



CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 4ª REGIÃO – CRP 04

**CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS - CREPOP**

ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Relatório Resumido

Equipe responsável

Leiliana Sousa

Cecília Hamacek

Géssica Claudino

Deborah David

Minas Gerais

Setembro de 2021

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 4ª REGIÃO – CRP 04

PLENÁRIO

Diretoria

Conselheira Presidenta - Lourdes Aparecida Machado

Conselheira Vice-Presidenta - Suellen Ananda Fraga

Conselheira Tesoureira - Evely Najjar Capdeville

Conselheiro Secretário - Reinaldo da Silva Júnior

Conselheiras/os

Anderson Nazareno Matos

Bruna Rocha Diniz de Almeida

Camila Bahia Leite

Carolina de Siqueira Coutinho

Cláudia Aline Carvalho Espósito

Cristiane S. de Souza Nogueira

Elza Maria Gonçalves Lobosque

Fabício Júnio Rocha Ribeiro

Jéssica G. de Souza Isabel

João Henrique Borges Bento

Larissa Amorim Borges

Liliane Cristina Martins

Luís Henrique de Souza Cunha

Luiz Felipe Viana Cardoso

Marleide Marques de Castro

Paula Lins Khoury

Renata F. Jardim de Miranda

Rita de Cássia de A. Almeida

Rodrigo Padrini Monteiro

Ted Nobre Evangelista

Thiago Ribeiro de Freitas

Walter Melo Júnior

Yghor Queiroz Gomes

**CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS
PÚBLICAS – CREPOP/ CRP-MG**

EQUIPE

Conselheiro de Referência

Luiz Felipe Viana Cardoso

Gerente Técnica

Flávia Santana

Psicólogas Referências Técnicas

Leiliana Sousa

Luciana Franco

Estagiárias(os)

Luiz Estevão Moreira Paiva

Rafaela Zeferino

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
MARCOS LÓGICOS E LEGAIS ESTADUAIS	8
MAPEAMENTO	10
GRUPOS DE DISCUSSÃO	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 1990, o Brasil deu início a uma progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de cuidados territorializada e ampla, que buscava atender as pessoas com sofrimento mental considerando a diversidade de suas necessidades. A Portaria MS nº 3.088 de 2011, veio consolidar a implantação dessa rede – instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – e concretizar a política de saúde mental e os princípios da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, esta portaria teve como diretrizes: o respeito aos direitos humanos, o combate a estigmas e preconceitos, o cuidado integral e em liberdade, a diversificação das estratégias de cuidado, a utilização de estratégias de redução de danos, a promoção da autonomia de usuáries/os, a participação e o controle social dos usuários e familiares, a educação permanente e o projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2011).

Mesmo reconhecendo que ainda é necessário ampliar a cobertura dos serviços substitutivos, podemos afirmar que todo este processo de intensa transformação na lógica de atenção à saúde mental permitiu ao Brasil construir uma política pública qualificada e reconhecida internacionalmente. No entanto, nos últimos anos, a política de saúde mental vem sofrendo ataques e significativos retrocessos que se coadunam à lógica instaurada atualmente no governo brasileiro de estado mínimo e de desmonte das políticas sociais existentes. Cabe ressaltar, particularmente, a promulgação da Portaria MS nº 3588, de 2017,

[...] que apresenta alterações significativas na RAPS, direcionando a Política de Saúde Mental no sentido de um enfraquecimento dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e da rede de base territorial, fomentando a implantação de dispositivos de lógica manicomial e restritivos de autonomia e liberdade. (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, [2018]).

Dentre as alterações propostas por esta portaria estão a inclusão na RAPS de Hospitais Psiquiátricos, Unidades Ambulatoriais Especializadas, Hospital-Dia e o CAPSad IV. Todos estes serviços desconsideram tanto a autonomia do usuário em seu cuidado quanto seu direito a amplo acesso aos serviços de saúde, descaracterizando a RAPS como rede articulada e viva e construída a partir de uma diversidade de saberes.

A proposta de realização deste estudo surge justamente a partir da identificação pelo Sistema Conselhos de Psicologia da ameaça desses retrocessos a esta política tão cara à profissão. Lembrando que o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e os Conselhos Regionais

de Psicologia (CRP) foram importantes atores da Luta Antimanicomial. Assim, essa temática surgiu como uma proposta do 9º Congresso Nacional da Psicologia (9º CNP), em 2016, e foi aprovada pela Assembleia de Políticas, Administração e Finanças do Sistema Conselhos de Psicologia (Apaf), em 2017, como um ciclo de pesquisa a ser realizado pela Rede Crepop.

Como o Sistema Conselhos de Psicologia posiciona-se contrário aos novos arranjos propostos para a política de saúde mental, para esta pesquisa tomou-se como referência as definições da Portaria MS nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011). Assim, foram considerados os seguintes pontos de atenção:

- **Atenção Psicossocial Estratégica**
 - CAPS I
 - CAPS II
 - CAPS III
 - CAPSad
 - CAPSad III
 - CAPSi
- **Atenção Residencial de Caráter Transitório**
 - Unidade de Acolhimento (adulto e infantojuvenil)
 - Serviço de Atenção em Regime Residencial
- **Atenção Básica**
 - Unidade Básica de Saúde (UBS)
 - Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf)¹
 - Equipe de Consultório na Rua (eCR)
 - Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
 - Centros de Convivência e Cultura
- **Atenção de Urgência e Emergência**
 - SAMU
 - Sala de Estabilização
 - UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro

¹ Em 2017, o Nasf passou a ser nomeado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). No entanto, optamos por manter a utilização da denominação anterior, conforme consta na Portaria MS nº 3.088/2011, por esta ser mais disseminada.

