constata-se que a referida população é inferior a 20.000 hab., logo, os atendimentos a essas demandas em saúde mental são ofertados pelos serviços da atenção básica, conforme Quadro 1.

Portanto, percebe-se que a região de saúde apresenta uma boa cobertura dos serviços de saúde mental. Contudo, segundo dados coletados em entrevista

com a coordenação do Hospital Crescência Silveira, quando vamos verificar a população geral da Região de Saúde, faz-se necessário a implantação de mais CAPS tipo II e III. Para atender de forma adequada e resolutiva à população, seria necessário a implantação de mais um CAPS ad III em Vitória da Conquista, um CAPS III, mais CAPSi. Existe uma programação para implantação de cinco CAPS tipo II, dois CAPS tipo III, bem como mais CAPSi para atender toda a demanda de saúde mental da Região de Saúde, haja vista que, a quantidade atual de CAPS não é suficiente para cobrir à demanda de acordo com o porte populacional dos município e da região de acordo com portaria 336/2002.

Quanto ao número de profissionais que trabalham nos CAPS, $n=25$, está compatível com a legislação vigente e com a portaria 336/2002 (tabela 2). Podemos considerar também que o número de profissionais que trabalham em NASF, $n=22$, está compatível com a legislação. Deste modo, verifica-se, em sua maioria, que temos a média de 1 psicóloga/o por CAPS ou NASF nos municípios de pequeno porte. Apesar do número de psicólogo estar compatível com o que preconiza à legislação, sabe-se que outros CAPS, ainda precisam ser implantados para que a cobertura dos atendimentos de saúde mental seja adequada e suficiente para à Região de Saúde.

Podemos dizer que a implementação da reforma psiquiátrica e implantação dos serviços substitutivos na região de Vitória da Conquista apresenta um bom indicador o que não quer dizer que esteja muito bom, haja vista que, necessita da implantação de mais CAPS, bem como do matriciamento das equipes da Atenção Básica para que a RAPS seja realmente efetiva. Além disso, não podemos deixar de considerar que, em um dos municípios, não existe nenhuma política pública da área de saúde atendendo às demandas de saúde mental, que está sendo realizada por uma política de assistência social. Isto posto, faz-se importante considerar que, apesar dos bons indicadores, algumas ações precisam ser realizadas na referida região para que haja o fortalecimento e efetiva implementação dos serviços substitutos, bem como a garantia de um bom atendimento à população da região.

Um acontecimento importante na região durante a coleta de dados da presente pesquisa foi o fechamento do Hospital Afrânio Peixoto. Esse estabelecimento era responsável pelo atendimento aos transtornos mentais na região. Esse fato, gerou muitos embates e posições contrárias e a favor, no entanto sabe-se que o governo atendeu a legislação quando realizou o fechamento do

hospital psiquiátrico, que é uma prerrogativa da Reforma Psiquiátrica e das conferências de saúde mental, que também determinam a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e toda uma rede de atenção para atendimento das demandas em saúde mental. Além disso, o fechamento do referido hospital estava previsto desde 2016, quando os municípios atendidos foram avisados sobre o fechamento.

Cabe ressaltar que alguns municípios atendidos pelo Hospital Afrânio Peixoto, não realizaram a adequação necessária no sentido de implantar uma RAPS para melhor atendimento aos seus munícipes com necessidades de atenção psicossocial de acordo com a lei 10216/01. Mesmo com o fechamento anunciado e programado com antecedência, percebe-se que, mais uma vez, as demandas em saúde mental e as políticas públicas para seu pronto estabelecimento, são, muitas vezes, deixadas em segundo plano por algumas gestões.

Destaca-se, nesse contexto, o papel das/os psicólogas/os que trabalham em CAPS e NASF no sentido de ampliar o debate acerca do tema, seja com usuária/o, familiares e outros profissionais junto com as gestões municipais, conselhos e representações locais para que o atendimento e qualidade dos serviços substitutivos, e da RAPS na região sejam melhorados. Além disso, nenhuma cidade da região tem residência terapêutica, haja vista que, até o momento final da presente pesquisa, não foi encontrada nenhuma na região, fator esse que poderia ter auxiliado os usuários do hospital fechado, pois os mesmos encontram-se ainda internados, no Hospital Crescêncio Silveira, sob tutela do estado/município. Segundo informações da Coordenação do Hospital Crescêncio Silveira, sabe-se que até outubro de 2018 será inaugurada uma Residência Terapêutica Tipo II no município de Vitória da Conquista para acolher os residentes do Hospital Psiquiátrico Afrânio Peixoto, que foi fechado.

5.1.1 Caracterização das/os participantes

A média de idade dos 30 psicólogas/os participantes da pesquisa, foi de 31,19 ($\pm 4,56$) anos, sendo 27 (90%) participantes do sexo feminino. No aspecto autodenominação da cor/raça 20 (66,7%) participantes declararam-se pretos ou pardos, 9 (30%) brancos e 1 (3,3%) amarelo. Com relação ao equipamento de atuação, 18 (60%) participantes atuam em CAPS e 12 (40%) em NASF. No que

tange ao tipo de vínculo, 18 (60%) participantes possuem vínculo de contrato, 11 (36,7%) com vínculo estatutário e 1 (3,3%) credenciado. O tempo médio de formação em Psicologia foi de 5,27 ($\pm 3,08$) anos. O tempo no cargo ou função em equipamento de saúde mental (CAPS ou NASF) foi de 2,1 ($\pm 1,6$) anos.

Tabela 2 - Caracterização das Participantes/ Amostra

<i>Dado</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem/Desvio Padrão</i>
<i>Sexo Participante</i>	Feminino	27 90
	Masculino	3 10
<i>Raça ou etnia</i>	Branco	9 30
	Preto/Pardo	20 66,7
	Amarelo	1 3,3
<i>Tipo de Vínculo</i>	Concursado	11 36,7
	Contratado	18 60
	Outros	1 3,3
<i>Equipamento</i>	CAPS	18 60
	NASF	12 40
<i>Cursos Presenciais e a Distância Realizados</i>	SIM	28 93,3
	NÃO	2 6,7
<i>Média de Idade</i>	IDADE	31,19 4,56
<i>Média Tempo Formado (em anos)</i>	TEMPO FORMADO	5,27 3,08
<i>Média de Tempo de Trabalho na área de Psicologia</i>	TEMPO PSICOLOGIA	5,27 4,43
<i>Tempo de Secretaria de Saúde</i>	TEMPO SMS	2,53 1,7
<i>Tempo no cargo ou função</i>	TEMPO CARGO	2,1 1,6

Fonte: dados da pesquisa

Todos participantes, formaram-se em Instituição de Ensino Superior (IES) privada (apêndice 3). Relacionado a cursos presenciais e a distância realizados após a graduação, 93,3%, ou seja, 28 participantes relatam já terem realizado cursos presenciais e/ou a distância. A maior parte dos participantes, 21 (70%), atua em municípios com até 50.000 habitantes. Dos 30 psicólogos/os participantes, 19 (63,3%) residem no município de atuação, e 11 (36,7%) residem em um município e trabalham em outro.

Outras pesquisas, tais como a de Pitta et al⁽⁵⁷⁾ e Gomes et al⁽⁵⁸⁾, também encontraram dados semelhantes quanto à média de idade e sexo dos participantes,

contudo, nessas duas pesquisas, foram levantados dados de todos os profissionais que atuavam nos CAPS na Bahia. Cabe ressaltar que a psicologia é uma profissão predominantemente feminina, logo, a tendência é de que tenha um maior número de mulheres atuando no mercado, bem como cabe considerar que as profissões de cuidado foram naturalizadas enquanto atividades femininas.

Outro dado a ser analisado, refere-se ao tipo de vínculo empregatício, os dados da pesquisa de Gomes, Araújo e Santos⁽⁵⁸⁾, dentre outros autores, revelam que a maior parte dos profissionais trabalha com vínculos de contratos temporários. Estes dados também foram achados de outras pesquisas, tais como a de Kantorski et al⁽⁶⁹⁾ no Rio grande do Sul.

É importante destacar que este tipo de vínculo de trabalho é considerado como precário, uma vez que os profissionais são contratados de forma temporária o que pode comprometer o vínculo que se estabelece tanto com as/os usuárias/os quanto com a equipe, bem como os mesmos podem ser mal remunerados, o que faz com que acabem tendo mais de um vínculo empregatício, o que pode gerar sobrecarga de trabalho, insatisfação ou desmotivação.

Cabe ressaltar ainda, o local onde a/o profissional reside e onde ele atua. Como já foi mencionado, onze participantes residem em um município, porém trabalham em outro. Logo, nessa questão cabem diversos questionamentos como: no município não há psicólogas/os que possam atuar nos CAPS; Residir em um município e atuar em outro pode ser um dificultador para o acesso aos serviços da rede; Ou o olhar de uma pessoa de fora pode ser bom, pois quem já reside no município pode já ter “se acostumado” com a situação; Até que ponto residir e atuar no mesmo município pode ser facilitador; Ou ainda, o que vai contar nesse caso, será a identificação do profissional com a área de atuação e a sua forma de interlocução com os demais serviços, independente do lugar onde reside; Como fica a construção de vínculos com usuárias/os e rede?

Um indicador muito bom e bastante relevante com relação aos participantes desse estudo foi que 28 já realizaram cursos presenciais e/ou a distância após a formação em psicologia, o que pode demonstrar um interesse pelo aprimoramento profissional, na tentativa de prestar um melhor serviço à população.

5.1.2 Caracterização da População Atendida

Com relação à população atendida, quanto ao nível socioeconômico, 25 (83,3%) participantes relataram atender à população que recebe de um a dois salários mínimos, 4 (13,3%) relataram atender quem recebe até meio salário mínimo e 1 (3,4%) relatou atender pessoas que recebem até mais de três salários mínimos. Quanto à cor/raça ou etnia da população atendida, 28 (93,3%) participantes responderam que atendem pretos e pardos, logo em seguida, a branca, com 19 respostas e amarela com 9 respostas. Não houve respostas de atendimento à população indígena.

Quanto à faixa etária atendida, percebe-se que um maior número de atendimentos é para crianças, adolescentes e adultos. A população atendida, em sua maioria, vem encaminhada através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de origem espontânea, além disso, a demanda pode ser também encaminhada pela Assistência Social ou outras fontes.

Tabela 3 - Caracterização da população atendida

Dados da	Frequência da população atendida	%	
Nível Socioeconômico	Um a dois salários	25	83,3
	Até meio salário	4	13,3
	Mais de três salários	1	3,3
Cor/Raça ou etnia	Branco	19	63,3
	Preto/Pardo	28	93,3
	Amarelo	9	30
Faixa Etária Atendida	Todas	8	26,7
	Criança Adolescente e Adulto	3	10,0
	Adolescente Adulto Idoso	3	10,0
	Adolescente e Adulto	9	30,0
	Criança Adolescente	4	13,3
	Criança	1	3,3
	Adulto	2	6,7
Origem da Demanda	Espontânea	27	90
	Demanda Escolar	4	13,3
	Assistência Social	17	56,7
	Hospital	5	16,7
	SAMU	1	3,3
	UBS	28	93,3
	Outros	11	36,7

Fonte: Dados da Pesquisa

No que tange ao aspecto renda da população atendida, a maior parte dos psicólogos/os relataram atender à demanda com renda entre 1 a 2 salários mínimos,

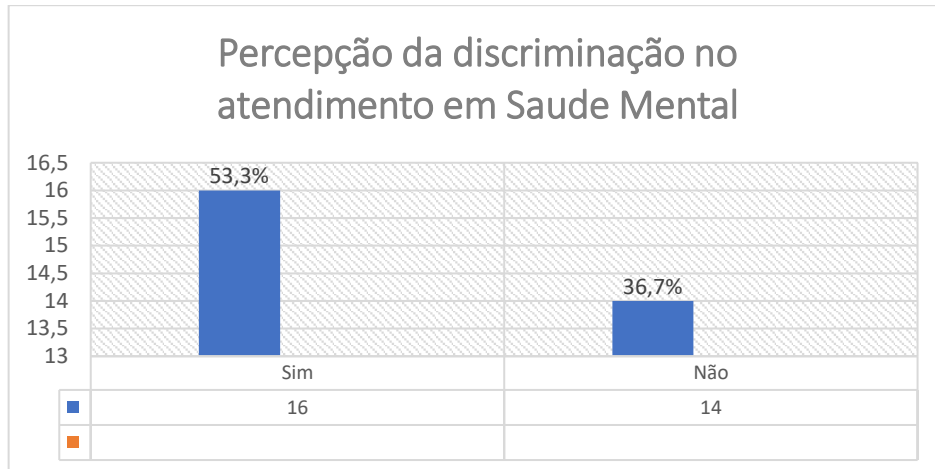
de cor ou raça pretos e pardos (n=28). A pesquisa de Pitta et al⁽⁵⁷⁾ também encontrou dados semelhantes no que tange à caracterização da demanda atendida. Diferentemente dos dados encontrados nessas pesquisas, o estudo de Freitas e Souza⁽¹⁰⁹⁾ encontrou predominância do sexo masculino no atendimento da demanda do CAPS em Ilhéus.

É relevante salientar que, no presente estudo, e na pesquisa realizada em Ilhéus, a predominância de atendimento de pessoas do sexo feminino, pode ter acontecido pelo fato de as mulheres, normalmente, terem atitudes mais preventivas em saúde, procurarem mais consultas médicas e cuidarem mais da sua saúde, quando comparadas aos homens, que procuram atendimento quando, o estágio de adoecimento encontra-se avançado.⁽¹⁰⁹⁾

No que diz respeito à faixa etária dos usuários atendidos, os dados revelaram que os adoecimentos psíquicos atingem à população ativa, dados estes também encontrados na pesquisa de Freitas e Souza⁽¹⁰⁹⁾. Quanto à de origem da demanda ser espontânea, os dados da pesquisa de Pitta et al⁽⁵⁷⁾ mostraram ser semelhantes ao desse estudo, ou seja, muito atendimento por demanda espontânea. Todavia, percebe-se que há muitos encaminhamentos sendo realizados pela Unidade Básica de Saúde e pela Assistência Social, o que nos faz pensar que a rede está funcionando. O grande número de atendimentos por demanda espontânea nos leva à reflexão de que ou usuários já conhecem os atendimentos dos CAPS e NASF e por isso os procuram diretamente.

Ainda falando sobre a demanda atendida, quando questionados sobre a percepção de discriminação no atendimento das demandas de saúde mental, 16 (53,33%) participantes relataram perceber essa discriminação, mas não por parte dos equipamentos pesquisados, e sim, pelos equipamentos da sociedade de forma geral (gráfico 1). Isto reflete o preconceito/estigma da pessoa com transtorno mental que ainda persiste na sociedade, apesar da Luta Antimanicomial e dos movimentos da Reforma Psiquiátrica em tentar diminuir esse preconceito. Diante do exposto, percebe-se que a representação da loucura ainda está longe de ser superada⁽¹¹¹⁾. Logo, o preconceito com relação à pessoa com transtorno mental é ainda um dos desafios a serem vencidos de forma a combater o preconceito, a exclusão social, bem como os possíveis impactos negativos na qualidade de vida e na autoestima da pessoa acometida.^(6,15,27,43,44)

Gráfico 1 - Percepção da discriminação no atendimento à demanda de saúde mental



Fonte: Dados da pesquisa, coletados na plataforma Survey Monkey

Quanto à questão do estigma/preconceito, faz-se necessário investigar as complexas relações entre os discursos teóricos oriundos da medicina, da psicologia, do senso comum, no tocante ao que esses profissionais tomam como natural, apropriado e desejável. Tal questão é formada pelos diferentes grupos e como eles lidam com essa pessoa com transtorno mental.

Cabe ainda ressaltar, quanto à percepção da discriminação, que esta pode refletir a questão do “engrupismo”, ou seja, fica mais fácil dizer que essa discriminação não existe naquele grupo, mas sim em outro grupo, ou seja “isso existe lá fora, aqui dentro não”.

No que se refere à percepção dos profissionais com relação à diferença no atendimento por sexo, 21 (70%) participantes relataram ter diferenças. A principal diferença apontada refere-se ao tipo de transtorno. Segundo os participantes, as mulheres apresentam demandas relativas a problemas emocionais, tais como: transtornos depressivos, de ansiedade, de humor, demandas comportamentais, entre outros de ordem neurótica, contudo os homens apresentam mais problemas com uso de álcool e drogas, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH e transtornos de ordem psicótica, tais como esquizofrenia.

No relatório técnico Avaliar CAPS Nordeste⁽⁵⁷⁾, as principais queixas levantadas foram esquizofrenias, ansiedade, agitação/agressividade, alcoolismo/dependência de drogas. Entretanto, essa pesquisa não realizou a

diferenciação das queixas por sexo. Em um estudo realizado por Santos e Siqueira,⁽¹¹²⁾ diferentemente desse estudo, os mesmos observaram na literatura que a esquizofrenia atinge 1,4% da população sem diferença entre os sexos, já a depressão teve prevalência de 8,7%, de mulheres, assim como foi observado pelos participantes desse estudo. Já os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, entre elas uso de álcool, tiveram uma prevalência de 11,3%, afetando mais os homens.

Quanto aos profissionais que atuam em NASF, houve a menção dessas diferenças com relação a outras demandas, tais como, homens que procuram o tratamento por motivos de perdas financeiras, conflitos familiares e mulheres para resolver questões de guarda dos filhos e problemas judiciais.

Tabela 4 - Caracterização da Demanda – Discriminação quanto ao sexo, gênero e cor/raça

Dado	Frequência	%	
Diferença quantitativa quanto ao sexo	SIM	21	70,0
	NÃO	9	30,0
Diferença no atendimento às demandas quanto ao gênero	SIM	16	55,2
	NÃO	13	44,8
	NÃO RESPONDEU	1	3,3
Diferença no atendimento às demandas quanto ao perfil étnico-racial	SIM	3	10,3
	NÃO	26	86,7
	NÃO RESPONDEU	1	3,3

Fonte: Dados da Pesquisa

Relativo à questão da diferença no atendimento quanto ao perfil étnico-racial, 26 (86,7%) dos profissionais responderam que não percebem essa diferença. Esse dado pode refletir que a grande maioria dos participantes acaba respondendo dentro do campo do senso comum. Pois, se a raça/etnia mais atendida por eles foi a preta/parda, os mesmos não fizeram a reflexão ou discussão de que, essa população acaba sendo a mais propensa a transtorno mental.

Não obstante, houve 3 (10%) respostas positivas, em que um dos profissionais relatou atender mais população negra, outro respondeu que a população negra busca mais atendimento para acompanhamento relativo a álcool e

outras drogas e outro participante que relatou ter a população negra apresentado maior vulnerabilidade social e econômica. Essa última participante pode ter uma maior compreensão de que a população negra, no que tange ao aspecto da pobreza, corresponde a 65% da população pobre e 70% da extremamente pobre. Além disso, o baixo nível de renda pode ser um dos promotores de adoecimento.⁽¹¹³⁾ No que tange ao aspecto da saúde mental, esse fator também pode ser um propiciador de adoecimento.

Diante disso, deve-se ressaltar a importância de as políticas públicas andarem juntas, de modo especial, as de bem-estar social e saúde, colaborando para a promoção da saúde da população, em particular da população negra, bem como, seria importante que, durante o processo de formação acadêmica, houvesse uma maior discussão a respeito do tema raça/etnia e o quanto essa discussão a respeito do aspecto social poderia ampliar a percepção e o debate sobre o tema.

Outro fator que também pode ser levado em consideração refere-se ao racismo institucional em função da origem étnico-racial, cor ou cultura do paciente, haja vista que este compromete a forma como o serviço é ofertado para essas pessoas. Esse racismo é verificado através de práticas discriminatórias, na precarização dos serviços e equipamentos, pelo tratamento desigual no acesso a benefícios e instituições⁽¹¹³⁾.

De acordo com dados dessa pesquisa, apesar de não terem sido mencionadas pelas participantes práticas de diferenciação no atendimento as pessoas de acordo com o perfil étnico-racial, percebe-se que, nas respostas das/os psicólogas/os houve uma quase total negação de diferenças com relação ao adoecimento e ao atendimento com relação à população negra. Esse não reconhecimento dessa diferença pode acontecer devido a diversos fatores, tais como, a não percepção das/os psicólogas/os do racismo enquanto propiciador de sofrimento psíquico, bem como à forma como foi questionada a diferença, pois, quando se usa questionário de pergunta, muitas vezes não nos aproximamos o suficiente do participante, para termos uma noção mais aprofundada sobre a sua opinião.

Desse modo, quando se discute a questão da influência do racismo, do preconceito e da discriminação como promotores de sofrimento, deixa-se de pensar somente sob a ótica do fator intrapsíquico dos transtornos mentais. E, apesar da constatação de que a população negra é quem mais procura atendimento, os

profissionais não perceberam os motivos de que essa população específica tem procurado mais os serviços de atenção psicossocial. Entretanto, reafirmam as estatísticas sobre a saúde da população negra, saúde da mulher, entre outras políticas, quando afirmam que essa população está mais propensa ao adoecimento.

5.1.3 Atuação do Psicólogo na Operacionalização das Políticas Públicas de Saúde Mental

No que diz respeito à modalidade de atuação na operacionalização das políticas públicas de saúde mental, a visita domiciliar foi a modalidade mais mencionada por todos os participantes. O atendimento individual foi mencionado por 26 (86,7%) participantes, o atendimento em grupo por 29 (96,7%) participantes e o acolhimento por 24 (80%). Todas as atividades relatadas pelos participantes são ações previstas nas Portarias que regulamentam a atuação dos psicólogos/os tanto em CAPS quanto em NASF.

Os dados encontrados nesse estudo são semelhantes aos encontrados no de Leite, Andrade e Bosi,⁽⁸⁹⁾ ao pesquisar psicólogos/os que atuam nos NASFs. Tais dados também foram encontrados por Azevedo e Nascimento,⁽⁹⁶⁾ ao pesquisarem a atuação de psicólogos/os que atuam em NASF em Belo Horizonte. No entanto, uma das dificuldades pontuadas foi que o retorno à residência do usuário/a demora em acontecer, no caso das visitas domiciliares.

Outros estudos também encontraram dados semelhantes aos desse estudo, tais como, o estudo de Paulon et al⁽⁶⁴⁾ ao pesquisarem a atuação de psicólogos/os em CAPS no Vale do Rio Sinos, Sales e Dimenstein⁽²⁷⁾ ao pesquisarem a atuação das/os psicólogos/os em CAPS, também encontraram atuações semelhantes, contudo, não houve menção de visitas domiciliares. Já a pesquisa de Figueiredo e Rodrigues,⁽⁵⁾ realizada com psicólogos/os que atuam em CAPS, encontrou menção das mesmas ações, contudo, houve destaque aos atendimentos individuais e em grupo com familiares e usuário/as.

No que concerne à articulação em rede, 24 (80%) participantes relataram realizar essa modalidade de atuação. A articulação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, instituída em 2011, fazem parte do papel das/os psicólogos/os que atuam em CAPS e NASF, sendo que esse trabalho pode acontecer através das

ações de matriciamento, ou pela capacitação das equipes de saúde mental que atendem no território.^(5,6,17,24,30,31,45)

Tabela 5 - Modalidades de Atuação

Dado	Frequência	%	
Visita Domiciliar	SIM	30	100,0
	NÃO	0	0,0
Atendimento Individual	SIM	26	86,7
	NÃO	4	13,3
Atendimento em Grupo com usuário/as	SIM	29	86,7
	NÃO	1	13,3
Encaminhamento a outros profissionais	SIM	25	83,3
	NÃO	5	16,7
Acolhimento	SIM	24	80,0
	NÃO	6	20,0
Articulação com a Rede	SIM	24	80,0
	NÃO	6	20,0
Atendimento em grupo com familiares	SIM	19	63,3
	NÃO	11	36,7
Oficina terapêutica	SIM	18	60,0
	NÃO	12	40,0
Atividade de Socialização externa ao CAPS	SIM	18	60,0
	NÃO	12	40,0
Grupo com hipertensos, Diabetes e de ansiedade	SIM	16	53,3
	NÃO	14	46,7
Reinserção	SIM	11	36,7
	NÃO	19	63,3
Acompanhamento Terapêutico	SIM	11	36,7
	NÃO	19	63,3
Assessoria a escola/comunidade	SIM	10	33,3
	NÃO	20	66,7
Recepção	SIM	6	20,0
	NÃO	24	80,0
Avaliação Psicológica	SIM	4	13,3
	NÃO	26	66,7
Outros	SIM	3	10,0
	NÃO	27	90,0

Fonte: Dados da Pesquisa

No que diz respeito às visitas domiciliares, o resultado mostra-se bastante significativo, pois, ainda que existam dificuldades com relação à estrutura e falta de apoio e material para realizar os trabalhos, é uma prática que está sendo realizada por todas/os as/os psicólogas/os. Essa modalidade de atuação permite ao psicólogo conhecer melhor o território onde atua e ir ao encontro das pessoas que estão impossibilitadas de frequentar o serviço. Contudo, não foi possível verificar a frequência com que essas visitas são realizadas, esse seria um ótimo indicador para verificar a dificuldade com relação às visitas domiciliares, nesse sentido, pesquisas futuras podem ser realizadas no sentido de realizar esse levantamento.

As parcerias com os Agentes Comunitários de Saúde – ACS permitem a construção de um elo entre os equipamentos de saúde mental e as/os usuáries. Os agentes podem verificar se as orientações das/os psicólogas/os e demais profissionais de saúde mental estão sendo seguidas e implementadas pelas/os usuáries/os e familiares, bem como, se, no território, existe alguém que está passando por algum sofrimento mental e precisa de encaminhamento, sendo assim promotores de saúde mental.

O trabalho em rede proporciona um melhor atendimento às demandas de saúde mental, haja vista que consegue atender sozinho toda a demanda em saúde, principalmente nos casos em que há necessidade de atuação de outras políticas públicas além da de saúde, tais como os casos de demandas atendidas em conjunto com a Assistência Social e Educação, quicá outras políticas e profissionais envolvidos na tentativa de solucionar um único caso.^(6,7)

Com relação ao atendimento individual, ainda que esta modalidade de atuação esteja prevista para o psicólogo dentro da perspectiva da saúde mental, tanto em NASF quanto em CAPS, a mesma não deve ser calcada aos moldes do atendimento clínico individual tradicional, e sim uma clínica ampliada, ou uma clínica baseada no território e suas peculiaridades, com criatividade e enfrentamento do novo^(46,81,87,89), mesmo que haja o estranhamento com relação à forma de atuar nas políticas públicas⁽²²⁾, tendo em vista que a formação em psicologia ainda privilegia a formação clínica tradicional.

Outro ponto a ser salientado é que o atendimento individual pode acontecer em diversas outras modalidades, como, por exemplo, em uma visita domiciliar, mesmo que não exista tanta privacidade, bem como esta também pode acontecer quando se atende na modalidade plantão psicológico. Sendo assim, a crítica aqui exposta vai para o atendimento individual calcado somente nos moldes da clínica tradicional, pois o atendimento individual faz-se necessário em alguns momentos, tais como os supracitados.

Outrossim, cabe pontuar que, para muitos profissionais de saúde, a realização da prática clínica tradicional é uma das formas de reconhecimento da atuação da/o psicóloga/o.⁽⁹⁶⁾ Logo, ao ingressar em um serviço de AB ou CAPS, é esperado do psicólogo que esta forma de atuação seja realizada, mas que o mesmo vá além. Cabe a/ao psicóloga/o, através das suas ações cotidianas e atuações baseadas no que propõe as portarias, bem como com seu compromisso ético,

desmistificar esse estereótipo, tendo em vista que a atuação nas políticas de saúde é bem mais complexa que a atuação da clínica tradicional, e vai além, devendo propor outras atividades, e o conhecimento do território. É importante salientar que as representações das práticas profissionais podem ser modificadas e transformadas em função da experiência.⁽¹¹¹⁾

Cabe ressaltar que, apenas as ações da clínica tradicional na saúde pública podem gerar filas de espera para psicoterapia individual, causando a ambulatorização dos serviços, fazendo com que os mesmos se tornem lugar de cronificação.^(5,16,22,27,45,50,65) Segundo Acioli Neto e Amarante,⁽⁴⁵⁾ a interação e intervenção no território, tais como o matriciamento e o acompanhamento terapêutico, são formas de diminuir as práticas asilares e de “novas cronicidades”. Portanto, de alguma forma, a atenção básica, as outras políticas públicas e outros serviços substitutivos interligados com atenção territorial fazem parte da rede, logo todos contribuem de alguma forma para que a rede de atenção psicossocial funcione.⁽³¹⁾

Não é intuito aqui pontuar o que deve ou não ser feito dentro dos CAPS e NASFs, pois para isto já existem portarias que detalham esse fazer, mas sim discutir que as ações devem ser contextualizadas e de acordo com as exigências e desafios singulares. Como refere-se o documento do CRP, “liberdade e responsabilidade são conceitos orientadores da prática nos CAPS”. Portanto a clínica de que se fala aqui, junto à psicoterapia, o trabalho em grupo com o medicamento além da potência de outros recursos e intervenções existentes no território.

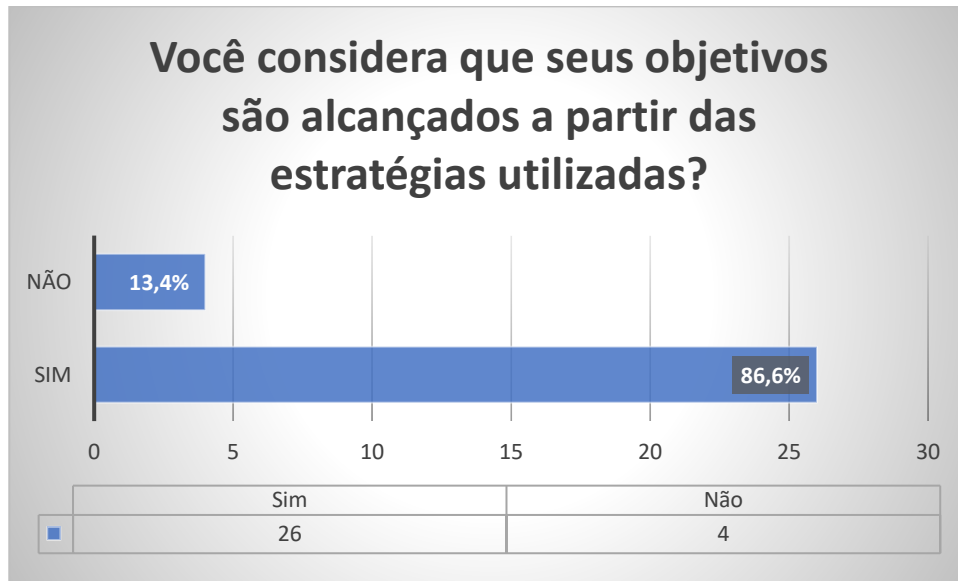
Ademais, sabemos que, muitas vezes, a forma como são geridos os serviços do SUS acaba fazendo com que algumas dificuldades com relação à operacionalização de outras práticas das/os psicólogas/os em CAPS venham existir. Contudo, é importante lembrar que trabalhar na saúde pública requer outras modalidades de atuação do psicólogo além do atendimento clínico tradicional. Nesse sentido, não estamos aqui excluindo esse saber, mas provocando a necessidade do seu avanço, além de pontuar a necessidade da contratação de mais profissionais psicólogas/os, e implantação de mais equipamentos de saúde mental com o intuito de atender a grande demanda dos serviços.

5.1.4 Autoavaliação dos objetivos da atuação das psicólogas

Na questão relativa aos objetivos pretendidos a partir das modalidades de atuação, as respostas perpassaram entre as seguintes questões: prevenção e promoção da saúde da população atendida, qualidade de vida, reabilitação psicossocial, promoção da autonomia, reinserção na comunidade, melhora da/o usuária/o. Outros objetivos apareceram com menor frequência tais como: grupos, autocontrole, resolver conflitos e sensibilizar.

De acordo com os objetivos relatados pelos participantes, conclui-se que a atuação destes está condizente com as referências técnicas do Conselho Federal de Psicologia, tanto para atuação das/os psicólogas/os em CAPS, quanto em NASF, haja vista que a atuação deve priorizar a subjetividade do sujeito e o seu sofrimento, bem como sua reinserção social, promover autonomia, orientação da família, e sua manutenção na comunidade, promover os direitos, o protagonismo, a cidadania tornando mais forte a relação de usuário/a com a comunidade, ou seja, no território^(1,30,71,93).

Quanto à questão relativa aos objetivos a serem alcançados de acordo com as modalidades de atuação, 26 (86,7%) dos participantes, declararam que têm seus objetivos alcançados. Importante frisar que a grande maioria tem a percepção que o seu objetivo foi alcançado de acordo com o feedback que recebem dos usuários/as. Em dois estudos realizados por CRP^(1,2) e Pereira⁽⁴⁾, os profissionais relataram satisfação com o trabalho ao perceberem mudanças na vida dos/as usuários/as.

Gráfico 2 - Objetivos alcançados em função das modalidades de atuação

Fonte: dados da pesquisa, coletados na plataforma Survey Monkey, 2017

Por conseguinte, quando foi solicitado as/aos psicólogas/os o relato de um caso relevante, ou alguma experiência exitosa, no que tange ao atendimento, a maior parte dos relatos partiu de casos em que foi verificada uma melhora na qualidade de vida das/os usuárias/os. Em alguns poucos momentos, houve a menção de alguma modalidade de atuação, tais como as miniequipes.

Comparando as respostas das experiências relevantes junto com os objetivos alcançados, quando os participantes relatam os casos relevantes referentes a sua atuação e experiência, 17 (56,7%) participantes mencionaram aspectos relevantes no atendimento a/ao usuário/a, 11 (36,7%) participantes referiram-se à atuação junto a grupos de usuário/as (crianças, adolescentes e adultos) e dois (6,6%) participantes citaram experiências exitosas com grupos de cuidadores. Sendo assim, todas/os as/os 30 (100%) participantes relataram casos relevantes relacionados aos/as usuários/as do serviço. Outras experiências exitosas também relatadas pelos participantes foram o trabalho em Rede e das Miniequipes de Referência. Essas experiências foram menos mencionadas do que as experiências com usuário/as e grupos.

Essa questão vem reafirmar o que foi aludido anteriormente, quando os/as profissionais verificaram que seus objetivos são alcançados quando veem mudanças ou transformações na vida do usuário atendido nos serviços, tais como ganho de autonomia, melhora do quadro, inserção no mercado de trabalho. Cabe ainda

destacar que, independentemente do tipo de vínculo trabalhista, seja ele celetista ou estatutário, a maioria dos participantes respondeu que consegue atingir os objetivos.