- **Atenção Hospitalar**

- Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- Hospital-Dia

- **Estratégia de Desinstitucionalização**

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)
- Programa de Volta para Casa (PVC)

- **Estratégias de Reabilitação Psicossocial**

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Em Minas Gerais, foram mapeadas as RAPS de 34 municípios, fazendo parte deste universo os municípios do estado com maior número de habitantes e/ou que notoriamente têm esta rede melhor estruturada. Sendo estes: Araguari, Araxá, Barbacena, Belo Horizonte, Betim, Conselheiro Lafaiete, Contagem, Coronel Fabriciano, Divinópolis, Governador Valadares, Ibitiré, Ipatinga, Itabira, Ituiutaba, Juiz de Fora, Lavras, Montes Claros, Muriaé, Nova Lima, Passos, Patos de Minas, Perdões, Poços de Caldas, Pouso Alegre, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Ubá, Uberaba, Uberlândia, Varginha e Vespasiano. Este levantamento de campo se estendeu entre os meses de outubro de 2018 a maio de 2019.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a abril de 2019, compreendendo a realização de cinco grupos de discussão. Cada grupo de discussão contou com representantes de diferentes pontos da RAPS de um mesmo município.

2 MARCOS LÓGICOS E LEGAIS ESTADUAIS

Minas Gerais foi o primeiro estado brasileiro a instituir a RAPS com a promulgação da Resolução Estadual nº 3206, de 04 de abril de 2012. No entanto, seu protagonismo com relação à atenção a pessoas com sofrimento mental é anterior. A Reforma Psiquiátrica tem, no estado, dois importantes marcos legislativos: as leis estaduais nº 11.802, de 1995, e nº 12.684, de 1997. Estas leis, anteriores à Lei nº 10.216, de 2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, “preconizam a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços e de cuidados pautados pelo respeito à dignidade e à liberdade dos portadores de sofrimento mental” (MINAS GERAIS, 2006).

Contudo, em 2006, na contramão da Reforma Psiquiátrica, foi criado pelo Governo do Estado de Minas Gerais o Programa Social Rede Complementar de Suporte Social ao Dependente Químico, que tinha como um dos seus objetivos “estabelecer uma rede de cooperação com entidades e grupos da sociedade civil que desenvolvam projetos na área de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool e outras drogas, objetivando integrar ações no Estado de Minas Gerais” (MINAS GERAIS, 2005, p.2), mas que, efetivamente, apenas cadastrava comunidades terapêuticas para o repasse de recursos. Em 2011, este programa ganhou fôlego com a criação do Cartão Aliança Pela Vida. Por meio deste cartão, as famílias de usuários de drogas têm acesso a auxílio financeiro, em caráter temporário, para custear despesas com a internação voluntária destes.

Desta forma, durante alguns anos, a atuação do Estado no âmbito da saúde mental esteve fragmentada em duas vertentes – a RAPS e o Programa Social Rede Complementar de Suporte Social ao Dependente Químico/ Aliança Pela Vida –, distanciando-se

dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, priorizando investimentos e ações na lógica privatista de atenção [...]. O investimento financeiro prioritário estava no Programa Aliança pela Vida, em detrimento do fortalecimento e ampliação da RAPS. A implantação deste programa ocorreu sem o envolvimento das regionais de saúde e sem qualquer regulação assistencial, configurando desrespeito ao princípio da moralidade na relação entre os gestores e prestadores, em especial com os proprietários de comunidades terapêuticas. (MINAS GERAIS, 2016, p.3-4).

No entanto, a promulgação da Política Estadual de Saúde Mental, em 2016, veio alterar um pouco este cenário, trazendo entre suas linhas de ação prioritárias o monitoramento do Programa Aliança Pela Vida e a integração das ações de saúde mental no estado.

3 MAPEAMENTO

Os principais recursos utilizados para a condução da etapa de mapeamento foram pesquisas *on-line*, leituras de artigos, documentos oficiais e notícias, envio de ofícios e *e-mails* e realização de ligações telefônicas a órgãos, estabelecimentos e profissionais relacionadas/os à RAPS. Destacaram-se, ainda, o uso de ferramentas como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC). Os contatos realizados, os dados coletados e as informações obtidas foram armazenados e sistematizados em planilhas no *Excel* e em documentos no *Word*.

Cabe ressaltar a especificidade deste levantamento de campo se comparado aos realizados em outras pesquisas do Crepop. O termo rede contém em si a ideia de fluxo e circulação, portanto, o mapeamento da RAPS nestes municípios abrangeu, além da identificação de seus componentes e de psicólogas/os inseridas/os, o entendimento de como acontecia a articulação desta rede.

Desta forma, tendo como prévia as informações levantadas no CNES e nos sites das prefeituras, partimos para o contato com os municípios selecionados. Cabe destacar que a equipe do Crepop buscava, primeiramente, o órgão de gestão diretamente responsável pela RAPS – geralmente, coordenação ou diretoria de Saúde Mental. No entanto, em oito municípios – Araxá, Conselheiro Lafaiete, Ibirité, Itabira, Ituiutaba, Sabará, Santa Luzia e Sete Lagoas – não havia tal órgão gestor que respondesse por essa rede. Assim, acessávamos diretamente o gabinete do secretário de saúde e/ou os órgãos responsáveis por cada nível de atenção. Em quadros como esse, usualmente, foi necessária a realização de inúmeros contatos com diversos setores para ter um panorama completo da RAPS local. Em alguns casos, para elucidar algumas informações e entender melhor o funcionamento da rede e a articulação entre seus componentes, optamos por contatar diretamente os serviços.