Outras experiências exitosas têm sido relatadas a partir do trabalho em miniequipes. Diante disso, essas ações têm o intuito de melhorar a qualidade e o fluxo do atendimento prestado, bem como proporcionar maior qualidade de vida no trabalho para os profissionais, haja vista que a grande maioria dos estudos com esse modelo de atuação tem mostrado que os profissionais sentem menos sobrecarga de trabalho e verifica-se maior resolutividade nos casos acompanhados.^(40,86)

Com relação às miniequipes de referência, esta fica responsável por referenciar um território específico, o que permite o conhecimento do território de atuação, bem como seus dispositivos, e a formulação de Projetos Terapêuticos externos, ocorrendo uma quebra na verticalização hierárquica da predominância da/o médica/o psiquiatra como profissional responsável, pois agora todos os profissionais são responsáveis pelo caso^(40,86). Essa forma de atuar tem gerado bons frutos e resultados, especialmente na diminuição das filas de espera para atendimento individual, proporcionando assim, mais integralidade nas ações.

5.1.5 Autores, Teorias e Documentos Técnicos que embasam ou auxiliam na atuação

Quanto às **teorias** que embasam ou auxiliam na atuação do psicólogo nos equipamentos de saúde mental, a teoria/prática mais mencionada foi a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), sendo relatada por 14 (quatorze) participantes, e, como autores dessa teoria, foi citado o nome de Judith Beck. Importante mencionar que, desses 14 participantes que mencionaram a prática da TCC, 12 eram profissionais que atuam em CAPS. Em relação à aplicação da TCC, os profissionais que tem de 6 a 9 anos de formação são os que mais a utilizam como embasamento para o seu trabalho. Muitos psicólogos/os relataram utilizar a TCC, por considerá-la mais rápida e com resultados mais práticos dentro do âmbito de atuação da saúde mental.

A segunda teoria mais mencionada foi a Psicanálise, sendo esta citada por oito (8) participantes. Como autores dessa teoria, temos Freud e Lacan. Em sua maioria, os participantes que utilizam a psicanálise para embasamento da sua

prática têm de 0 (zero) a 3 anos de formação. O Humanismo e a teoria Rogeriana foi mencionada por 7 (sete) participantes e autor citado foi Carl Rogers. A maior parte dos profissionais que utilizam o humanismo tem de 3 a 6 anos de formação.

Quanto à **consulta a documentos técnicos**, 27 participantes responderam que consultam algum documento para embasar o seu trabalho. Os principais documentos apontados foram Código de Ética do Psicólogo, referências técnicas e resoluções do CFP, portarias e legislação referentes a CAPS e NASF, Classificação Internacional de Doenças - CID, Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Documentos e normas relacionados ao SUS e SUAS. Todos esses documentos técnicos visam auxiliar o psicólogo a nortear as suas ações profissionais, bem como orientam quanto às questões éticas e práticas dentro do âmbito das Políticas Públicas de Saúde Mental.

Outras teorias apontadas com menos frequência foram Esquizoanálise, Neurociências, Psicologia Social, Psicoterapia Breve, Técnicas de Aconselhamento, Teoria Sistêmica e Floortime. Com relação aos autores citados temos estudiosos da saúde mental no país, tais como Magda Dimenstein, Antônio Lancetti, Paulo Amarante, Santos e Ronaldo Laranjeira, e autores estrangeiros citados foram Guatarri, Deleuze e Espinosa. Outros autores citados também foram Piaget, Vygotsky e Paulo Dalgalarrodo. Alguns participantes defenderam que a atuação em CAPS e NASF perpassa por um conhecimento em várias teorias, práticas e autores estudiosos da saúde mental e que, portanto, essa atuação seria o que alguns chamaram de Híbrida.

Segundo o dicionário léxico (dicionário do português *online*) hibridismo é o que ou de quem contém componentes distintos na sua constituição. Para alguns participantes, atuar como psicóloga/o nas políticas públicas de saúde mental com base em teorias e práticas híbridas é juntar algumas teorias e autores estudiosos sobre o tema, ainda que essa junção não impeça o psicólogo de ter uma teoria de escolha, essa teoria que oriente a sua atuação de forma geral. Contudo o que se percebe é que somente essa teoria não permite compreender a dimensão da saúde mental como um todo.

Para Pereira⁽⁴⁾, as clínicas do CAPS são várias, pois atuam com usuários, familiares e trabalha diversos quadros clínicos. O documento do CFP sobre as referências técnicas para se trabalhar nos CAPS, ou na Atenção Psicossocial, propõe que o referencial teórico advenha de diferentes campos e saberes, pois é um

fenômeno complexo, portanto a base teórica para atuar advém do próprio movimento da Reforma Psiquiátrica.⁽¹⁾

O estudo de Santos e Duarte também apontou que a terapia cognitiva era a mais utilizada, uma vez que obtém melhores resultados no tratamento da compulsão dos usuários de álcool e outras drogas, no caso do CAPSad⁽⁶²⁾. Em seus achados, o estudo de Lima indicou que a abordagem mais utilizada pelas/os psicólogas/os foi a Psicanálise⁽⁹⁷⁾; o estudo de Sales e Dimenstein⁽²⁷⁾ também encontrou dados semelhantes, assim como Figueiredo & Rodrigues,⁽⁵⁾ ao estudar a atuação de psicólogas/os no Espírito Santo.

Contudo, mais importante do que uma abordagem específica é trabalhar com a questão do cuidado e do tratamento,^(28,62) de acordo com os preceitos de uma clínica ampliada, que ultrapassa o específico, mas que expande os diálogos com outros campos do saber, vai além dos limites da instituição, trabalha no território com os familiares, que trabalha o adoecimento.^(27,62,65,66) Sales & Dimenstein sinalizam que as teorias, muitas vezes, não conseguem acompanhar as mudanças com relação às formas atuais de sofrimento. Para tanto, faz-se necessário novas formas de intervenção diante desses sofrimentos.⁽²⁷⁾

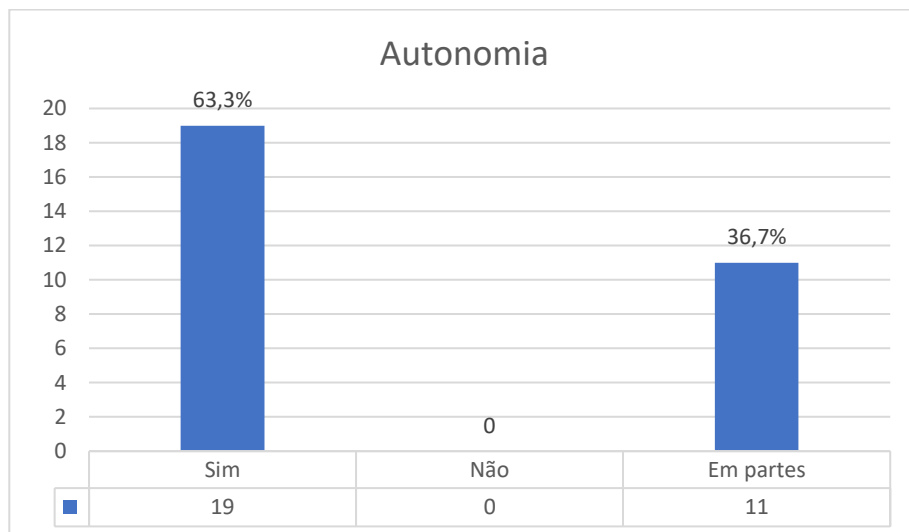
Refletindo um pouco sobre as teorias que embasam os psicólogas/os, um dado relevante sobre a Região de Saúde de Vitória da Conquista, que pode ser um dos fatores que colaboraram para que a TCC fosse uma das teorias mais mencionadas, deve-se ao fato de que, até 2017, era a abordagem que tinha pós-graduações ofertadas na região e com mais facilidade ao acesso.

Cabe ainda refletir sobre outra questão, bem recorrente na região: a maior parte dos psiquiatras indica a TCC para seus pacientes, logo, pensando na questão econômico-financeira, fazer a especialização nessa abordagem seria também uma forma de ter mais clientes. Quando vamos aprofundar mais na resposta da escolha por essa abordagem, o fato de apresentar resultados mais rápidos e práticos pode refletir também uma ansiedade dos profissionais em ter logo uma resposta para suas intervenções, bem como uma maior celeridade no atendimento à demanda ao grande número de usuários a serem atendidos.

5.1.6 Autonomia para trabalhar com seus pressupostos teóricos

Com relação à questão da percepção da **autonomia** relacionada aos pressupostos teórico-metodológicos, 19 (63,3%) participantes responderam que têm autonomia para trabalhar e 11 (36,7%) responderam que era parcial (Gráfico 3). Analisando mais um pouco essa questão da autonomia, percebe-se que das/os participantes com vínculo estatutário, 80% (n=24) responderam que possuem autonomia, e apenas 57,9% dos contratados mencionaram possuir autonomia.

Gráfico 3 - Autonomia para trabalhar a partir dos seus pressupostos teóricos



Fonte: dados da pesquisa – plataforma Survey Monkey, 2017

Outro dado que pode ser relevante com relação à percepção da autonomia refere-se também ao tempo de formação. 53% (n=16) dos participantes que responderam ter autonomia tinham acima de 3 (três) anos de formação. A percepção dos profissionais sobre ter autonomia parece estar relacionada também com a aceitação do público atendido, com a equipe de trabalho, com o apoio da Secretaria de Saúde e com a RAPS, especialmente através dos encaminhamentos.

Além disso, a autonomia também pode estar relacionada à capacidade de atender a demanda do serviço, ou seja, quando o profissional percebe que a demanda do serviço é atendida, quando há melhora do paciente, a autonomia também é considerada maior. Outros fatores que podem influenciar na percepção da

autonomia são os recursos físicos, materiais e humanos, a capacitação e supervisão na área, além da carga horária de trabalho e remuneração.

No tocante à questão da autonomia, os dados podem revelar que a percepção da mesma, bem como a efetivação de algumas práticas e atuação, pode estar relacionadas ao tipo de vínculo empregatício, ou seja, os profissionais que têm vínculo estatutário podem sentir-se mais seguros para sua atuação. Cabe ressaltar que alguns profissionais que responderam positivamente a essa questão não deixaram de pontuar que, apesar da autonomia, existem as dificuldades. As dificuldades com relação à autonomia apontadas foram: a falta de recursos, solicitações da gestão que esbarram no fazer do psicólogo e a dificuldade de trabalhar na burocracia do serviço público, pois, nem sempre consegue-se executar o que está no planejamento, o que pode gerar frustração ou insatisfação.

Ressalta-se que atuar na clínica da atenção psicossocial é também usar a criatividade, é olhar para o sujeito e não apenas para a sua doença ou sua limitação, é enfrentar e mudar a concepção de que, para atender tudo, tem que estar pronto e certinho como no consultório, e que atuar com resiliência, diante dos empecilhos e dificuldades, também faz parte da atuação da/o psicóloga/o no campo de atuação da saúde mental.

Outrossim, as/os profissionais consideravam a autonomia como um facilitador quando se contava com o apoio dos gestores dos serviços para executar o seu trabalho. Em um estudo realizado por Leite Andrade e Bosi⁽⁸⁹⁾, a falta de autonomia foi um fator dificultador para as/os profissionais que atuam em NASF. Em outro estudo realizado por Gomes, Araújo e Santos,⁽⁵⁸⁾ os trabalhadores relataram ter pouco poder de decisão, fator esse que pode interferir na segurança e satisfação para execução do trabalho; outras pesquisas também apontam a falta de autonomia dos profissionais do NASF^(3,54,85,87,89,95,96,99,100) em função da verticalização da gestão. Cabe ressaltar que as/os psicólogas/os estão submetidos a condições e relações de trabalho, de forma que eles não têm total domínio sobre seu processo de trabalho.⁽¹¹¹⁾

De fato, a autonomia para trabalhar e o apoio da gestão, tanto do serviço quanto do município, são facilitadores com relação à atuação, bem como a confiança e os vínculos estabelecidos com a equipe de trabalho. Contudo, nesse estudo, ficou evidente que as/os psicólogas/os que têm vínculo através de contrato de trabalho sentem mais dificuldade em ter autonomia, talvez seja por conta da

própria precariedade do vínculo, que pode gerar certa insegurança em apresentar alguns posicionamentos mais firmes.

Com relação ao vínculo, cabe ainda uma reflexão sobre o verdadeiro interesse das gestões municipais dessa região em realizar concursos públicos, pois este pode favorecer o vínculo com as/os usuárias/os. Além disso, pode beneficiar a equipe que pode contar com a continuidade das ações e projetos elaborados, sendo positivo para usuários que não terão o inconveniente de estabelecer novos vínculos com cada profissional novo que entra no equipamento.

5.2 Contribuições da/o Psicóloga/o para Saúde Mental

Esse aspecto gerou um número de respostas diversificadas, que foram sistematizadas em 13 contribuições que, categorizadas, permearam em torno das seguintes questões: uma escuta mais apurada com relação à pessoa com transtorno mental, olhar mais humanístico ou humanizado para a pessoa com transtorno mental, o uso da empatia, que é a capacidade de se colocar no lugar do outro. Outras respostas foram o acolhimento e o cuidado, a busca da autonomia e reinserção da pessoa com transtorno mental, prevenção e promoção da saúde, a crítica ao modelo biomédico/a, o trabalho em rede, a quebra ou diminuição do preconceito e o suporte para a pessoa com transtorno mental.

As pesquisas realizadas por Lara e Monteiro⁽⁶¹⁾ e pelo CFP⁽¹⁾ apontaram que uma das contribuições das/os psicólogas/os que atuam com saúde mental é tentar desfazer o estigma e preconceito com relação ao transtorno mental.

Outra contribuição apontada pelos psicólogos refere-se à escuta, sendo que alguns inclusive apontam essa escuta do psicólogo como diferenciada, ainda que qualquer profissional da área da saúde mental possa realizá-la, tanto o médico, quanto os profissionais que estão no serviço, desde o segurança patrimonial até mesmo as pessoas da recepção.

Outra contribuição é através da área psicoeducativa, especialmente com a família, quando é realizada a capacitação da mesma para lidar com o adoecimento, para dar suporte a essa família, bem como lidar com a prevenção. Outra forma da/o psicóloga/o realizar a psicoeducação se dá através da capacitação de outros profissionais de saúde. Sendo assim, as/os psicólogas/os atuam de forma a

melhorar a compreensão dos outros profissionais com relação à saúde mental, bem como promovendo a integralidade das ações através do matriciamento.

As contribuições também estão relacionadas à prevenção e promoção da saúde do sujeito. Esse aspecto é complementar ao item psicoeducação, uma vez que, através do processo psicoeducativo é possível realizar a orientação ao usuário/a, bem como à sua família, e, dessa forma, poder contribuir com prevenção e promoção da saúde. Essa contribuição também está relacionada com os objetivos dos CAPS e NASFs. Em vista disso, em alguns momentos, parece que as respostas das/dos profissionais podem refletir um lugar comum, de algo que já está posto nas portarias e documentos reguladores das políticas supracitadas. O que mudou foi a compreensão do potencial que a profissão tem em contribuir nesse campo.

Além do mais, as respostas de forma geral permearam em torno desse lugar comum, o que não quer dizer que seja algo novo em si, como, por exemplo, olhar mais humanizado, escuta, reinserção do usuário são ações buscadas pelo MRP da Reforma Psiquiátrica desde o princípio. Desse modo, ainda podemos refletir que, se as contribuições citadas pelos participantes dessa pesquisa é algo que já faz parte do próprio Movimento da Reforma, por que será que essas respostas estão sendo citadas até hoje? O que precisa ser feito para que os preceitos da Reforma se concretizem? E o que precisa ser feito para que os direitos enquanto cidadão das pessoas com transtorno mental se tornem uma realidade e que os mesmos sejam vistos de fato como cidadão?

Outro ponto importante a ser falado é o cuidado. E falar sobre cuidado nos remete à defesa das tecnologias do cuidado. Assim, o trabalho no campo da saúde mental, também é falar sobre o cuidado, ou seja, em tecnologia leve, que segundo Merhy,⁽¹¹⁴⁾ envolve a dimensão técnica, dos recursos e das habilidades para lidar com a cura, mas também a parte que envolve a questão das relações.⁽⁵⁹⁾

Algumas contribuições, são verificadas através de ações, tais como: festas em dias comemorativos, aniversariantes do mês, o trabalho em rede, comemoração do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, realizar ligação para os usuários/as desmarcando quando não houver atendimento, e outras experiências marcantes com teatro e coral.

O atendimento em grupo também pode ser visto como uma contribuição, inclusive grupos exclusivos para tratamento de álcool e drogas em PSFs e na zona rural, grupos itinerantes com a família, grupo de cuidadores, grupos separados por

comorbidade, ou mesmo o trabalho com adolescentes nas escolas do município para trabalhar a gravidez indesejada e a prevenção de doenças sexualmente transmitidas, como HIV/AIDS.

O trabalho através das miniequipes de referência e matriciamento também é visto como uma contribuição. Segundo Dinis⁽⁴³⁾, as miniequipes têm a função de promoção da adesão e continuidade do cuidado, uma vez que, nas equipes de referência, os projetos terapêuticos seriam um consenso entre os profissionais na forma de lidar com o usuário. Essas práticas contribuem para diminuir o preconceito com relação à pessoa com transtorno mental, como uma pessoa que tem vontades, desejos, direitos buscando a autonomia das/os usuárias/os.^(16,45)

As/Os psicólogas/os que responderam à pergunta sobre inovação com relação à sua atuação no campo da atenção psicossocial ressaltaram que as inovações refletem a prática, o cotidiano dos serviços. Assim sendo, parece ter havido alguma dificuldade em pontuar as inovações, uma vez que as respostas refletem as formas de atuação dentro dos CAPS e NASFs. Paulon et al⁽⁶⁴⁾ também relatam que as/os psicólogas/os do seu estudo tiveram dificuldade em falar sobre às atividades inovadoras. Mas, segundo Bossardi⁽²²⁾, algumas dessas atividades refletem apenas o cotidiano. Alguns autores apontam que a atuação das psicólogas tem ido mais no caminho de reproduzir o que já existe do que de inovar.^(11,87)

5.2.1 Relações entre Formação e a Atuação Profissional

As respostas ao questionamento sobre se a formação acadêmica em psicologia contribuiu para compreensão das demandas em saúde mental, as/os psicólogas/os afirmaram que houve contribuição de alguma forma, contudo a formação foi insuficiente para compreender tais demandas. Os aspectos aprendidos durante a formação acadêmica e que foram mais citados são o uso da empatia como forma de lidar e compreender o outro e o olhar diferenciado com relação ao transtorno mental. Alguns participantes ressaltaram que os estágios na área de saúde mental tiveram grande contribuição para o entendimento das demandas no CAPS e NASF. Além disso, outras respostas encontradas foram relacionadas especificamente às disciplinas cursadas que ajudaram na compreensão da problemática da saúde mental.

Quanto às disciplinas que contribuíram para a atuação na saúde mental, duas se destacaram: Psicopatologia e Políticas Públicas de Saúde (Saúde Coletiva), totalizando 27 menções (90%). Contudo, outras disciplinas e/ou componentes foram também mencionados como: Psicologia e Saúde, Psicologia Social, Psicanálise, Psicofármacos, Neurociências, Estágio Supervisionado, Esquizoanálise, Psicologia do Desenvolvimento, Psicoterapia Breve, Saúde Mental. Mencionadas com menos frequência, temos as disciplinas Teorias da Personalidade, TCC, Psicanálise, Serviço Social e Saúde, Psicologia Comunitária, Psicologia Clínica, Psicodiagnóstico, Plantão Supervisionado, Interdisciplinaridade, Humanismo, Cultura e Sociedade, Aconselhamento Psicológico e Psicologia do Desenvolvimento.

As sugestões para a formação profissional foram: formação mais voltada para a prática e menos teórica. Um total de 20 (66,7%) participantes respondeu que a formação deveria ter mais atividades práticas com mais estágios e disciplinas específicas em saúde mental. Outras respostas foram: mais disciplinas sobre políticas públicas com maior aprofundamento, diminuir a formação baseada na clínica individual e olhar para fora da instituição, ou seja, para a realidade social. Percebe-se que a maioria das respostas aponta para maior inserção de atividades práticas.

Portanto, é importante frisar que, por mais que a formação do psicólogo ainda esteja pautada no modelo clínico, trabalhar na saúde pública requer outras perspectivas de atuação, que não somente as do modelo clínico tradicional, e é preciso que os próprios centros universitários proporcionem mais atividades práticas nas disciplinas sobre políticas públicas, maior participação dos discentes e profissionais em pesquisas, eventos e encontros sobre a temática.

Um ponto observado foi que a maioria dos participantes procurou cursos de formação complementar para atuar nos CAPS e NASF; essa tendência também foi relatada em diversos estudos⁽⁶⁴⁾, dentre eles nos de Figueiredo & Rodrigues⁽⁵⁾, Carneiro e Porto⁽¹⁰⁵⁾ que trabalharam a falta do conteúdo saúde mental nos componentes curriculares de alguns cursos superiores, bem como o despreparo de alguns profissionais ao lidar com as demandas em saúde mental, como por exemplo o atendimento à crise. Sales e Dimenstein⁽²⁷⁾ também pesquisaram a formação para atuar em CAPS e concluíram que o tempo de formação pode influenciar no fato de ter ou não os conteúdos sobre saúde mental em sua formação.

No presente estudo, o tempo médio de formação foi de 5 anos. Sendo assim, a maior parte dos participantes conseguiu ter esses componentes em sua grade de formação, contudo, percebe-se pelas respostas que os mesmos não foram suficientes, segundo opinião dos participantes. Bossardi⁽²²⁾ e Pereira⁽⁴⁾ frisam que, a psicologia não pode responder a tudo, e a formação é, na verdade, uma orientação sobre as possíveis formas de atuação generalista.

Durante a pesquisa, foi percebido que a maior parte dos profissionais que está atuando na área pública e escreve pouco sobre o seu fazer. O que levaria esses profissionais a escreverem pouco sobre as suas práticas? Seria a falta de estímulo das gestões? Será porque os mesmos acham que o que fazem não é muito diferente do que é praticado em outros lugares? Ou não saíram das faculdades com essa habilidade desenvolvida? Ficam alguns questionamentos e até mesmo uma proposta de atuação, haja vista que as publicações e apresentações/participações em seminários, encontros e pesquisas são meios eficazes de se fazer avançar e progredir a produção científica sobre a temática, como também uma forma de se compartilharem experiências exitosas.

Outro ponto importante a ser observado, é que, muitas vezes, trabalhar nas políticas públicas de saúde mental nem sempre foi a primeira escolha de uma parte das/os psicólogas/os. Em alguns casos os mesmos são levados a trabalhar nesses locais por força da influência de indicações pessoais, ou porque passaram em seleções ou concursos públicos, em busca da estabilidade financeira e são encaminhados para atuar nessas áreas.

5.2.2 Facilidades na atuação em CAPS e NASF

Verificou-se uma maior dificuldade em responder à questão sobre as facilidades na atuação como psicólogo/a no campo da Atenção Psicossocial. As facilidades apontadas estão na **relação com a equipe de trabalho**, a **autonomia**, a **aceitação dos usuários do modelo de atendimento**, a **rede de atenção psicossocial** e o **conhecimento com relação à luta antimanicomial**. Respostas sobre a facilidade para atuação da/o psicóloga/o que apareceram com menos frequência foram: o atendimento, a comunicação intersetorial ou da rede, a estrutura, a facilidade de acesso aos serviços da rede, por residir no mesmo

município onde atua, identificação pessoal, o lugar de empoderamento que colocam a/o psicóloga/o e o trabalho com as famílias.

Nas pesquisas realizadas na literatura, pouco se ouve falar das facilidades para atuação no campo da saúde mental. Além disso, das facilidades pontuadas pelos participantes desse estudo, nenhuma aparece a gestão municipal como um facilitador. No estudo de Gomes, Araújo e Santos⁽⁵⁸⁾, os trabalhadores relataram ter pouco apoio dos gestores, fator esse que pode influenciar na segurança e satisfação para execução do trabalho.

Com relação à aceitação do público, é importante ressaltar que o trabalho que está sendo desenvolvido pelas/os psicólogas/os na saúde mental está dando resultado no sentido de diminuir o preconceito da comunidade, tanto com relação à atuação das/os psicólogas/os, quanto tanto da pessoa com transtorno mental. Apesar de não ter ainda uma total desmitificação com relação a estes aspectos, já nota-se um avanço com relação a essa questão, haja vista que tem feito avançar e modificar a imagem do psicólogo, apenas como profissional voltado para atendimento individual e clínico. Para Leite, Andrade e Bosi,⁽⁸⁹⁾ a Psicologia tem tentado superar o estigma de que atua somente com o modelo clínico tradicional.

Outro fator de facilitação citado foi o poder dado ao psicóloga/o, como um lugar de poder e que abre portas, bem como a identificação pessoal com a área da saúde mental. Para Foucault, o poder não é considerado uma coisa centralizada que emana de um só lugar. Para ele o poder é uma relação que, em princípio, não possui um controle já dado. Contudo, esse poder seria um controle ou influência para se obter certo resultado.⁽¹¹⁵⁾ Sendo assim, esse lugar da/o psicóloga/o enquanto uma pessoa que facilita relações e abre portas, poderia ser relacionado a esse conceito, como alguém que consegue algo por capacidade de mediação ou influência.

Salienta-se o fato de que, em diversos momentos, as dificuldades e as facilidades podem ser as mesmas, dependendo do ângulo pelo qual cada um vê, como, por exemplo, no caso da articulação com o trabalho em rede, o trabalho em equipe, apresenta-se como facilidade, mas aparece também como uma dificuldade e, às vezes, como desafio. O trabalho em equipe, apesar de ser visto como uma facilidade, pode estar dentro das duas categorias, pois nem sempre o trabalho é interdisciplinar⁽⁹⁵⁾.

Sendo assim, percebe-se que o fazer da/o psicóloga/o, no campo da saúde mental e da atenção psicossocial ainda está permeado por desafios.

5.3 Dificuldades e Desafios na Atuação em CAPS e NASF

Quando se fala em dificuldades e desafios, muitas respostas são levantadas e algumas aparecem com maior frequência e número. Nesse sentido serão apresentadas as respostas em ordem decrescente. Muitas vezes, as respostas sobre os desafios se misturam com as respostas sobre as dificuldades e vice-versa. Logo, os dois serão apresentados conjuntamente. Além disso, houve uma maior facilidade dos profissionais em pontuar sobre as dificuldades da atuação, e isso pode ter relação com o fato de que falar ajuda a desabafar sobre as angústias com relação ao fazer, bem como um lugar de elaboração e ressignificação.⁽¹¹¹⁾

A falta de recursos físicos, materiais, financeiros e humanos é o que mais aparece. A falta de recursos e estrutura também é vista como dificuldades ou desafios. Com relação aos **recursos físicos**, as maiores dificuldades mencionadas foram a estrutura física dos serviços, falta de salas adequadas, entre outros. Com relação aos **recursos materiais e financeiros**, falta material para realizar oficinas e outras atividades como campanhas e ações externas aos dispositivos. Já falando dos **recursos humanos**, as dificuldades são a falta de profissionais especializados para realizar as oficinas e a não substituição imediata dos profissionais que são desligados do serviço, ou ainda a sobrecarga de trabalho, pois na maioria das vezes o serviço conta com somente um profissional psicólogo para atender todas as demandas de saúde mental da cidade.

Outros estudos realizados no país também pontuaram o desafio com relação à infraestrutura inadequada, falta de apoio logístico (materiais de higienização, de escritório, medicamentos, transporte); falta de profissionais; entre outros, o que pode resultar na queda da qualidade do serviço.^(2,61,71,92)

As dificuldades com relação a recursos físicos, materiais e humanos esbarra nas questões sobre a possibilidade de cada profissional mudar essa situação. Uma solução seria pensar em outras possibilidades de atuação e utilizar a criatividade, bem como a capacidade de reinvenção para realizar as oficinas, tais como a reciclagem de materiais, entre outras possibilidades, pois, muitas vezes, existe a

tendência a usar as dificuldades e empecilhos como uma justificativa para a não realização dos trabalhos.

Na verdade, atuar em saúde mental é reinventar, é recriar, é pensar além do que me foi colocado, é a capacidade de se reinventar em meio ao que é fornecido. Então questiona-se até onde vai a possibilidade de atuação do psicólogo dentro do campo da saúde mental e o que é possível fazer para mudar a realidade. Talvez a resposta esteja em uma maior participação política, junto com os demais trabalhadores da saúde, em atos políticos que envolvam a população, familiares, Conselhos de direitos para engrossar a Luta Antimanicomial no dia a dia.

Além disso, seria possível pensar no envolvimento da comunidade nas atividades, e verificar um profissional da comunidade que desenvolva atividades artísticas e que tenha interesse em realizar uma parceria. Ou ainda realizar parcerias com outros serviços do território de modo a poder ampliar as possibilidades de atuação com envolvimento da comunidade, de familiares, de escolas, empresários e da população do entorno, ainda que as parcerias apareçam como um desafio em alguns momentos. Contudo, o que não pode ocorrer é justificar o "não fazer" apenas por conta da dificuldade de encontrar parcerias e por conta da falta de material.

Com relação aos recursos humanos, quando um profissional não é prontamente substituído, a sua ausência é sentida, e muitas vezes atrapalha o andamento do serviço, prejudicando algumas atividades. Portanto, é de suma importância repensar o atendimento clínico individual, verificar se essa modalidade supre a necessidade dos usuários, do serviço e do município, bem como quais são as outras possibilidades de atuação que podem ser utilizadas para atendimento das demandas.

Outro ponto a ser levado em consideração é a questão da inexistência de outros profissionais de saúde e de psicólogas/os para atender outras demandas do município que são importantes, tais como as demandas da educação, da assistência social e da saúde de forma geral. Isso pode causar uma sobrecarga para a/o psicóloga/o do CAPS e NASF com demandas que não são alvo direto da sua atuação. Nesse sentido articular a rede e trabalhar com outros profissionais é fundamental, por isto a necessidade de estar e conhecer o território para facilitar esse processo, bem como acompanhar os casos.

Outras dificuldades que são citadas com frequência são **carga horária e remuneração inadequada**, a **rede de atenção** que não funciona como deveria funcionar. A demanda muito grande a ser atendida, a equipe de trabalho, especialmente, na figura da/o médica/o como um dificultador, bem como as/os coordenadores de UBS que não entendem o trabalho da/o psicóloga/o dentro do contexto da saúde pública e acham que a/o psicóloga/o deve fazer apenas atendimento individual; outra queixa refere-se à falta de comunicação entre os componentes das ESF.

Outras pesquisas realizadas no país apontam algumas dificuldades também pontuadas pelas/os psicólogas/os dessa pesquisa, tais como grande número de atendimentos, carga horária de trabalho excessiva, baixo salário, preconceito com relação à intervenção em Psicologia, distorções do trabalho do psicólogo. Além disso, falta de entrosamento entre Equipe NASF, ESF e equipe de saúde mental, deficiência com relação à rede de atenção e médico/a psiquiatra que não atende todos os dias. (2,3,60,71,85,87,89,92,95,96,99,100)

A remuneração e a carga horária entram junto com a desvalorização do psicólogo, e estas questões devem ser olhadas com atenção, pois a satisfação com o trabalho pode ser um importante impulsionador motivacional para a realização do trabalho e para atuação nos serviços. Sendo assim, ter afinidade com a área da saúde mental, comungar dos princípios da luta Antimanicomial e gostar do que faz são aspectos que entram como fator motivacional interno, que compensam alguns aspectos negativos como a remuneração e a valorização que deixam a desejar. Além disso, a motivação para permanência nos serviços está relacionada ao tipo de vínculo, no caso as/os psicólogas/os que têm contrato estatutário podem ter a motivação para continuar realizando suas atividades com mais empenho e força pelos motivos acima citados, mas também poderiam se manter motivados apenas devido a segurança do vínculo empregatício e não necessariamente a satisfação com o trabalho ou com a remuneração recebida.

A falha no funcionamento da rede também foi apontada em diversos estudos realizados no país. (2,60,61,66,81,92,94,99,100) A rede faz-se importante, pois nenhum serviço funciona fechado em si só. Em alguns momentos, faz-se necessário pensar o que é essa rede de atenção e como ela é construída. Portanto, é importante perceber qual o papel da/o psicóloga/o dentro dessa rede para que ela funcione de forma adequada, bem como, o que posso fazer para melhorar a rede. Talvez a

resposta seria o matriciamento, em que se realiza, a clínica ampliada entre outros. Contudo, é importante pontuar que, devido à sobrecarga de trabalho e em meio a todas as outras dificuldades, realizar o matriciamento, ainda que seja uma atividade a ser desenvolvida pela/o psicóloga/o, acaba sendo pouco realizada, devido a todas as outras ações e dificuldades.

Um desafio ou dificuldade apontada pelos participantes é o trabalho em equipe. Em alguns momentos, esse desafio aparece como falta de capacitação da equipe; em outros momentos, aparece como falta de coesão da equipe. Outra dificuldade relacionada à equipe refere-se a falta de entrosamento com a equipe do PSF e o apoio da gestão, tanto dos coordenadores dos serviços, em reuniões para discussão dos casos, quanto pelo apoio da gestão municipal em oferecer um profissional para realizar supervisão.

A falta de entendimento de outros profissionais com relação ao trabalho da/o psicóloga/o nos leva a reflexão do quanto a/o psicóloga/o precisa fazer entender o seu trabalho dentro do contexto da saúde pública que vai além do trabalho de um psicólogo clínico tradicional. Ou seja, por mais que a/o psicóloga/o esteja inserida/o nas políticas públicas de saúde, o seu trabalho ainda não é visto como o de um profissional que visa à promoção e à prevenção da saúde e a clínica ampliada. Sendo assim, as técnicas que este profissional utiliza devem ser no sentido de fazer fortalecer os laços entre os serviços e o território onde o serviço está inserido. Outros estudos realizados no país também encontraram essa dificuldade do entendimento do trabalho da/o psicóloga/o dentro da nova proposta saúde mental.^(1,72)

A figura do/a médico/a como um dificultador acontece em função da verticalização das relações no CAPS. A disponibilidade de realizar um trabalho interdisciplinar entre o/a médico/a psiquiatra e a equipe também é uma dificuldade. Em alguns momentos essa dificuldade de realizar um trabalho conjunto entre o/a psiquiatra e a equipe pode fazer perpetuar o modelo biomédico/a de atenção e cuidado, pois o/a psiquiatra somente estaria disponível para o atendimento farmacológico e esquecendo que a pessoa que está ali tem outras áreas da sua vida que precisam ser olhadas.

A dificuldade com relação ao médico/a psiquiatra, pode acontecer também em função do problema na contratação destes, especialmente nas cidades de médio e pequeno porte.^(42,43) A falta de psiquiatra, especialmente para atender todos os dias,

ou de outros/as médicos/as para darem apoio também é percebida como uma dificuldade e como desafio. Um assunto a ser resolvido também pelas Residências em Psiquiatria e pelas Graduações em Medicina. Bem como, de fazer com que as/os usuárias/os atendidas/os sensibilizem quanto ao fato da importância dos outros profissionais que atendem nos serviços, tanto quanto o médico.

A falta de capacitação por parte da Secretaria com relação aos profissionais também é percebida como um dificultador, bem como a falta de supervisão para atuação. Sendo assim, os profissionais dos diversos municípios trocam informações, experiências e conversam entre si sobre suas ações como forma de apoio e “supervisão” da prática.