Os contatos eram iniciados preferencialmente por telefonema. No entanto, também utilizamos como alternativa, quando não obtínhamos sucesso com o contato telefônico ou para dar seguimento a uma conversa já iniciada, e-mail, *Whatsapp* e ofício², conforme

² A experiência com mapeamentos anteriores nos mostrou que a utilização de ofícios burocratiza o contato desnecessariamente, já que solicitamos informações que devem ser de domínio público, e é pouco efetiva. Assim, o envio de ofício aconteceu apenas quando solicitado pelo órgão contatado. Esta solicitação é, usualmente, justificada pela necessidade de formalização do pedido de informação. No entanto, parece que se

indicação da pessoa contatada. No total foram realizadas 1220 tentativas de contatos, dos quais 632 foram atendidos (telefonemas) ou respondidos (e-mails ou mensagens de *Whatsapp*). A Tabela 1 apresenta esses números conforme o meio utilizado para contato.

Tabela 1 – Contatos realizados RAPS

Meio	Tentativas	Atendidos/ Respondidos	Porcentagem de resposta
Telefone	1049	515	49%
E-mail	155	107	69%
<i>WhatsApp</i>	12	10	83%
Ofício	4	0	0%
Total	1220	632	52%

Foram localizados, no total, 1779 estabelecimentos e 1135 psicólogas/os atuando na RAPS dos municípios mapeados. Ressaltamos que há profissionais que atuam em mais de um serviço/equipamento, logo, este número não corresponde à quantidade exata de psicólogas/os, e sim a inserção em relação a cada serviço. Além do mais, a equipe enfrentou acentuada resistência do município de Uberlândia – tanto de gestores quanto de trabalhadores – ao repasse das informações solicitadas, de modo que foi possível levantar apenas os componentes da RAPS existentes neste município registrados no CNES. Assim, não conseguimos contabilizar as/os psicólogas/os inseridas/os na rede³ ou compreender como tem acontecido o funcionamento e a articulação desta.

Quanto aos serviços relacionados à Atenção Psicossocial Estratégica, foram encontrados 107 CAPS, de todas as modalidades, e 402 psicólogas/os atuantes. O Quadro 1 apresenta, detalhadamente, os números respectivos a cada modalidade do serviço.

trata de uma estratégia para não fornecer a informação sem negar diretamente o pedido. Corrobora com esse entendimento o fato de que nenhum dos ofícios enviados foi respondido.

³ Apesar do CNES fornecer informações sobre as/os profissionais inseridas nos estabelecimentos cadastrados, decidimos não as considerar no mapeamento, pois avaliamos que o número de psicólogas/os que constava para os estabelecimentos de Uberlândia estava muito acima dos demais municípios e do estabelecido em normativas do Ministério da Saúde (MS) para a composição de equipes.

Quadro 1: Atenção Psicossocial Estratégica

Componentes	Nº de serviços	Nº de psicólogas/os
CAPS I	2	7
CAPS II	30	111
CAPS III	18	81
CAPSad II	17	53
CAPSad III	15	62
CAPSi	25	88
Total	107	402

Todos os municípios mapeados possuem pelo menos um CAPS. Destes, 11 não têm CAPSi⁴, cinco não têm CAPSad⁵ e dois não possuem CAPSad e CAPSi⁶. Em geral, os relatos colhidos nos contatos realizados no mapeamento apontaram que os CAPS constituem uma estratégia basilar na RAPS destes municípios, onde se oferecem, para além dos atendimentos individuais, grupais e familiares, possibilidades de reinserção e reorganização socioeconômica e comunitária por meio de oficinas, cursos, assembleias de usuários/as e familiares e outros recursos.

Quanto aos estabelecimentos inseridos na Atenção Residencial de Caráter Transitório, como ilustra o Quadro 2, foram encontradas apenas cinco UAA, localizadas nos municípios de Belo Horizonte, Montes Claros, Muriaé e Sete Lagoas, com três psicólogas/os atuantes; e três UAI, em Belo Horizonte, Montes Claros e Uberlândia, com uma psicóloga.

Quadro 2: Atenção Residencial de Caráter Transitório

Componentes	Nº de serviços	Nº de psicólogas/os
UAA	5	3
UAI	3	1
Total	8	4

Importante dizer que foram contabilizadas apenas as/os psicólogas que atuam como referência técnica dentro das unidades de acolhimento. No entanto, cabe destacar que estas

⁴ Araguari, Divinópolis, Ituiutaba, Lavras, Muriaé, Passos, Patos de Minas, Perdões, Poços de Caldas, Pouso Alegre e Ubá.

⁵ Ipatinga, Ituiutaba, Perdões, Sabará e Santa Luzia.

⁶ Ituiutaba e Perdões.

unidades devem estar diretamente articuladas com o CAPSad ou CAPSi de seus respectivos territórios, já que estes equipamentos da atenção estratégica se responsabilizam pela elaboração e acompanhamento do projeto terapêutico singular.

Outra questão que merece ser destacada é que a UAI localizada em Poços de Caldas é administrada por uma Organização Social. As demais estão sob o gerenciamento das prefeituras.

Na Atenção Básica à Saúde, foram mapeados um total de 1314 estabelecimentos, serviços ou equipes – a grande maioria UBS – e de 516 psicólogas/os, conforme detalhado no Quadro 3.

Quadro 3: Atenção Básica

Componentes	Nº de estabelecimentos/ serviços/ equipes	Nº de psicólogas/os
UBS	1055	233
Nasf	174	216
Outras equipes	53	51
eCR	16	9
Centro de convivência	17	7
Total	1315	516

Observamos que, em alguns casos, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) pode não estar presente em todo o território municipal. Isso acontece em Lavras – das 17 UBS, quatro não fazem parte da ESF – e em Ribeirão das Neves – das 60 UBS, cinco não são da ESF. Neste último município, cabe destacar, essas cinco unidades são chamadas de Unidades Básicas de Referência (UBR).