Com relação à capacitação, os documentos regulamentadores, bem como as Conferências de Saúde Mental, recomendam a capacitação dos técnicos, através de parcerias com as universidades, grupos, de supervisão e grupos que visem à discussão das questões cotidianas.^(2,23,89) Os profissionais de saúde mental dos NASF, por exemplo, devem realizar o trabalho de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação dos outros profissionais que atuam nos PSFs.⁽¹⁰⁵⁾

No estudo de Grigolo,⁽⁶⁵⁾ a maioria das/os psicólogas/os relatou não ter supervisão, contudo, os profissionais que já haviam recebido capacitação julgaram que a mesma melhorou o desenvolvimento do trabalho. A falta de capacitação dos técnicos da AB tem sido um dos grandes motivos do não atendimento das demandas de saúde mental que não são acolhidas nessa instância de atenção.⁽³¹⁾ A falta de supervisão e capacitação dos Recursos humanos foi uma das dificuldades encontradas por Rabelo, Coutinho⁽⁴²⁾ e Fornazier.⁽⁴³⁾ A Pesquisa de Pitta et al⁽⁵⁷⁾ verificou que 60% dos profissionais que atuavam em CAPS na Bahia já tinham passado por capacitação, contudo, ainda foi considerada insuficiente. Outros estudos no país também mencionam a falta de capacitação como um dificultador.^(2,4,26-28,40,44,60,68,70,81,94,96,100) Com esses dados, é possível perceber que a capacitação é um importante impulsionador para melhoria das práticas realizadas nos serviços de saúde mental e que a mesma precisa ser incentivada e pensada pelas gestões públicas.

A falta de capacitação não é somente das/os psicólogas/os, mas também das/os outras/os técnicos que atendem as demandas de saúde mental e seus princípios, o que pode ocasionar em uma menor resolutividade dos casos. De acordo com Félix,⁽¹¹¹⁾ é importante que a/o psicóloga/o realize uma atuação

compartilhada com as equipes e serviços da rede, com seus espaços de grupos de discussão, estudo e supervisão, visto que representa o caminho para transformar as vivências em experiências compartilhadas.

A adesão do público ao modelo de atenção do CAPS e/ou NASF foi apresentada como um dificultador, especialmente nos trabalhos em grupo. Isto significa que existe a falta de trabalho dos técnicos para facilitar o entendimento da população e de outros profissionais com relação à modalidade de atendimento através dos grupos.

A adesão do público também se torna difícil, especialmente com os/as usuários/as que residem em distritos ou na zona rural e não têm condições financeiras de arcar com os custos do deslocamento para estar diariamente, ou mais de uma vez na semana, no serviço. Além disso, a gestão pública também não disponibiliza um transporte para que essas pessoas possam estar presentes cotidianamente nos serviços. A pesquisa de Scandolara et al⁽⁷¹⁾ também encontrou a dificuldade de adesão em função da situação socioeconômica dos/as usuários/as.

No tocante à questão econômica e sócio cultural, é importante pontuar que esse aspecto acaba atravessando a resolutividade das ações dos serviços, visto que extrapola as possibilidades de ação dos profissionais que trabalham nos serviços. Outrossim, a atuação de forma integrada da área da saúde com outras políticas públicas, como por exemplo o SUAS, pode ser uma forma de auxiliar nesses casos. E, como pontuou Dimenstein e Liberato⁽³¹⁾, muitos problemas que recaem na saúde mental refletem a falência das políticas de bem-estar social.

Outro ponto a ser comentado com relação à adesão as atividades de CAPS e NASF deve-se, especialmente, porque grande parte das atividades da/os psicólogas/os na saúde mental acontece através de grupos e oficinas, e, em alguns momentos, as/os usuárias/os não participam, pois acham difícil expor suas vidas em grupo. Isto evidencia a falta de manejo com grupos das profissionais. Pois nos grupos é possível contar com outras pessoas que passam pela mesma situação e isso pode ajudar na solução de problemas, bem como propicia o envolvimento em atividades, a construção de vínculos de amizade, dentre outros fatores que fazem dos grupos um potencializador de ações.

A grande demanda a ser atendida, por ser variada/diversificada, e o número pequeno de profissionais para atender faz com que, muitas vezes, esta demanda não seja atendida. Ferreira Neto⁽⁶⁶⁾ também encontrou dados semelhantes sobre a

demanda atendida em sua pesquisa com psicólogas/os em Belo Horizonte. Contudo, faz-se necessário verificar algumas questões como a modalidade de atendimento, ressaltando que no tipo clínico individual a demanda não será totalmente atendida. Contudo, se pensarmos em outras modalidades de atendimento, é possível que a demanda seja atendida de forma mais resolutive.

Além disso, é importante sinalizar para o fato de que, em alguns municípios, somente existe um psicólogo para atender todas as demandas, o que torna o trabalho inviável, sinalizando para o fato de que os gestores municipais precisam investir no fortalecimento de todas as redes do município. Muitas vezes, a/o psicóloga/o acaba atendendo outras demandas, inclusive encaminhamentos judiciais e solicitações de laudos para encaminhar para previdência social.

Um dos desafios pontuados foi trabalhar com transtornos não estudados durante o período de formação. Ou seja, a formação não contemplaria todos os casos atendidos e trabalhados nos serviços, especialmente com relação a crianças e adolescentes. É importante pontuar que a formação é um norte para a atuação da/o psicóloga/o. Logo, a procura pela capacitação e estudo posterior faz-se necessária. Cabe ressaltar que alguns problemas e soluções, especialmente entre crianças e adolescentes começaram a ser mais estudados e divulgados recentemente. É importante, tanto a busca pessoal por aprimoramento para melhoria do serviço prestado, como também a capacitação realizada pela gestão municipal ou estadual para atender as demandas emergentes.

Outra dificuldade relatada pelas/os psicólogas/os foi trabalhar com a família e realizar o trabalho psicoeducativo com seus membros, de forma também a garantir o sucesso do trabalho. Sabe-se que o apoio familiar é um indicativo de melhor adesão e de melhores resultados com o tratamento, bem como, também faz parte do trabalho do psicólogo, realizar o vínculo com a família da pessoa com transtorno mental.^(1,29,30,60,85,89,94) Contudo, em algumas localidades ainda persiste a ideia de que o “adocimento mental” é “frescura” da pessoa ou é fruto do mal que alguém desejou para o sujeito acometido pelo transtorno. Nesses casos, fica mais difícil trabalhar com as famílias que, muitas vezes, são resistentes ao tratamento do familiar doente, pois não consideram aquilo como uma doença e sim um castigo, pecado ou “trabalho feito”.

Quando se fala em trabalhar com a família, faz-se necessário pontuar o trabalho dos ACS na educação e desmistificação com relação a saúde mental, ou

seja, para que esse trabalho com a família seja realizado, a parceria com a atenção básica é de suma importância. Portanto capacitar os ACS e os profissionais da atenção básica através do matriciamento é fundamental para garantia de adesão e sucesso do tratamento do usuário/a e da sua família.

A falta de comunicação e aceitação dos usuários dos CAPS em outros dispositivos, bem como a dificuldade de profissionais de outros serviços entender a demanda que é atendida pelo CAPS aparece como um outro dificultador. Outros trabalhos realizados também encontraram essa mesma dificuldade por parte dos profissionais de saúde de outros locais da rede^(14,60,61,92). Muitas vezes, os usuários de CAPS têm dificuldades em serem atendidos ou inseridos em outros dispositivos da rede, uma vez que muitos profissionais de alguns serviços ainda têm dificuldade em acolher e lidar com o paciente atendido pelo CAPS, ou porque não entendem os direitos da pessoa com transtorno mental. Essa dificuldade é complementada pelo desafio de vencer ou romper o preconceito, o estigma de que a pessoa com transtorno mental é agressiva e violenta, de fazer com que as pessoas entendam ou compreendam o que é saúde mental e que atualmente não precisa mais tratar o “louco” com institucionalização.

Outro ponto relevante refere-se a outros tipos de vínculos empregatícios, pois alguns profissionais, para complementar sua renda, acabam tendo mais de um vínculo, bem como residir em um município e atuar em outro, fator esse encontrado na região pesquisada. Foi observado que 11 (36,7%) das/os psicólogas/os que participaram do estudo, residem em municípios diferentes do município de atuação. Diante do exposto, conhecer a rede e residir no município apresenta-se como um facilitador. Será que residir em um município e trabalhar em outro pode apresentar dificuldade com relação a rede?

No que concerne aos diversos tipos de vínculos empregatícios, algumas pesquisas já têm apontado que essa situação pode gerar insatisfação com o trabalho, além de fadiga e cansaço, que podem evoluir para um quadro de estresse ou a síndrome do esgotamento “Burnout”.

A psicoterapia também foi considerada um desafio, haja vista que necessita de muitos estudos posteriores ao atendimento, bem como um desafio para saber que tipo de intervenção deve ser utilizado para que aquela demanda seja atendida. A psicoterapia é um trabalho previsto para a/o psicóloga/o tanto de CAPS quanto de NASF.^(84,86,88,94,96) A pesquisa de Paulon et al⁽⁶⁴⁾, por exemplo, encontrou essa

modalidade de atuação com as/os psicólogas/os da sua pesquisa. Sales e Dimenstein⁽²⁷⁾ encontraram as/os psicólogas/os realizando psicoterapia, contudo, ressaltaram o fato de que esse tipo de atuação acaba permitindo a ambulatorização dos serviços e sua conseqüente cronificação, dificultando o trabalho de autonomia do usuário/a.^(2,5,22,27,61,65)

No que diz respeito à psicoterapia, a psicologia, por muito tempo, atuou dentro de uma perspectiva elitista, nos consultórios.⁽³⁾ Sendo assim, é de suma importância que o psicólogo realize um trabalho de acordo com as especificidades de cada local e que a atuação desse vá ao encontro da população e da transformação social, para promover mudanças na população brasileira, facilitando os processos de inclusão social de fato. Todavia, é possível pensar em uma outra questão: Como tem sido o posicionamento das/os psicólogas/os diante dessa situação e quais as práticas que eles têm realizado no sentido de desfazer ou reafirmar essa concepção?

Muitos desafios são apontados como situações a serem vencidas, contudo, este também foi mencionado enquanto possibilidades, ou seja, como uma meta ou um caminho a ser percorrido, tais como, solicitar a contratação de mais um/a médico/a para auxiliar no atendimento das demandas do serviço, ou ainda realizar alguns grupos específicos, fazer diagnóstico do município ou realizar uma conferência municipal de saúde mental com a participação efetiva de usuário/as, familiares, trabalhadores da saúde. Contudo, não foi mencionada a possibilidade de contratação de mais um psicólogo para atender a grande demanda do município.

Diante desse cenário, o presente estudo procurou contribuir de forma a levantar as características das políticas públicas de Saúde Mental em uma região de saúde específica, bem como, quais as maiores dificuldades, desafios e contribuições que estas/es psicólogas/os conseguem perceber com relação à saúde mental. Esse estudo também pode oferecer uma grande contribuição para a melhoria da atuação das/os psicólogas/os dentro do âmbito da atenção psicossocial, além de oferecer uma fotografia de como está a saúde mental na referida região, haja vista que poucos estudos foram realizados de modo a poder explorar a região de saúde de Vitória da Conquista.

Cabe lembrar que a cidade de Vitória da Conquista foi pioneira na municipalização da saúde e na implantação da reforma psiquiátrica na região, tendo sido referência para alguns municípios. Contudo há de se considerar que algumas

ações ainda precisam ser desenvolvidas, no sentido de tornarem as políticas públicas de saúde mental mais resolutivas.

5.4 Limitações, possibilidades e perspectivas futuras da pesquisa

Considera-se uma das limitações ao estudo a dimensão territorial da região de saúde de Vitória da Conquista-Bahia, bem como o volume de dados coletados o que dificultou a análise. Além disso, cabe pontuar que o uso somente de questionário para análise dos dados caracterizou-se como uma limitação, uma vez que algumas perguntas não puderam ser aprofundadas. Outra limitação com relação ao questionário deve-se ao seu tamanho e quantidade de perguntas que foram elaboradas, podendo ser esse ponto um fator de desistência de alguns psicólogos/os quando começaram a respondê-lo. Contudo, apesar dessas limitações, a pesquisa teve um bom número de profissionais que responderam ao questionário.

A pesquisa de campo gerou também 13 entrevistas gravadas em áudio (8:52 horas) e transcritas (123 páginas) que poderão ser úteis para estudos futuros em outras dimensões que demandarão mais tempo para análises de outras categorias que emergiram nas leituras flutuantes, como, por exemplo: análise das concepções teóricas em relação à atuação desenvolvida e outros dados que podem ser cruzados do próprio questionário. Bem como, as anotações do caderno de campo das 27 (vinte e sete) visitas realizadas poderiam ser mais exploradas.

Outros atores podem, no futuro, também ser entrevistados, como usuários/as, familiares e técnicos de outras profissões que atuam no cotidiano das equipes, assim outras dimensões da avaliação da atuação da psicologia, tais como a satisfação com o trabalho, poderiam ser descortinadas. Com os dados da presente pesquisa, os conselhos de saúde e outros conselhos de direitos podem se apropriar para exigirem do poder público mais condições de trabalho, bem como fortalecer a construção necessária da RAPS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desta pesquisa foi mapear a presença e atuação de psicólogas/os nas políticas públicas de saúde mental na Região de Saúde de Vitória da Conquista, bem como conhecer as principais dificuldades e desafios na atuação da (o) profissional de psicologia em CA PS e NASF e apontar possíveis contribuições da Psicologia para a saúde mental na região na opinião das/os psicólogas/os.

Essa pesquisa obteve dados sobre as/os psicólogas/os que atuam nos equipamentos de CAPs e NASFs que se encontram em funcionamento na região de saúde de Vitória da Conquista-BA. Forneceu um panorama sobre a atuação dos profissionais de psicologia no atendimento em saúde mental da região. De acordo com o material analisado, fica claro que a região conta com bons indicadores com relação à atuação das/os psicólogas/os.

Faz-se importante pontuar que apesar dos bons indicadores com relação à atuação dos psicólogos na referida região de saúde, outras ações, tais como, implantação de mais CAPS II, CAPS ad e CAPSi, são necessárias para que haja uma melhor cobertura da população, atendimento às demandas de saúde mental e o aumento das ações de territorialização, tais como o matriciamento de acordo com as Portarias vigentes, bem como com as pactuações dos municípios da região.

Outrossim, o resultado desse estudo poderá contribuir para a tomada de consciência sobre as necessidades das pessoas atendidas por esses serviços, e poderá avançar as tecnologias do cuidado em saúde mental para atender as reais necessidades da população, com vistas a superar os problemas relacionados à inserção desse profissional nessas políticas públicas, e contribuir para uma melhor qualificação e formação da/o profissional de psicologia que deseje atuar na atenção básica em saúde mental.

Espera-se também que as informações do mapeamento possam contribuir com ações das entidades da psicologia, como o Sindicato dos Psicólogas/os, o CRP 3ª Região e a Associação de Ensino em Psicologia. Neste contexto, anseia-se também por uma maior visibilidade por parte das/os psicólogas/os com relação à atuação nas instâncias de controle social, e que as instituições de formação possam mencionar essa atuação enquanto instância que possui potência para modificar aspectos políticos, históricos e sociais com relação à atuação da/o psicóloga/o.

No que concerne aos desafios e dificuldades vivenciadas pelas/os psicólogas/os em suas atuações em CAPS e NASF, destacam-se as más condições de trabalho, tais como a falta de estrutura, falta de recursos, materiais, físicos e humanos. Além disso, foi verificada também a precarização do vínculo de trabalho, com os contratos temporários, o que faz surgir diferenças salariais entre contratados e concursados, aspectos que precisam de ações dos gestores e sindicatos, bem como maior conscientização à população que poderia usufruir de serviços com mais estrutura, resultando em mais qualidade no atendimento.

Os resultados também apontaram para a existência de práticas profissionais conservadoras. De forma que essas favorecem a manutenção de práticas biomédicas e estigmatizantes. Contudo, existem alguns profissionais que, mesmo tendo dificuldades em sua atuação, relataram que as mesmas são poucas, ainda que haja pouco investimento das gestões municipais com relação aos serviços e fornecimento de materiais físicos, financeiros e humanos.

No que tange à falta de capacitação e supervisão, foi verificado que, mesmo diante desse empecilho, muitos/as psicólogos/as estão tomando iniciativa para superar essa necessidade, seja montando grupos de estudos, buscando referenciais teóricos e técnicos, bem como compartilhando suas experiências para que possam realizar um trabalho mais aproximado do que seja o trabalho do psicólogo no SUS e de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Foram identificadas práticas que podem fazer frente aos desafios impostos e que não haviam sido experimentadas em determinados equipamentos e territórios, mas não necessariamente “inovadoras”, pois as mesmas estão preconizadas nas referências técnicas da categoria, na Política Nacional de Saúde Mental ou já estão sendo realizadas em outras localidades. Entretanto, espera-se que tais práticas possam resultar em referências técnicas para o ensino em Psicologia e para outros profissionais de psicologia aperfeiçoarem o atendimento à população, bem como no detalhamento das referências já existentes.

Quanto aos impactos econômicos, espera-se que os resultados da pesquisa possam contribuir com a melhor gestão dos recursos públicos fornecendo informações para superar os entraves e a dificuldade das/os profissionais de psicologia que atuam nas políticas públicas em saúde.

Os impactos sociais estão relacionados à compreensão dos processos participativos, das demandas da atuação dos profissionais de psicologia, nos

processos de interiorização⁽³⁾ que devem possibilitar mudanças em concepções e práticas desses profissionais no atendimento à população, que poderá ser beneficiada com um maior controle social dos bens públicos e no sistema de saúde.

As relações apontadas neste estudo remeteram, predominantemente, a relações entre profissionais nas políticas públicas de saúde mental em CAPS e NASF. Contudo, algumas questões com relação à prática do psicólogo ainda precisam ser desenvolvidas, aperfeiçoadas e incluídas no cotidiano dos profissionais de psicologia que atuam em saúde desde a graduação, como, por exemplo, as práticas com a comunidade e no território.

Esse sentido, apesar da limitação que este estudo tem com relação ao tamanho da área de abrangência, e por ter sido feita a análise de questionário, bem como a dificuldade com relação às entrevistas e à localização dos profissionais, tais entrevistas apresentam como potencialidade a articulação entre as práticas dos profissionais e das ações desenvolvidas pelos mesmos.

Finalmente, espera-se ter alcançado com este estudo os objetivos propostos, bem como uma reflexão sobre as práticas das/os psicólogas/os dessa região, que possa contribuir para outras formas de atuação e da prática sejam construídas.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Psicologia Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013.
2. Conselho Federal de Psicologia Prática profissionais dos (as) psicólogas/os (as) nos centros de atenção psicossocial / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2009. 68 p.
3. Macedo JP, Dimenstein M. Modos de inserção dos psicólogas/os na saúde Mental e suas implicações no Comprometimento Com a reforma psiquiátrica? Revista Mal-estar e subjetividade – Fortaleza, Mar/jun. 2012; XII(1-2): 419 – 456.
4. Pereira POC. Psicólogo no CAPS: desafios e impasses na construção de uma identidade, Dissertação de Mestrado. Universidade federal de Uberlândia, 2007.
5. Figueiredo VV, Rodrigues, MMP. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. Psicologia em Estudo Maringá, 2004; 9(2): 173-181.
6. Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. Ciência & Saúde Coletiva, 16(12).
7. Minozzo F. Análise da Implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental entre CAPS e Equipe de Saúde da Família. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, 2013; 34: 1-176.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Ministério da Saúde, Brasília, 2017.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017. Ministério da Saúde, Brasília, 2017.
11. Silveira DP, Vieira ALS, Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. Ciência & Saúde Coletiva, 2009; 4(1):139-148.
12. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB. Rede de Atenção Psicossocial. In: http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8860%3Acomponentes-da-rede-de-atencao-psicossocial&catid=92%3Asaude-mental&Itemid=16, Jan, 2015.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-da-conquista/panorama>.

14. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, out. / dez., 2005; 5 (4): 493-503.
15. Maciel SC. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro 2012 jan./jun.; 4(8): 73-82.
16. Amarante P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. Cad. Bras. Saúde Mental 2009 jan-abr.; 1(1).
17. Vieira Filho & S. M. Nóbrega, A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. Estudos de Psicologia 2004, 9(2): 373-379.
18. Gama CAP da, Onocko Campos, R. Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). Cadernos Brasileiros de Saúde Mental 2009 Out/Dez, 1(2).
19. Machado JC. Rede de atenção à saúde mental: representações dos profissionais da estratégia de saúde da família no contexto de reforma psiquiátrica. Dissertação (Mestrado-Enfermagem e Saúde) -Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, 2011.
20. Reboli KG, Kruger TR. Participação e Saúde mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis, 2013.
21. Vasconcelos EM. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. Cad. Bras. Saúde Mental Rio de Janeiro 2012 jan./jun.; 4(8): 8-21.
22. Bossardi RB. A Psicologia nos centros de atenção psicossocial: práticas em desassossego. Dissertação De Mestrado. Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul, 2012.
23. 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, novembro de 2005.
24. Melo AMC. Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, 2012; 8(9): 84-95
25. Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. Psicologia Ciência e Profissão, 2008; 28 (3): 632-645.
26. Silva ER. A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial: pois é José...Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

27. Dimenstein M, Sales ALLF. Psicólogas/os no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução? *Psicologia em Estudo*, Maringá, 2009, 14(2): 277-285.
28. Campos FCB. O modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira e as Modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, 2000.
29. Brasil. Lei Nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm.
30. Dias MK. Centros de Atenção Psicossocial: Do Modelo Institucional à Experiência Social da Doença. Tese de Doutorado, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007
31. Dimenstein M, Liberato M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. *Cad. Bras. Saúde Mental*, jan-abr. 2009, 1(1).
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. <https://ww2.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?lang=&sigla=ba>. Acesso em: 02 de abril de 2017.
33. Rabelo A, Coutinho D. Análise da Saúde Mental na Bahia. *Gaz. méd. Bahia* 2008;78 (2):104-119.
34. Fornazier ML, Delgado RC. Reforma psiquiátrica na Bahia: desafios e (des) caminhos. *Revista Baiana de Saúde Pública*. abr./jun. 2011; 35(2): 412-431.
35. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB. Centros de Atenção Psicossocial
http://sage.saude.gov.br/paineis/planoCrack/lista_caps.php?output=html&ufs=29&ibges=&cg=&tc=&re_giao=&rm=&qz=&ufcidade=Bahia&qt=417%20munic%C3%ADpios&pop=15203934&cor=005984&nonono=html&title=&codPainel=27.
36. Brasil. Decreto nº 7508 Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, DF, 28 de julho de 2011
37. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB. Núcleos Regionais de Saúde
http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&id=8141&Itemid=31.
38. Medeiros Junior GM, Alves RAS, Medeiros DFKL. Por uma Administração Política da Saúde: uma análise comparativa dos indicadores gestão da Saúde de Campina Grande – PB e Vitória da Conquista – BA. IV Encontro de Administração Política. Vitória da Conquista – Bahia – 05 a 07 de junho de 2013.

39. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública* 2014;48(4):622-631
40. Chaves BL, Pegoraro RF. Contribuições do arranjo “Equipe de Referência” a um Centro de Atenção Psicossocial. *Estud. pesquisa. psicol.*, Rio de Janeiro, 2014; 13(3): 939-956.
41. Mateus MD (Org.). Políticas de saúde mental. Baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013: 400p.
42. Nascimento GCM, Scorsolini-Comin Peres, RS. Mental Health in the Unified Health System: Mapping the Contributions from the Psychosocial Care Centers. SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* Ribeirão Preto ago., 2013; 9(2)
43. Pimentel FA, Villares CC, Mateus MD. Estratégias de combate ao estigma na saúde mental. In: Mário Dinis Mateus (Org.). Políticas de saúde mental. Baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400p.
44. Anjos MA, Carvalho PAL, Sena ELS, Ribeiro RM. Acolhimento da pessoa em sofrimento mental na atenção básica para além do encaminhamento. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, 2015; 7(16): 27-40.
45. Acioli Neto ML, Amarante PDC. O Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Cuidado na Atenção Psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2013; 33 (4): 964-975.
46. Andrade AB de. Integralidade e humanização em saúde mental: expectativas de usuário/as em dois Centros de Atenção Psicossocial. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2012.
47. Dimenstein M. A Reorientação da Atenção em Saúde Mental: Sobre a Qualidade e Humanização da Assistência, *Psicologia Ciência e Profissão*, 2004; 24 (4): 112-117.
48. Miranda L, Oliveira TFK, Santos CBT. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2014; 34(3): 592-611.
49. Boarini ML, Borges RF. O Psicólogo na Atenção Básica à Saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2009; 29 (3): 602-613.
50. Vasconcelos MFF, Paulon SM. Instituição militância em análise: a (sobre) implicação de trabalhadores na reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia & Sociedade*; 26(n. spe.), 222-234.

51. Brasil. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, 2012.
52. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
53. Mateus MD. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). In: Mário Dinis Mateus (Org.). Políticas de saúde mental. Baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400p.
54. Dimenstein M, Macedo JP. Expansão e Interiorização da Psicologia: Reorganização dos Saberes e Poderes na Atualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2011; 31 (2): 296-313.
55. Nunes M, Torrenté M de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev. Saúde Pública* 2009;43(Supl. 1):101-108.
56. Moreira DJ, Castro MG. O Núcleo de Apoio à Saúde Da Família (NASF) como porta de entrada oficial do psicólogo na atenção básica. *Transformações em Psicologia*, 2009; 2(2): 51-62.
57. Pitta. AMF, Coutinho DM, Rocha CM. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o Qualityrights – WHO. *Saúde debate Rio de Janeiro* 2015 jul.-Set; 39(106): 760-771.
58. Gomes DJ, Araújo TM, Santos KOB. Condições de trabalho e de saúde de trabalhadores em saúde mental em Feira de Santana, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, jan./jun. 2011; 35(supl.1): 211-230.
59. Jesus ML, Araujo D. Politização e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia. *Psicologia: Teoria e Prática* – 2011, 13(3):67-80.
60. Cantele J, Arpini D, Roso A. A Psicologia no Modelo Atual de Atenção em Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2012, 32 (4), 910-925.
61. Lara GA, Monteiro JK. Os psicólogos/os na atenção às psicoses nos CAPS. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; Rio de Janeiro, 2012; 64 (3): 76-93.
62. Santos TM dos, Duarte, M. A atuação do Psicólogo no contexto do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas da Prefeitura de Uberlândia, www.psicologia.com.br, 2010.
63. Scorsolini-Comin, F. Atenção psicológica e umbanda: Experiência de cuidado e acolhimento em saúde mental. *Estud. pesquis. psicol.*, Rio de Janeiro, 2014; 14(3): 773-794.

64. Paulon SM, Gageiro AM, Costa DFC, Londero MFP, Pereira RG, et. al. Práticas clínicas dos profissionais 'PSI' dos Centros de Atenção Psicossocial do Vale do Rio dos Sinos. *Psicologia & Sociedade*, 2011; 23(n. spe.): 109-119.
65. Grigolo TM. O CAPS me deu voz, me deu escuta. Um estudo das dimensões da clínica no Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuário/as. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura – Instituto de Psicologia Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2010.
66. Ferreira Neto JL. A Atuação do Psicólogo no SUS: Análise de Alguns Impasses. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2010; 30 (2): 390-403.
67. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2004 (original publicado em 1977).
68. Ramminger T, Brito JC. “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 2011; 23(n. spe.): 150-160.
69. Kantorski LP et al Contribuições Do Estudo De Avaliação Dos Centros De Atenção Psicossocial Da Região Sul Do Brasil. *Cad. Bras. Saúde Mental*, jan-abr., 2009; 1(1).
70. Lopes Neto D, Dantas Vieira HW, Arruda AT, Farina HAD. Atenção à Saúde Mental no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os Centros de Atenção Psicossocial *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Out/Dez de 2009; 1(2).
71. Scandolaro AS, Rockenbach A, Sgarbossa EA, Linke LR, Tonini NS. Avaliação do centro de atenção psicossocial infantil de Cascavel – PR. *Psicologia & Sociedade*, 2009; 21 (3): 334-342.
72. Guimarães SB, Oliveira IF, Yamamoto OH. As práticas dos psicólogos/os em ambulatórios de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 2013; 25(3): 664-673.
73. Castelar M. Contribuições da Memória para uma história da Psicologia no Serviço Público em Campinas. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.
74. Yasui S, Costa-Rosa A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 2008; 32(78-79-80): 27-37.
75. Zambenedetti G, Perrone CM. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis [Internet]*. 2008; 18(2): 277-293. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000200005 &lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000200005>.

76. Ballarin MLGS, Carvalho FB de, Ferigato SH, Miranda IMS de, Magaldi CC. Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. *Psicologia em Estudo*, 2011; 16(4): 603-611. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722011000400011>.
77. Pande MNR, Amarante PDC, Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011 16(4):2067-2076.
78. Alverga AR de, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2006. Dec; 10(20): 299-316. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciartext&pid=S1414-32832006000200003&lng=em>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>.
79. Cunha GT, Campos GW de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude soc.* [Internet]. 2011 Dec [cited 2018 Apr 08]; 20(4): 961-970.
80. Furtado MEMF, Carvalho LB. O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. *Revista Psicologia e Saúde*, jan. /jun. 2015; 7(1): 09-17.
81. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009; 14(2):477-486.
82. Brasil. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, 2008.
83. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011.
84. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro 2012. Brasília, 2012.
85. Perrella C. A experiência da Psicologia no NASF: capturas, embates e invenções. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, jul - dez, 2015; 8 (2): 443 – 452.
86. Gonçalves DA. Saúde mental na Atenção Básica: o matriciamento. In: Mário Dinis Mateus (Org.). Políticas de saúde mental. Baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400p.
87. Sousa D de, Oliveira IF de, Costa ALF. Entre o especialismo e o apoio: psicólogas/os no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Psicologia USP*, 2015; 26(3): 474-483.

88. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, 2012; 4(8): 166-175.
89. Leite DC, Andrade AB, Bosi MLM. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2013; 23(4): 1167-1187.
90. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Pinto AGA, Pinto DM, Simões ECP, Neto JPM. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, jan./jun. 2012; 4(8): 166-175.
91. Feitosa KMA, Silva T, Silveira MFA, Santos Junior HPO. (Re)construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. *Psicologia: teoria e prática*, 2012; 14(1): 40-54.
92. Conselho Federal de Psicologia A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família / Conselho Federal de Psicologia. – Brasília: CFP, 2009.
93. Conselho Federal de Psicologia. Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas a atenção básica à saúde. / CREPOP, Conselho Federal de Psicologia – Brasília: CFP, 2010.
94. Boing E, Crepaldi MA. O Psicólogo na Atenção Básica: Uma Incursão Pelas Políticas Públicas de Saúde Brasileiras. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2010; 30 (3): 634-649
95. Cella M, Oliveira IF de. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. *Estudos de Psicologia*, janeiro a março de 2015; 20(1): 31-39.
96. Azevedo NS, Nascimento LK do. Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2013; 33(3): 520–535.
97. Zurba MC. A Clínica Psicológica no Contexto das Políticas de Saúde Mental no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, 2015; 7(16): 86-94.
98. Lima M. Atuação psicológica em serviços públicos de saúde de Salvador: do ponto de vista dos psicólogos/os. Salvador-Bahia, 2005.
99. Dias FX, Silva LCA. Percepções dos profissionais sobre a atuação dos psicólogas/os nas unidades básicas de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2016; 36(3): 534-545.

100. Ronzani TM, Rodrigues MC. O Psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, Desafios e Redirecionamentos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2006, 26 (1), 132-143.
101. Freire FMS, Pichelli AAWS. Princípios Norteadores da Prática Psicológica na Atenção Básica: Em Busca da Integralidade. *Psicologia ciência e profissão*, 2010; 30(4): 840-853.
102. Pires ACT, Braga TMS, O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. *Temas em Psicologia* – 2009;17(1):151 – 162.
103. Colosio R. A formação e o trabalho do psicólogo em instituições públicas: uma proposta de análise institucional do vínculo. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2012.
104. Vieira VA. As tipologias, variações e características da pesquisa de Marketing. *Revista da FAE, Curitiba*, 2002;5(1): 61-70.
105. Carneiro LA, Porto CC. Saúde mental nos cursos de graduação: interfaces com as diretrizes curriculares nacionais e com a reforma psiquiátrica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, 2014;6(14): 150-167.
106. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 13ªEd. São Paulo: Hucitec, 2013.
107. Dalfovo MS, Lana RA, Silveira A. Métodos Quantitativos e Qualitativos: Um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, América do Norte*, 2008; 2(4):1-13.
108. Conselho Regional de Psicologia Sub-região 03. Comissão de Interiorização. Subsele Sudoeste. <https://www.crp03.org.br/comissao/interiorizacao/sudoeste>. Acesso em 04/03/2018.
109. Freitas AA, Souza RC. Caracterização clínica e sociodemográfica dos usuários/as de um centro de atenção psicossocial (CAPS). *Rev. Baiana Saúde Pública*, 2010; 34(3):530-543
110. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Homem. Princípios e Diretrizes. Brasil, Brasília, 2009.
111. Felix LB. (In)visibilidades no campo da saúde mental infantojuvenil: tessituras e desenlaces na construção da atenção psicossocial e do cuidado em rede / Lívia Botelho Félix. – 2016.
112. Santos ÉG dos, Siqueira MM de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, 2010; 59(3):238-246. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>.

113. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
114. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino, A.C.S.; Gomberg, E. (Orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.
115. Ferreirinha IMN, Raitzas TR. Relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. RAP, Rio de Janeiro, Mar/Abr, 2010; 44(2):367-83.

APÊNDICES

APENDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE – 1 Entrevista

Título do Projeto: MAPEAMENTO DOS PSICÓLOGAS/OS NOS CONSELHOS DE SAÚDE E NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NA REGIÃO DE CONQUISTA.

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, instituição pública legalmente constituída e habilitada, na qual são realizadas investigações científicas.

O Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa: “ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NOS CONSELHOS E NAS POLÍTICAS PÚBLICAS”, do subprojeto “**Mapeamento dos Psicólogos/os nos Conselhos de Saúde e nas Políticas Públicas de Saúde Mental na Região d Conquista**”. Que tem como objetivo mapear a atuação de psicólogos/os que atuam nos conselhos de saúde e nas políticas públicas de saúde mental na Região de Saúde de Vitória da Conquista, bem como conhecer suas ações inovadoras.

Caso concorde em participar, suas respostas serão anotadas e gravadas e serão guardadas em um HD externo no Banco de dados do Grupo de Pesquisa: Psicologia, Diversidade e Saúde da EBMSP– Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob a responsabilidade da Pesquisadora Marida Castelar, Tel.: (71) 999874406 e-mail: marildacastelar@bahiana.edu.br e das(os) pesquisadoras Zâmia Aline Barros Ferreira fone: (77) 991658040 e-mail zamialine@hotmail.com.