Sobre o Nasf, há questões importantes a ressaltar. Seis municípios não possuem o núcleo: Araxá, Divinópolis, Juiz de Fora, Perdões, Uberlândia e Vespasiano. Dos 28 municípios que possuem Nasf, em quatro deles – Coronel Fabriciano, Lavras, Nova Lima e Ribeirão das Neves – não há psicóloga/o na equipe. Em Ribeirão das Neves, não há psicóloga/o atuando na ABS e, ainda, os Nasf não são considerados pela gestão como componentes da RAPS⁷.

⁷ Apesar do posicionamento da gestão municipal, considerando que este serviço está listado na Portaria MS nº 3.088/2011 como um componente da RAPS, incluímos os dois Nasfs existentes em Ribeirão das Neves no mapeamento.

Além das equipes descritas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foram encontradas:

- Em Belo Horizonte, Equipes Complementares de Saúde Mental. Estas equipes estão presentes nas nove regionais do município e foram pensadas para complementar o cuidado da criança e adolescente em sofrimento mental que apresentem sintomas compatíveis com o Transtorno do Espectro do Autismo. As equipes não contam com psicólogas/os, sendo compostas por psiquiatras da infância e da adolescência, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.
- Em Betim, Equipe Intermediária de Saúde Mental. Encarregada de garantir o vínculo de usuários com quadro severo ao território, esta equipe é composta por 20 psicólogas/os, sendo oito delas/deles responsáveis especificamente pelo atendimento a crianças. Estas profissionais cobrem quase todo o município, ficando de fora apenas uma das 15 regiões de saúde do município. O atendimento é feito nas UBS e pode ser em formato de psicoterapia individual de longa duração.
- Em Ibirité, Equipes de Matriciamento. São quatro equipes multiprofissionais, cada uma delas com uma/um psicóloga/o, que circulam nas UBS. Apesar do nome, o trabalho desenvolvido por estas equipes se distancia do significado real de matriciamento, já que apenas atende casos intermediários de saúde mental – que não seriam da ABS ou da Atenção Psicossocial Estratégica.
- Em Montes Claros, Polos de Matriciamento. Nestes polos atuam profissionais específicos de cada polo – psicólogas/os, psiquiatras, médicos da saúde mental (não psiquiatras) – em parceria com profissionais de CAPS – assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros – para prestar apoio teórico-prático à ABS no atendimento a usuários da saúde mental.

Quanto à atenção de urgência e emergência, foram encontrados 83 estabelecimentos/serviços e 17 psicólogas/os, como pode ser observado no Quadro 4.

Quadro 4: Urgência e Emergência

Componentes	Nº de estabelecimentos/ serviços	Nº de psicólogas/os
UPA 24h	42	13
Pronto Socorro	11	4
Serviço de urgência psiquiátrica	1	0
Ambulatório	1	0
SAMU ⁸	28	0
Total	83	17

Dentre estes estabelecimentos e serviços destacamos:

- A UPA São Benedito, em Uberaba, que é qualificada para o atendimento de urgências em saúde mental, possuindo para isso duas enfermarias exclusivas, mas sem psicólogas/os em sua equipe.
- Os Prontos Socorros existentes em 11 municípios: Barbacena, Conselheiro Lafaiete, Coronel Fabriciano, Governador Valadares, Itabira, Ituiutaba, Montes Claros, Nova Lima, Poços de Caldas, Pouso Alegre e Santa Luzia. Estes têm funcionamento similar às UPAs, mas sem habilitação para tal.
- O ambulatório existente em Divinópolis, que se responsabiliza pelo atendimento de casos de urgências e emergências psiquiátricas de todo o município e possui uma equipe composta por enfermeiros e psiquiatras. Seu funcionamento é de segunda a sexta, de 7 às 19h. À noite e fim de semana, os casos são atendidos na UPA, que não é considerada parte da rede e atende casos de saúde mental exclusivamente nessas ocasiões.
- O Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), em Belo Horizonte, tem foco na urgência psiquiátrica intensiva e funcionamento exclusivamente noturno. Não recebe demandas espontâneas. Os usuários são encaminhados pelo SAMU, Corpo de Bombeiros, hospitais da rede privada e das unidades de atendimento público, como as UPAs e os CAPS. Não há psicólogas/os neste serviço. Em cada plantão, o SUP conta com dois médicos psiquiatras, dois enfermeiros e quatro auxiliares de enfermagem. São sete leitos, mas em noites de grande demanda consegue-se atender até 11 pessoas.

⁸ Para esta contagem, estamos considerando o número de municípios contemplados pelo serviço.

Gestores e/ou profissionais de cinco municípios – Araguari, Divinópolis, Poços de Caldas, Ubá e Vespasiano – queixaram-se da frágil articulação dos serviços de urgência e emergência com os demais componentes da RAPS. Inclusive, em Divinópolis e Vespasiano, apesar da existência de UPA no município, esta não é considerada como parte desta rede. Outra questão que merece destaque é o fato de que nos municípios de Ibitité, Patos de Minas, Perdões e Sabará⁹ a Polícia Militar é a responsável por fazer a contenção, manejo e transporte dos/as usuários/as em situação de crise ou surto.

Na Atenção Hospitalar, foram identificados: 26 serviços hospitalares, 45 psicólogas/os, 170 leitos de saúde mental e 18 leitos de retaguarda. O Quadro 5 apresenta estes dados de forma mais detalhada.