Como participante da pesquisa você responderá um questionário contendo algumas questões referentes à sua história de vida, envolvimento a atuação no Conselho de Saúde, e/ou sobre sua atuação nas políticas públicas de saúde mental, entre outras perguntas relevantes a este trabalho. Você poderá não responder às questões que não desejar e também poderá deixar a pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em congressos e revistas científicas, em mídia impressa (livro e/ou jornal), divulgação científica de pesquisas e relatórios e sua transcrição serão arquivados para formação de acervo histórico no banco de dados do Grupo de Pesquisa Psicologia, Diversidade e Saúde.

Os benefícios diretos aos participantes estão relacionados a maior compreensão dos processos participativos, das demandas que devem possibilitar mudanças em concepções e práticas dos profissionais psicólogos/os no atendimento à população, bem como um maior controle social dos bens públicos e no sistema de saúde. A pesquisa poderá trazer novos parâmetros e informações para o aperfeiçoamento do funcionamento da Política Pública que participa.

As pesquisadoras abaixo assinado se comprometem em seguir todas as normas e diretrizes vigentes direcionadas pela resolução 466/12 (Pesquisa com Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, mantendo postura ética diante desta pesquisa e dos participantes perante o desenvolvimento da mesma e em relação a guarda do material em local seguro.

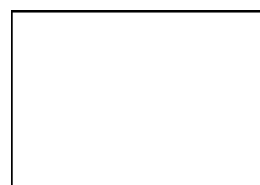
Ressalta-se a guarda e sigilo em relação à identidade dos participantes, estes terão a garantia de total esclarecimento em relação a qualquer dúvida, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, estando, portanto livres para recusar-se a participar da pesquisa, assim como retirar este consentimento a qualquer momento.

Esse termo é composto de duas vias de igual conteúdo, sendo a primeira para arquivamento pelo pesquisador e a segunda para o entrevistado ou seu representante legal

Eu, dou meu consentimento para participar desta pesquisa, após ter lido, recebido esclarecimentos e compreendido.

_____, (Local e data) ____/____/____

Assinatura do Participante



Local para Impressão Digital

Endereço para retorno dos resultados:

Tel.:

E-mail:

Zâmia Aline Barros Ferreira – Pesquisadora(o) Assistente

Marilda Castelar - Orientadora(o)

Em caso de dúvida ou denúncia contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina Saúde Pública – Avenida Dom João VI, n. 275 – Brotas. Salvador – Ba. CEP 40.290-000 Tel.: (71) 3276-8225. E-mail: cep@bahiana.edu.br

APÊNDICE 2 – Questionário Online

Bem-vindo ao Meu questionário

O Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa: “ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NOS CONSELHOS E NAS POLÍTICAS PÚBLICAS”, do sub projeto “mapeamento dos psicólogos nos conselhos de saúde e nas políticas públicas de saúde mental na região de conquista”. Que tem como objetivo mapear a atuação de psicólogos que atuam nos conselhos de saúde e nas políticas públicas de saúde mental na Região de Saúde de Vitória da Conquista, bem como conhecer suas ações inovadoras.

Caso concorde em participar, suas respostas serão anotadas e gravadas e serão guardadas em lugar seguro no Banco de dados do Grupo de Pesquisa: Psicologia, Diversidade e Saúde da EBMSP– Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob a responsabilidade da Pesquisadora Marida Castelar, Tel.: (71) 999874406 e-mail: marildacastelar@bahiana.edu.br e das(os) pesquisadoras Zâmia Aline Barros Ferreira fone: (77) 991658040 e-mail zamialine@hotmail.com. Como participante da pesquisa você responderá um questionário objetivo contendo algumas questões referentes à sua história de vida, envolvimento a atuação no Conselho de Saúde, e/ou sobre sua atuação nas políticas públicas de saúde mental, entre outras perguntas relevantes a este trabalho. Você poderá não responder às questões que não desejar e também poderá deixar a pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em congressos e revistas científicas, em mídia impressa (livro e/ou jornal), divulgação científica de pesquisas e relatórios e sua transcrição serão arquivados para formação de acervo histórico no banco de dados do Grupo de Pesquisa Psicologia, Diversidade e Saúde.

Os benefícios diretos aos participantes estão relacionados a maior compreensão dos processos participativos, das demandas que devem possibilitar mudanças em concepções e práticas dos profissionais psicólogos no atendimento à população, bem como um maior controle social dos bens públicos e no sistema de saúde. A pesquisa poderá trazer novos parâmetros e informações para o aperfeiçoamento do funcionamento da Política Pública que participa.

As pesquisadoras abaixo assinado se comprometem em seguir todas as normas e diretrizes vigentes direcionadas pela resolução 466/12 (Pesquisa com Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, mantendo postura ética diante desta pesquisa e dos participantes perante o desenvolvimento da mesma e em relação a guarda do material em local seguro.

Ressalta-se a guarda e sigilo em relação à identidade dos participantes, estes terão a garantia de total esclarecimento em relação a qualquer dúvida, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, estando, portanto livres para recusar-se a participar da pesquisa, assim como retirar este consentimento a qualquer momento.

Em caso de dúvida ou denúncia contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina Saúde Pública – Avenida Dom João VI, n. 275 – Brotas. Salvador – Ba. CEP 40.290-000 Tel: (71) 3276-8225. E-mail: cep@bahiana.edu.br

* 1. Assinale abaixo que a(o) sr.(a) leu o TCLE e concorda em participar desta pesquisa Assinale abaixo que a(o) sr.(a) leu o TCLE e concorda em participar desta pesquisa

Dou meu consentimento para participar desta pesquisa, após ter lido, recebido esclarecimento e compreendido.

* 2. Cidade onde atua.

* 3. Gênero

* 4. Qual sua raça/etnia? (Escolha somente uma resposta.)

- Branco
- Preto
- Amarelo
- Indígena
- Pardo
- Outra/Várias etnias (especifique)

* 5. Data de Nascimento

FORMAÇÃO

* 6. Ano de Formação

* 7. Instituição Formadora

* 8. Cursos presenciais realizados (nome/instituição/duração/ano de conclusão):

Doutorado

Mestrado

Especialização

Outro (Especifique)

* 9. Cursos à distância ou semipresenciais realizados (nome/instituição/duração/ano de conclusão):

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

* 10. Ano de ingresso no mercado de trabalho na área de psicologia

* 11. Ano de ingresso na Secretaria de Saúde

* 12. Cargo (contrato) e função que exerce

* 13. É concursado?

- Sim
 Não

* 14. Qual o tipo de vínculo?

- CLT
 Estatutário
 Contrato temporário
 Outro (especifique)

* 15. Qual o tempo no cargo?

* 16. Que tipo de equipamento público você trabalha?

- CAPS
 NASF
 Centro de Saúde
 Ambulatório
 Outro (especifique)

Descrição do local você trabalha

* 17. Localização

* 18. Equipe de trabalho

* 19. Perfil do público-alvo

* 20. Você faz parte ou participa de alguma forma de algum Conselho de Direito ou alguma comissão?

Sim

Não

RESPOSTAS CONSELHO

* 21. Qual (is)?

- Conselho de Saúde
 Conselho de Assistência Social
 Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente
 Conselho de Educação
 Conselho da Mulher
 Conselho dos Direitos Humanos
 Conselho do Idoso
 Outro (especifique)

22. Se você participa de algum Conselho de Direitos quais as profissões que o compõem?

	Usuário	Trabalhador	Prestador/Governo	Governo
Assistente Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Biólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Biomédico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educador Físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farmacêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisioterapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fonoaudiólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veterinário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutricionista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Odontólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapeuta Ocupacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nível técnico na área de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 23. Qual o segmento que você representa no CMS onde atua?

- Usuário
- Trabalhador
- Gestor ou Prestador de Serviço

* 24. Escolha o nome da cidade aonde você atua como conselheiro. O numero de habitantes (IBGE 2010) encontra-se ao lado do município.

* 25. Qual o porte populacional do município aonde você atua como conselheiro?

* 26. Assinale "possui" ou "não possui" para os seguintes itens da estrutura administrativa do seu CMS:

	Possui	Não Possui			
Sala própria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Computador próprio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telefone próprio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 27. Com relação a(o) secretaria(o) executivo, o CMS possui:

- Servidor público municipal indicado formalmente para o cargo (através de portaria, memorando, comunicação interna)
- Servidor público municipal indicado informalmente para o cargo
- Não possui secretário(a) executivo(a)
- Uma empresa/ pessoa jurídica contratada pela secretaria municipal de saúde para exercer essa função

* 28. Com relação ao regimento interno o CMS:

- Possui regimento interno, homologado pelo Prefeito
- Possui regimento interno, porém não homologado pelo Prefeito
- Não possui regimento interno

* 29. O Conselho de Saúde possui orçamento municipal específico para o controle social?

- Sim
- Não
- Não sei

* 30. Quantos conselheiros titulares possui o conselho?

* 31. Quantos conselheiros titulares são representantes do segmento dos trabalhadores de saúde?

* 32. Há profissionais de saúde, cargos comissionados do governo ou prestadores de serviço de saúde como representantes do segmento dos usuários?

Sim

Não

* 33. Quais outros conselhos existem no município onde você é conselheiro?

	Existe	Não Existe			
Criança e Adolescente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Idoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mulher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistência Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Outro (especifique)

* 34. Quantas reuniões foram realizadas no ano de 2015?

9 ou mais

9 ou menos

* 35. Qual meio de comunicação é utilizado para a divulgação à população das datas das reuniões e das deliberações do CMS?

	É utilizado	Não é utilizado			
Radio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jornal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cartaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Panfleteo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internet (site, blog, redes sociais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Publicação oficial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Outro (especifique)

* 36. Qual(is) deste(s) documento(s) você recebe com antecedência, na semana anterior à reunião?

	Recebo com antecedência de 7 dias	Não recebo com antecedência de 7 dias			
Pauta da Reunião	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Material de Apoio às reuniões (relatórios, planos, programas e outros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 37. A ata da reunião anterior é rotineiramente aprovada antes que a sessão atual se inicie?

- Sim
- Não

Perfil da Demanda

* 38. Qual o porte populacional do município que você atua?

- Até 5.000 habitantes
- Entre 5.000 a 10.000 habitantes
- Entre 10.000 a 15.000 habitantes
- Entre 15.000 a 20.000 habitantes
- Entre 20.000 a 30.000 habitantes
- Entre 30.000 a 50.000 habitantes
- Entre 50.000 a 100.000 habitantes
- Entre 100.000 a 200.000 habitantes
- Entre 200.000 a 300.000 habitantes
- Mais de 300.000 habitantes

* 39. Qual o perfil da demanda atendida

- Demanda Escolar
- Pessoas com problemas com drogas ilícitas
- Pessoas com problemas com drogas lícitas
- Pessoas com transtornos mentais graves
- Pessoas com transtornos mentais persistentes
- Outro (especifique)

* 40. Você nota que há algum aspecto relativo à discriminação no atendimento da demanda em Saúde

Mental

- Não
- Sim.
- Cor/Raça
- Gênero
- Orientação Sexual
- Religião
- Deficiências
- Condição Sócioeconômica
- Outro (especifique)

* 41. Qual o nível socioeconômico do seu público atendido?

- até meio salário mínimo
- até um salário mínimo
- de um a dois salários mínimos
- de três a cinco salários mínimos
- mais de cinco salários mínimos

* 42. Da população atendida por você, qual é o perfil étnico

- Brancos
- Pretos
- Amarelos
- Pardos
- Indígenas

ATUAÇÃO PROFISSIONAL

* 43. Na sua prática profissional, qual é o público alvo do seu trabalho?

* 44. Identifique a(s) modalidade(s) de atuação e estratégias de ação:

- Aplicação de testes psicológicos
- Avaliação psicológica
- Atendimento clínico individual
- Atendimento em grupos com pacientes
- Atendimento em grupos com familiares
- Oficina terapêutica
- Atividade de Socialização/Externa ao CAPS/NASF
- Atividade de Reinserção
- Visitas domiciliares
- Acompanhamento terapêutico
- Assessoria às escolas/comunidade
- Acolhimento
- Recepção
- Articulação com a Rede de Apoio
- Encaminhamento a outros serviços/profissionais
- Outro (especifique)

* 45. Quais os objetivos pretendidos a partir das modalidades de atuação?

* 46. Você considera que seus objetivos são alcançados a partir das estratégias utilizadas? Por quê?

* 47. Relate brevemente uma experiência relevante no atendimento a demanda do serviço.

* 48. Você estabelece algum tipo de contato com a escola/instituição de ensino quando atende demanda escolar? Como ele se dá?

- Não estabeleço.
- Através de documentos (relatórios, fichas...)
- Visitas periódicas à escola.
- Reuniões com educadores e/ou gestores da escola.
- Atividades em parceria com a escola (palestras, eventos)
- Participação em atividades da escola (jornada pedagógica, conselho de classe, conselho da merenda escolar, conselho de educação, reunião de pais...)

Por quê:

* 49. Caso a resposta anterior seja positiva. Você tem algum conhecimento do uso de medicamentos por parte do aluno?

- Sim
- Não
- Outro (especifique)

* 50. Cite autores/teorias que têm auxiliado na fundamentação do seu trabalho.

* 51. Você consulta algum documento técnico/legislação para orientar a sua atuação profissional?

- Não
- Sim.
- Quais

* 52. Você considera que tem autonomia para trabalhar a partir dos seus pressupostos teórico-metodológicos?

- Não.
- Sim.
- Em partes.

Comente sua resposta

* 53. Para você, quais contribuições o psicólogo pode dar à Saúde Mental?

* 54. De que maneira sua formação em psicologia contribuiu para a compreensão das demandas em saúde mental?

* 55. Quais disciplinas, conteúdos e áreas da psicologia estudadas em sua formação que contribuíram em sua atuação no âmbito das demandas em saúde mental?

* 56. Que sugestões você daria para a formação de psicólogos, no sentido de contribuir com a melhoria do atendimento às demandas de saúde mental?

* 57. Relate brevemente as facilidades que você tem encontrado na sua atuação como psicólogo na Atenção Psicossocial.

* 58. Relate brevemente as principais dificuldades que você tem encontrado na sua atuação como psicólogo na Atenção Psicossocial.

* 59. Quais os principais desafios que você tem enfrentado na sua atuação na saúde mental?

* 60. O que você considera prática inovadora em sua prática profissional em saúde mental?

61. Há algo que você gostaria de acrescentar?

62. Você deseja receber os resultados dessa pesquisa?

Sim

Não

APENDICE 3 – TABELA 7 - INSTITUIÇÃO FORMADORA

Tabela 7 – Instituição Formadora

Instituição de Ensino Superior - IES	Quantidade	Percentual
FTC – Faculdade de Tecnologia e Ciências – Vitória da Conquista-BA	21	70%
JUVENCIO TERRA - Vitória da Conquista-BA	7	23,3%
UNIVALE – Universidade Vale do Rio do Doce Governador Valadares-MG	1	3,3%
UNINASSAU – Universidade Maurício de Nassau - Vitória da Conquista-BA	1	3,3%