Quadro 5: Atenção Hospitalar

Componentes	Nº de serviços	Nº de psicólogas/os	Nº de leitos de saúde mental	Nº de leitos de retaguarda
SHR	13	22	122	-
Hospital Geral	12	23	21	18
Hospital-dia	1	0	27	-
Total	26	45	170	18

Os SHRs foram localizados em 12 municípios – Araguari, Barbacena, Belo Horizonte, Contagem, Governador Valadares¹⁰, Ipatinga, Juiz de Fora, Montes Claros¹¹, Poços de Caldas, Uberaba, Uberlândia e Varginha. Sobre as psicólogas que trabalham nestes serviços, cabe dizer que a atuação destas pode estar voltada parcial ou integralmente ao acompanhamento de usuários destinados a tais leitos, já que não foi possível fazer essa distinção no mapeamento.

Ainda, foram localizados em Araxá, Conselheiro Lafaiete, Ibitité, Itabira, Juiz de Fora, Muriaé, Perdões, Pouso Alegre e Ubá¹² um total de 12 Hospitais Gerais não-habilitados como SRH, mas que ainda assim atendem a usuários/as da saúde mental¹³. Cinco destes hospitais

⁹ Perdões e Sabará não possuem SAMU; mas Ibitité e Patos de Minas possuem este serviço.

¹⁰ Apesar da existência de um SHR no município, a gestão percebe como um dos principais desafios vivenciados pela RAPS de Governador Valadares a dificuldade para internação de pessoas com sofrimento mental neste serviço, especialmente quadros de agitação – o que por vezes é necessário já que a cidade não possui CAPS que realize acolhimento noturno.

¹¹ Montes Claros foi o único município em que localizamos dois SHR.

¹² A maioria dos municípios citados possui um destes hospitais gerais que atendem a usuários da saúde mental; apenas Araxá, Juiz de Fora e Ubá possuem dois.

¹³ Uma vez que não foi possível verificar se estes hospitais gerais possuem enfermarias especializadas, optamos

gerais – localizados em Juiz de Fora, Muriaé, Pouso Alegre e Ubá¹⁴ – também recebem demanda espontânea por meio do pronto atendimento. Nestes, há 15 leitos de saúde mental e 7 leitos de retaguarda (todos não-habilitados) e 15 psicólogas/os.

Sobre os municípios mapeados que não possuem leito de saúde mental em hospitais, cabe destacar como esta questão tem sido tratada especificamente em Betim. O não cadastramento desses leitos foi uma opção da gestão municipal da RAPS. Desta forma, sempre que necessário, o acesso à internação hospitalar é garantido e articulado pelo técnico de referência do caso, mas acontece como o de qualquer outro cidadão, sem a demarcação de leitos específicos. O objetivo é não estigmatizar o usuário com sofrimento mental e evitar o risco de manicomialização.

As estratégias de desinstitucionalização reúnem os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa (PVC). Quanto aos SRT, foram localizadas 114 residências onde 26 psicólogas/os atuam como supervisoras/es ou referências técnicas. A distribuição dos SRT nos municípios mapeados está ilustrada no Quadro 6.

Quadro 6: Serviços Residenciais Terapêuticos

Município	Nº de serviços	Nº de psicólogas/os
Barbacena	29	4
Belo Horizonte	33	13
Betim	3	1
Conselheiro Lafaiete	3	0
Contagem	2	2
Divinópolis	1	0
Ibirité	1	1
Juiz de Fora	27	1
Lavras	2	0
Montes Claros	1	0
Passos	2	0
Santa Luzia	2	1
Ubá	1	0
Uberaba	6	3
Vespasiano	1	0
Total	114	26

por não os classificar como SHR.

¹⁴ Em Ubá são dois hospitais gerais que possuem pronto atendimento.

Por vezes, os SRT são diretamente geridos pela prefeitura, mas em Barbacena, Belo Horizonte e Juiz de Fora – municípios que concentram 78% das residências terapêuticas do estado – são administrados por Organizações Não Governamentais; e, em Uberaba, uma das residências é gerida por um hospital psiquiátrico ligado a uma instituição filantrópica.

O PVC estava presente em 15 dos municípios mapeados, com um total informado de 555 beneficiários¹⁵, grande parcela destes são moradores de SRT. Nestes municípios, foram identificadas/os três psicólogas/os atuando como referência técnica do Programa¹⁶. O Quadro 7 organiza estas informações.

Quadro 7: Programa de Volta Pra Casa

Município	Nº de beneficiários (PVC)	Nº total de psicólogas/os
Barbacena	181	1
Belo Horizonte	240	0
Betim	2	0
Conselheiro Lafaiete	4	0
Contagem	8	0
Divinópolis	6	0
Ibirité	2	0
Itabira	1	0
Juiz De Fora	106	1
Lavras	2	1
Pouso Alegre	1	0
Ribeirão Das Neves	Sem informação	0
Ubá	Sem informação	0
Uberlândia	1	Sem informação
Varginha	1	0
Total	555	3

Sobre as estratégias de Reabilitação Psicossocial, foram localizadas 12 iniciativas em oito municípios, conforme ilustra o Quadro 8.

¹⁵ Sabemos que em Ribeirão das Neves e Ubá há beneficiários do PVC, mas não foi possível apurar a quantidade.

¹⁶ Em Uberlândia, como dito anteriormente, não conseguimos informações dos gestores a respeito da RAPS e, por isso, não foi possível saber sobre a presença de psicólogas/os neste programa.

Quadro 8: Estratégias de Reabilitação Social

Município	Estratégias	Instituição responsável
Belo Horizonte	Diversas	Associação de Usuários
Belo Horizonte	Programa de Empregabilidade	Coordenação de Saúde Mental, Ministério do Trabalho e Senac
Betim	Horta Comunitária	Centro de Convivência
Betim	Oficina Produção de Sabonete	Centro de Convivência
Contagem	Projeto de Inclusão Social	Centro de Convivência e UBS
Divinópolis	Feira Itinerante	Caps
Ipatinga	Cultivo e Venda de Mudas	Caps
Ipatinga	Diversas	Associação de Usuários
Juiz de Fora	Diversas	Associação de Usuários
Juiz de Fora	Programa de Empregabilidade	Prefeitura e Ministério do Trabalho
Lavras	Diversas	Associação de Usuários
Uberaba	Oficinas de Produção	Caps

Como podemos observar, a maioria destas estratégias (8), é ofertada pelo poder público, configurando-se como ações realizadas em equipamentos da RAPS – CAPS, Centro de Convivência e UBS – ou projetos intersetoriais – como é o caso do Programa de Empregabilidade identificado em Belo Horizonte, parceria entre Coordenação de Saúde Mental, Ministério do Trabalho e Senac, e em Juiz de Fora, ação conjunta entre Prefeitura e Ministério do Trabalho¹⁷. Dentre as ações realizadas em equipamentos da RAPS, destacou-se um projeto de inclusão social de Contagem que foi criado por uma psicóloga da rede de saúde mental e está presente em diversas UBS, tendo como ponto de articulação o Centro de Convivência. Sua proposta é promover a autonomia e a inserção social dos/as usuários/as acometidos por transtornos mentais graves por meio de três círculos de ações: ambientais, artístico-culturais e intersetoriais. Nesse sentido, realizam oficinas de artesanato, bazares, atividades artísticas, feiras de hortaliças, entre outros.

¹⁷ Sabemos que o Ministério do Trabalho foi extinto em 2018, com suas ações, no atual governo federal, sendo distribuídas a outros ministérios. Nesta configuração, a área relacionada a empreendimentos solidários – como os programas de empregabilidade – passou a integrar o Ministério da Cidadania. No entanto, neste relatório optamos por utilizar a informação como nos foi fornecida pelos gestores e profissionais dos municípios.

O restante das estratégias se configura como ações de associações compostas por usuários/as, familiares e profissionais da área de saúde mental, que funcionam de modo independente aos serviços da rede. Nestas associações, são ofertadas oficinas, cursos profissionalizantes, eventos, sensibilizações com a comunidade e outras atividades. Há uma peculiaridade quanto à associação existente em Belo Horizonte. Esta conta com o apoio financeiro, técnico e político de uma incubadora de empreendimentos econômicos e solidários ligada à prefeitura.

É importante dizer que não identificamos a presença de psicólogas/os em estratégias de reabilitação psicossocial especificamente. Estas/estes profissionais têm certa inserção apenas em atividades deste escopo realizadas por equipamentos da RAPS por integrarem as equipes multiprofissionais destes locais.

Nos municípios mapeados, foram encontrados componentes da RAPS que não se enquadram em nenhum dos pontos de atenção descritos acima. O Quadro 9 abaixo reúne os dados quantitativos referentes a estes serviços.

Quadro 9: Detalhamento de outras estratégias

Tipo	Nº de serviços	Nº de psicólogas/os
Ambulatório	42	95
Projeto artístico e cultural infantojuvenil	1	0
Total	43	95

Foram encontrados 42 ambulatórios, em 19 municípios¹⁸, considerados pelos gestores e/ou trabalhadores como pontos da RAPS. Estes serviços visam atender sobretudo usuários/as com quadros de saúde mental crônicos e/ou moderados, a partir da oferta de psicoterapia individual e/ou grupal. A maior parte destes municípios, 11 deles, contam com um ambulatório. Ribeirão das Neves (3), Nova Lima (4), Conselheiro Lafaiete (5), Passos (5) e Contagem (8) são os municípios com maior quantidade destes serviços. Conselheiro Lafaiete tem um cenário peculiar, dois ambulatórios são da prefeitura (um adulto e outro infantojuvenil) e três são clínicas particulares conveniadas, com profissionais autônomas/os que recebiam, à época do levantamento, cerca de quatro reais por atendimento.

¹⁸ Araguari, Conselheiro Lafaiete, Contagem, Ibirité, Ituiutaba, Juiz de Fora, Montes Claros, Muriaé, Nova Lima, Passos, Patos de Minas, Poços de Caldas, Pouso Alegre, Ribeirão das Neves, Teófilo Otoni, Ubá, Uberaba e Uberlândia.

Ainda, tivemos conhecimento de um projeto, em Belo Horizonte, voltado para a inserção social de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e/ou pessoal e também usuárias/os dos serviços de saúde mental. Trata-se de uma iniciativa concebida pela Coordenação Municipal de Saúde Mental e uma Organização Não Governamental. As atividades propostas são de cunho artístico e cultural e acontecem em 52 núcleos presentes em todas as regionais do município.

4 GRUPOS DE DISCUSSÃO

Para a pesquisa sobre a RAPS, os grupos foram formados com psicólogas/os desta rede de um determinado município, procurando abarcar seus diferentes componentes. Foram realizados cinco grupos, dois formados por psicólogas/os de municípios da região metropolitana de Belo Horizonte e três de municípios do interior do estado, totalizando quarenta participantes (ver Quadro 10).

Quadro 10 – Número de participantes nos grupos de discussão RAPS

Grupo de discussão	Nº de participantes
G1	7
G2	7
G3	10
G4	7
G5	9
TOTAL	40

Cada grupo originou um relatório específico e, posteriormente, as discussões ocorridas em todos eles foram reunidas neste texto estruturado a partir de quatro tópicos, a saber: 1) A dimensão ético-política que permeia a atuação na RAPS, 2) Noções de rede, 3) A Psicologia e a RAPS e 4) Implicações éticas. Estes tópicos serão apresentados a seguir.