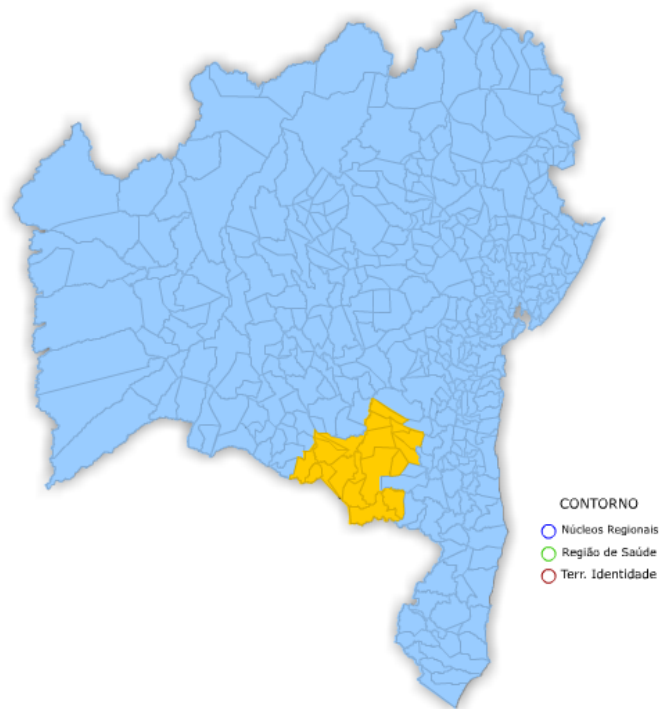
QUADRO DE CARACTERIZAÇÃO PARTICIPANTES

Nome	Sexo	Raça/etnia	Ano de ingresso na área de psicologia	Ano de ingresso na Sec. Saúde	Tipo de vínculo	Tempo no cargo ou função	Equipamento	Participa de Conselho?	Formação Complementar
ALAS	Feminino	Branco	2013	2013	Contrato temporário	3 anos	NASF	Não	Curso de Psicologia Hospitalar; TCC; SUPERA; Saúde Mental na Infância e adolescência
VLR	Feminino	Branco	2012	2015	Contrato temporário	1 ano e 6 meses	NASF	Não	Pós Graduação Serviço Social e Saúde Pública
JSB	Feminino	Pardo	2016	2016	Contrato temporário	6 meses	NASF	Não	Especialização em Saúde Pública
LP	Masculino	Pardo	2013	2014	Contrato temporário	1 ano e meio	NASF	Sim	Psicologia Hospitalar e Neuropsicologia
EAS	Feminino	Pardo	2015	2015	Contrato temporário	Três meses	NASF	Não	não
MR	Feminino	Amarelo	2015	2015	Contrato temporário	1 ano e 6 meses	NASF	Não	Curso SUPERA.
MMS	Feminino	Branco	2008	2009	Contrato temporário	7 anos	NASF	Não	Psicologia da Saúde
CS	Feminino	Branco	2014	2014	Contrato temporário	2 anos	NASF	Não	Pós Graduação em Saúde Mental
JCSC	Feminino	Pardo	2014	2014	Estatutário	2 anos	CAPS	Não	Neuropsicologia - Curso SUPERA
EROP	Feminino	Pardo	2013	2014	Estatutário	2 anos	CAPS	Não	Psicopedagogia, Psicologia
AFS	Feminino	Pardo	2008	2015	Contrato temporário	1 ano	CAPS	Não	Especialização Pós-Grad.
ICRS	Feminino	Pardo	2011	2011	Estatutário	2 anos	CAPS	Não	Especialização em Serviço Social e Saúde Pública, TCC; Capacitação EAD Saúde Mental da Infância e Adolescência no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial; Curso SUPERA
AL	Feminino	Pardo	2013	2014	Estatutário	2 anos	CAPS	Não	Psicoterapia Infantil
SN	Feminino	Preto	2010	2010	Contrato temporário	6 anos	CAPS	Não	presencial
AM	Feminino	Pardo	2009	2011	Estatutário	3 anos	CAPS	Não	SUPERA
Nome	Sexo	Raça/etnia	Ano de ingresso na área de	Ano de ingresso na Sec. Saúde	Tipo de vínculo	Tempo no cargo ou função	Equipamento	Participa de Conselho?	Formação Complementar

			psicologia						
AS	Feminino	Branco	2009	2012	Contrato temporário	3 anos	CAPS	Não	SUPERA; Atenção às Situações de Crise em Saúde Mental; Saúde Mental
VLSR	Masculino	Pardo	2011	2015	Estatutário	1 ano	CAPS	Não	Mestrando
GS	Feminino	Pardo	2012	2014	Credenciado	1 ano e 4 meses	NASF	Não	Psicologia Jurídica; Curso SUPERA
ZS	Feminino	Pardo	2012	2014	Estatutário	2 anos	NASF	Não	não
CA	Masculino	Pardo	2013	2014	Contrato temporário	2 anos	NASF	Não	Mestrando
GS	Feminino	Pardo	2002	2013	Contrato temporário	3 anos	CAPS	Não	Psicologia da Aprendizagem, Saúde Mental
SST	Feminino	Branco	2015	2013	Contrato temporário	6 meses	CAPS	Não	Psicanálise
MB	Feminino	Branco	2013	2014	Estatutário	2 anos	CAPS	Não	Saúde coletiva; SUPERA
PRPC	Feminino	Pardo	2012	2012	Estatutário	4 anos	CAPS	Não	Especialização
LRSF	Feminino	Pardo	2010	2014	Contrato temporário	3 anos	CAPS	Não	Especialização
TSAC	Feminino	Branco	2011	2014	Estatutário	2 anos	CAPS	Não	MBA em Gestão de Pessoas e Psicologia Organizacional; Capacitação para líderes comunitários; SUPERA; Curso Operadores do Direito
KS	Feminino	Pardo	2008	2014	Estatutário	2 anos	CAPS	Sim	Saúde Mental e Serviço Social na Saúde; SUPERA
AF	Feminino	Pardo	2008	2014	Contrato temporário	2 anos	CAPS	Não	Especialização Saúde Mental; SUPERA
TSAC	Feminino	Pardo	2011	2011	Contrato temporário	24 meses	CAPS	Não	TCC; Saúde Mental em Dependência Química; Psicologia do Trânsito; Conselheiro Álcool e outras Drogas
LS	Feminino	Branco	2016	2016	Contrato temporário	3 meses	NASF	Não	Atenção Psicossocial SUS e SUAS

ANEXOS

ANEXO 1 - MAPAS DO SUDOESTE DA BAHIA E DA REGIÃO DE CONQUISTA



Municípios da Região de Saúde Vitória da Conquista	
290120 - ANAGÉ	20.388 habitantes
290290 - BARRA DO CHOÇA GM	35.200 habitantes
290350 - BELO CAMPO GM	18.459 habitantes
290395 - BOM JESUS DA SERRA	10.597 habitantes
290515 - CAETANOS	15.913 habitantes
290670 - CÂNDIDO SALES	26.952 habitantes
290689 - CARAÍBAS	10.150 habitantes
290870 - CONDEÚBA	18.312 habitantes
290900 - CORDEIROS	8.795 habitantes
291040 - ENCRUZILHADA	20.859 habitantes
291995 - MAETINGA GM	5.561 habitantes
292145 - MIRANTE	10.081 habitantes
292470 - PIRIPÁ	12.452 habitantes
292500 - PLANALTO	26.436 habitantes
292510 - POÇÕES	48.655 habitantes
292570 - PRESIDENTE JÂNIO QUADROS GM	13.307 habitantes
292665 - RIBEIRÃO DO LARGO	8.713 habitantes
293180 - TREMEDAL	18.367 habitantes
293330 - VITÓRIA DA CONQUISTA GM + + +	340.199 habitantes

19 Municípios com total de 669.396 habitantes

ANEXO 2 – NOTÍCIA FECHAMENTO HOSPITAL AFRÂNIO PEIXOTO

Hospital Afrânio Peixoto será reformado e os atendimentos passarão para o Hospital Crescêncio Silveira e os CAPS

Sab., 08 de abril de 2017 17:20



Diferente do que circula nas redes sociais e, por vezes, algumas entidades reproduzem de modo equivocado, o Hospital Especializado Afrânio Peixoto (HEAP), em Vitória da Conquista, não será fechado. Um relatório do Conselho Regional de Engenharia e Agronomia da Bahia (Crea-BA) feito a pedido do Ministério Público aponta "a necessidade urgente de serviços de recuperação estrutural em diversos ambientes do hospital". Nesse sentido, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) fará as intervenções necessárias a fim de solucionar o problema, evitando assim que usuário/a/as e servidores se coloquem em situação de risco.

Para que não haja descontinuidade no atendimento psiquiátrico na região, 21 leitos da especialidade serão abertos no Hospital Crescêncio Silveira, um a mais do que os existentes no HEAP. Os serviços municipais, a exemplo dos centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e unidades básicas de saúde, também absorverão algumas demandas.

É importante esclarecer que a Política de Saúde Mental no Brasil, cuja lei é de 2001, promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se deem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que devem ser implantados pelos municípios.

Conforme estabelece a lei 10.216/2001 no seu artigo 4º, a "internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes". Ainda segundo a legislação, os incisos do VIII e IX do artigo 2º apontam que a pessoa portadora de transtorno mental deve, respectivamente, ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, bem como ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Fonte: Ascom Sesab

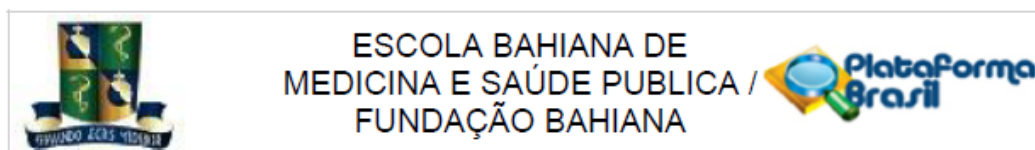
http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=11801:hospital-afranio-peixoto-sera-reformado-e-os-atendimentos-passarao-para-o-hospital-crescencio-silveira-e-os-caps&catid=13:noticias&Itemid=25

ANEXO 3 – Hospitais Psiquiátricos na Bahia

Estabelecimentos	Município	Leitos	SUS	Leitos Ocupados até 2015
Hospital Especializado Mário Leal	Salvador	30	30	0
Hospital Juliano Moreira	Salvador	178	178	45
Sanatório São Paulo	Salvador	100	40	0
Hospital Especializado Lopes rodrigues	Feira de Santana	284	284	200
Casa de Saúde São Judas Tadeu	Itabuna	75	75	03
Sanatório Nossa Senhora de Fátima	Juazeiro	75	75	04
Hospital Especializado Afrânio Peixoto	Vitória da Conquista	50	50	03
Total		893	811	255

Fonte: Sesab/2017. Acesso em 15/01/2017.

ANEXO 4 - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NOS CONSELHOS E NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Pesquisador: Marilda Castelar

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33098814.0.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.317.532

Apresentação do Projeto:

A pesquisa foi aprovada por este Comitê pelo parecer 804.222 e relatoria de 24/09/2014. O Pesquisador Responsável informa que considerando o tempo transcorrido foi elaborado um relatório para informar o andamento da pesquisa no período setembro de 2014 a setembro/2015. E para informar mudanças na equipe e a necessidade de aperfeiçoamentos nos objetivos específicos, e no cronograma, solicitamos portanto uma ementa dos mesmos. Considerando que a presente pesquisa enquadra-se no campo das ciências humanas, usa métodos qualitativos e por ser do tipo exploratória poderá no curso de seu processo aperfeiçoar ou modificar seus objetivos

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário do Protocolo Original (Primeira versão)

1. Mapear a presença e a atuação dos profissionais de saúde e de militantes de movimentos sociais nos Conselhos de Direitos e nas políticas públicas no Estado da Bahia.

Proposta de nova redação dos Objetivos Específicos:

a) Descrever as condições de atuação dos Conselhos Municipais de Saúde da Bahia e suas

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

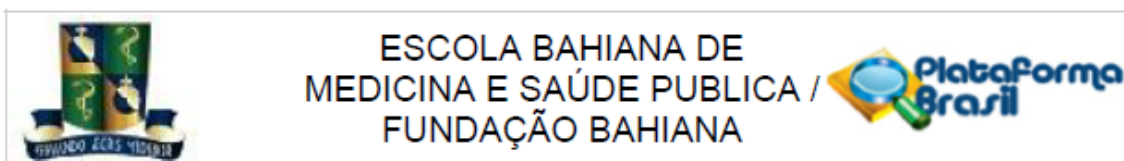
UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.290-000

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.317.532

implicações na Política de Saúde Bucal.

- b) Levantar, descrever e analisar as concepções sobre relações raciais de profissionais de saúde que participam de Conselhos de Saúde e de Igualdade Racial Estadual e Municipal existentes em Salvador, no Estado da Bahia.
- c) Identificar as principais práticas inovadoras vinculadas aos profissionais de psicologia para elaboração de políticas públicas e no enfrentamento do racismo institucional em Salvador.
- d) Conhecer os desafios relacionados à atenção psicológica a surdos que utilizam a LIBRAS como meio de comunicação, verificando a possibilidade de desenvolver formas de atendimento e acessibilidade que atendam as demandas da Comunidade Surda que utiliza a LIBRAS.
- e) Identificar concepções de psicólogas brancas sobre o racismo.
- f) Conhecer a perspectiva dos psicólogos sobre as políticas públicas para crianças e adolescentes voltadas para as medidas sócio educativas.
- g) Identificar as concepções de profissionais de Psicologia sobre as políticas públicas voltadas para a atenção a adolescentes em situação de abortamento nos serviços públicos terciários de Salvador, com vistas à criação de tecnologias leve.
- h) Compreender as práticas do psicólogo no acompanhamento às gestantes na atenção primária.
- i) Mapear a presença de psicólogos que atuam nos conselhos de saúde e nas políticas de saúde na Região Sudoeste da Bahia, bem como analisar a atuação desses profissionais nestas áreas.
- j) Analisar a efetivação das diretrizes: Acolhimento e Clínica Ampliada, da Política Nacional de Humanização (PNH), no atendimento psicológico aos usuários do SUS, em unidades de saúde de Salvador Bahia.
- k) Registrar a história de vida de profissionais de saúde e de militantes na efetivação das políticas públicas voltadas para a população negra e no combate ao racismo institucional.
- l) Construir um banco de dados sobre os conselhos de direitos, políticas públicas e histórias de vida de profissionais e de militantes de movimentos sociais da Bahia

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O Pesquisador Responsável mantém os riscos e benefícios do projeto original.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

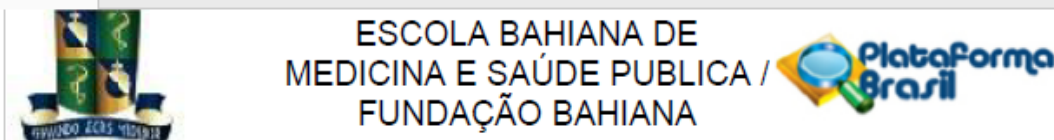
CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3278-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.317.532

Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Esta pesquisa envolve um risco mínimo que se baseia na possibilidade de constrangimento ao responder alguma questão. Caso isso ocorra, estes participantes poderão optar por não responder qualquer questão online, ou mesmo de não participar da pesquisa. As pesquisadoras farão o possível para minimizar qualquer tipo de situação, as entrevistas serão realizadas em local silencioso, que garantam o sigilo e confidencialidade do entrevistado, também se comprometem em manter sigilo sobre os conteúdos e possíveis ocorrências.

Benefícios:

Os Benefícios diretos aos participantes estão relacionados, à maior compreensão dos processos participativos, das demandas dos movimentos sociais que devem possibilitar mudanças em concepções e práticas dos profissionais de saúde no atendimento à população, que poderá ser beneficiada com um maior controle social dos bens públicos e no sistema de saúde. Impacto na Formação: esta pesquisa pretende contribuir com a formação de recursos humanos, a partir da reflexão acerca dos problemas de escolarização em uma perspectiva crítica no processo de formação de professores e profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador Responsável anexou o relatório parcial da pesquisa informando o andamento da pesquisa no período de um ano.

Anexou a Emenda 3 informando mudanças na equipe e a necessidade de aperfeiçoamentos nos objetivos específicos, e no cronograma.

O cronograma original foi programado para o final da pesquisa em 01/03/2016 01/07/2016. O atual apresenta um prazo para o término da pesquisa em 2017.

Não contempla no cronograma o prazo de envio do relatório parcial e final ao CEP-EBMSP, e além disso não distingue

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

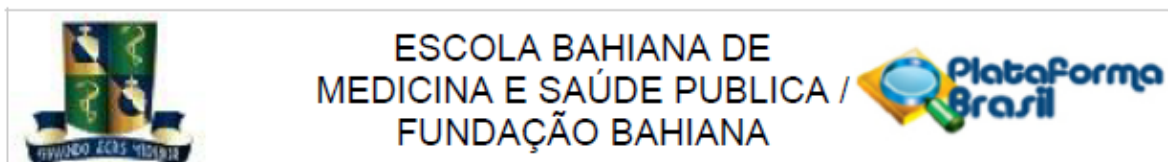
CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.317.532

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores postaram os documentos correspondentes a emenda em consonância com a Resolução 466/12.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise da emenda e do protocolo de pesquisa original, a emenda foi aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e

h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Instrumento.pdf	11/11/2015 09:36:06	CRISTIANE MARIA CARVALHO COSTA DIAS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_604058 E1.pdf	14/10/2015 15:29:15		Aceito
Outros	Anexo_5_TCLE_Questionario_Online_0 1_10_15.pdf	14/10/2015 14:43:58	Marilda Castelar	Aceito
Outros	Relatorio_Parcial_CEP_01_10_2015.pdf	06/10/2015 16:40:21	Marilda Castelar	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



ESCOLA BAHIANA DE
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA /
FUNDAÇÃO BAHIANA



Continuação do Parecer: 1.317.532

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Marilda_Castelar_01_10_2015.pdf	06/10/2015 16:38:00	Marilda Castelar	Aceito
Cronograma	Apendice_1_Cronograma_01_10_15.pdf	06/10/2015 16:34:34	Marilda Castelar	Aceito
Declaração de Pesquisadores	APENDICE 1 Cronograma Projeto Marilda Castelar 2014-2016.pdf	31/08/2014 22:44:05		Aceito
Declaração de Pesquisadores	APENDICE 2 Orçamento Detalhado CEP Marilda Castelar.pdf	31/08/2014 22:41:40		Aceito
Declaração de Pesquisadores	APENDICE 3 Roterio Geral e específicos de Entrevistas 30.08.2014.pdf	31/08/2014 22:39:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO 5 Autorização de Uso de Imagem, Som 30.08.2014.pdf	31/08/2014 22:37:57		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta de Anuência Hospital Juliano Moreira.jpg	31/08/2014 22:28:46		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta de Anuência HGRS.jpg	31/08/2014 22:28:09		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta de Anuência CRPBA -OF. 319.jpg	31/08/2014 22:27:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto CEP Marilda Castelar revisado 30.08.2014.pdf	31/08/2014 22:26:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Psicólogas SSA 30.08.2014.pdf	31/08/2014 22:25:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - Conselheiros 30.08.2014.pdf	31/08/2014 22:24:35		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto Assinada PósGrad.jpg	20/06/2014 16:15:20		Aceito
Outros	Instrumento Validado coleta de dados etapa 1.pdf	20/06/2014 16:06:35		Aceito
Outros	QUESTIONARIO - Primeira Etapa.pdf	20/06/2014 16:05:01		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta Anuência Conselho de Saúde.jpg	20/06/2014 16:02:44		Aceito
Outros	Autorização da Autora para uso de instrumento validado.pdf	20/06/2014 16:02:06		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3278-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



ESCOLA BAHIANA DE
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA /
FUNDAÇÃO BAHIANA



Continuação do Parecer: 1.317.532

Não

SALVADOR, 11 de Novembro de 2015

Cristiane Dias

Assinado por:
CRISTIANE MARIA CARVALHO COSTA DIAS
(Coordenador)

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
BAHIANA

Cristiane Maria Carvalho Costa Dias
Vice-Presidente do CEP
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br

Brotas