4.1 Dimensão ético-política que permeia a atuação na RAPS

A partir das discussões que ocorreram nos grupos, evidenciou-se que o entendimento das/os participantes acerca da RAPS perpassa a ideia de que a rede se organiza de modo a possibilitar o cuidado adequado das demandas dos usuários, por meio da articulação setorial e intersetorial e de diferentes saberes. As/os psicólogas/os demonstraram, de maneira geral, que a RAPS preza por um atendimento singular e um cuidado integral dos usuários, de modo que os aspectos considerados acerca do sofrimento mental sejam ampliados. Além do mais, busca-se garantir a dignidade e a autonomia dos sujeitos na condução do tratamento e promover a sua circulação pelo território e pelos serviços. Assim, a rede preconiza a

desconstrução da lógica manicomial, realizando um trabalho de criação e resgate de vínculos familiares e comunitários.

Cabe dizer que a compreensão desta rede foi também relatada pelos grupos G2, G3 e G5 em função da história de implantação dos serviços substitutivos nos seus respectivos municípios, abrangendo a luta antimanicomial e a instituição da RAPS em 2011. As/os participantes do G2 e G5 relataram que tais serviços, posteriormente constituidores da RAPS, foram possibilitados pela Lei Estadual nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995. Os governos municipais da época assumiram essa política antes da instituição de uma política nacional, redirecionando recursos, que eram exclusivamente voltados aos hospitais, para a oferta de serviços substitutivos e para a contratação de outras/os profissionais para além da classe médica. Os equipamentos criados e o trabalho das/os profissionais buscavam refletir os norteadores da luta antimanicomial. Além disso, diante do desenvolvimento de uma política nacional de saúde mental e da promulgação da Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a RAPS, algumas/uns participantes do G3 e G5 afirmaram que se ampliaram as possibilidades de cuidado das pessoas com transtornos mentais e sua inserção social, bem como o seu acesso aos demais setores das políticas públicas.

No entanto, como discutido nos grupos G2 e G3, se, por um lado, esse movimento de implantação de serviços substitutivos acompanhou os esforços da luta antimanicomial no Brasil, por outro, houve certa resistência para a reestruturação do modelo de atendimento já existente e para a criação de novas formas de atuação por parte de alguns/umas trabalhadores/as e gestores/as de saúde mental, principalmente aqueles/as profissionais que estavam há mais tempo nos serviços. Relembrando o processo de desinstitucionalização, P6-G3 citou a inexperiência destes/as profissionais para lidar com os novos tipos de serviços e a tentativa de limitar os espaços que as pessoas com demandas relativas à saúde mental poderiam ocupar dentro das políticas públicas, como se estes devessem acessar apenas os serviços específicos de saúde mental. Em contrapartida, os grupos salientaram o papel fundamental das prefeituras municipais para o financiamento dos serviços substitutivos, o esforço da militância em busca de uma mudança cultural e o apoio das comunidades para a reforma psiquiátrica.

Por outro lado, deve-se observar os retrocessos que vem ocorrendo em função do desmonte das políticas de saúde mental, relacionados à Nota Técnica MS nº 11/2019, à Portaria MS nº 3.588/2017 e à Emenda Constitucional nº 95/2016. Estas normativas foram apresentadas pela maioria dos grupos como estruturantes de um cenário que se assemelha àquele anterior às transformações possibilitadas pela Reforma Psiquiátrica.

As/os participantes se posicionaram de forma crítica às mudanças indicadas na Nota Técnica MS nº 11/2019, relatando que elas apontam para a inclusão de instituições manicomiais no rol de componente da RAPS e a redução da autonomia dos usuários em seu tratamento. Algumas/uns psicólogas/os observaram ainda que, após sua publicação, houve um aumento na demanda dos usuários por laudos para dar entrada em Comunidades Terapêuticas. Assim, P8-G3 refletiu que, diante do movimento de contrarreforma, faz-se necessário pautar as articulações com outros serviços não necessariamente naquilo que é previsto por essas normativas, mas no compromisso ético-político da Psicologia para o combate da lógica manicomial.

P6-G4 apontou que a referida Nota Técnica MS nº 11/2019 privilegia a Medicina, sendo um reflexo da Portaria MS nº 3.588/2017. A psicóloga observou que as legislações têm sido feitas pela classe médica, como consequência da exclusão das/os demais profissionais de saúde mental e dos usuários do processo de construção da política. Esse ponto também é entendido como um retrocesso, visto que, para as/os participantes, a descentralização do saber é considerada um fator fundamental para a RAPS. Essas normativas também foram criticadas pela menção aos hospitais psiquiátricos, equiparados aos serviços substitutivos da rede e não como um tipo de serviço a ser tornado obsoleto, o que gerou preocupação nas/nos participantes. Por causa disso, as/os psicólogas/os demonstraram a necessidade de se discutir essas normativas com as/os profissionais dos serviços, a fim de promover uma apropriação da nova conjuntura e evidenciar os retrocessos.

Além do mais, afirmou-se que a Nota Técnica MS nº 11/2019 preconiza a modernização dos hospitais psiquiátricos e faz referência à eletroconvulsoterapia (ECT) como uma alternativa para o tratamento. Diante disso, puderam ser observados diferentes posicionamentos acerca do uso da ECT entre as/os participantes dos grupos G1 e G2, que refletem as divergências existentes entre as/os trabalhadores/as de saúde mental sobre este

recurso. Ao mesmo tempo em que a apreensão com a possibilidade de retorno da lógica manicomial com o uso da ECT foi ressaltada e, por isso, a técnica foi descartada por algumas/uns profissionais, outras/os ponderaram que ela não deve ser deslegitimada, tendo em vista seus possíveis ganhos clínicos, apontando, no entanto, que deve-se sempre questionar seu uso e baseá-lo em critérios rigorosos. Ainda, P5-G1 acrescentou que, mesmo que existam benefícios para os usuários, a alternativa não deve ser utilizada de forma isolada, mas sim incorporada ao projeto terapêutico, como um dispositivo da rede.

P4-G1 problematizou que a discussão em torno do uso da ECT não pode se pautar apenas no discurso antimanicomial, afirmando que este tem sido banalizado ultimamente, o que pode se agravar ao ser utilizado como argumento para a recusa de uma técnica. Nesse sentido, ela sugeriu que a discussão deveria considerar a incoerência nos altos custos da ECT em relação à escassez de recursos financeiros na RAPS. Por sua vez, algumas/uns participantes do G2 relacionaram a relativização do uso da ECT à dificuldade de tratar alguns casos, considerando também a precariedade dos equipamentos da rede para dar conta das demandas que se apresentam.

As/os participantes observaram que o desmonte das políticas de saúde mental se confirmava ainda por estarem ocorrendo certas incongruências relacionadas ao repasse de recursos financeiros para a manutenção e a criação de equipamentos na rede. Algumas psicólogas do G1 discutiram sobre uma proposta da Nota Técnica acerca da criação de ambulatórios destinados a usuários deprimidos e ansiosos. Embora as/os profissionais entendam que a implantação do equipamento seja interessante para o atendimento desses casos, foi questionado como isso seria possível, considerando que o redirecionamento de recursos financeiros, que já são escassos, implicaria no prejuízo de outros serviços. De forma semelhante, algumas/uns participantes do G2 discorreram sobre o financiamento público de Comunidades Terapêuticas, referindo-se às consequências da Portaria MS nº 3.588/2017, e o reflexo que isso tem para os serviços da RAPS.

Assim, as/os participantes afirmaram que, em função das normativas mencionadas, o redirecionamento dos recursos financeiros tem como impacto a precarização das condições dos serviços substitutivos e da Atenção Básica, agravando o sucateamento dos serviços, que já existia anteriormente. A Emenda Constitucional nº 95/2016, que estabeleceu um teto de gastos e, conseqüentemente, diminuiu os investimentos na área da saúde, foi lembrada

pelos/os psicólogas/os do G4. Nesse sentido, P4-G4 questionou: “[...] está tão sucateado que a gente acaba tendo práticas manicomialis, até que ponto a gente consegue ser um serviço de atenção psicossocial no CAPS?”. Diante do cenário apresentado, as/os psicólogas/os concordaram que as mudanças da Política de Saúde Mental deveriam ser substituídas por investimentos nas/os profissionais e nos serviços¹⁹.

Por fim, vale mencionar que, na discussão acerca dos impactos do desmonte das políticas de saúde mental, o grupo G5 destoou dos demais por tecer poucos comentários a respeito, parecendo se esquivar do tema. O que se observou foram relatos que focavam nas mudanças estruturais positivas da rede municipal, que têm sido construídas ao longo dos anos. No ponto de vista de P1-G5, o município vive uma realidade discrepante em relação ao cenário nacional, pois os serviços estão sendo fortalecidos, principalmente com o suporte da gestão local da RAPS e do esforço das/os trabalhadoras/es. Esse fato pode demonstrar que há profissionais atuando na RAPS que não estão envolvidos com a problemática que se apresenta no cenário nacional.

4.2 Noções de rede de atenção

Trataremos aqui da percepção das/os participantes da pesquisa acerca da relação entre cuidado integral e articulação dos serviços e profissionais, apresentando as estratégias encontradas para efetivação do trabalho em rede e os problemas vivenciados.

Em geral, houve o entendimento de que o trabalho em rede na RAPS constitui-se pela interlocução e articulação dos diferentes equipamentos e serviços que a compõem e também que fazem parte de outros setores das políticas públicas, objetivando a garantia do cuidado integral e em liberdade e considerando as características e necessidades de cada caso. Nesse sentido, destacou-se que a circulação dos usuários em dispositivos dentro e fora da RAPS deveria ser determinada por suas demandas e incluir estratégias criadas pelos próprios sujeitos. No G4, especialmente, houve a defesa de que o desenvolvimento da autonomia é essencial para o trabalho em rede, pois esta possibilitaria a inclusão dos usuários na construção do seu tratamento, ou seja, no exercício da participação e protagonismo no próprio cuidado.

¹⁹ A discussão acerca dos impactos da escassez de recursos na RAPS se estende no eixo “Noções de rede de atenção”.

Evidenciou-se a necessidade de diálogo contínuo na rede de serviços para o melhor andamento dos casos, enumerando uma série de estratégias utilizadas para a articulação desta, que visam o contato permanente com as famílias e entre os serviços da RAPS e demais dispositivos. As ações são pautadas pela busca de informações sobre a história e relações construídas por cada usuário, as demandas que o levaram a acessar o serviço e aquelas que se relacionam a aspectos de casos em crise. Incluem encontros institucionalizados e realizados com certa periodicidade – supervisões de casos clínicos, discussões de caso, reuniões de equipe, reuniões e fóruns municipais e/ou organizados por regiões, grupos de trabalho, matriciamentos da Saúde Mental ou da Atenção Básica –, projetos que envolvem a participação de diferentes componentes da rede e atividades informais e pontuais – contato por telefone ou *WhatsApp* e visitas. Estas últimas, como destacado por P1-G5, só se tornam ações efetivas se já há uma interlocução construída a partir de espaços institucionalizados:

Essa coisa de você chegar no telefone, ligar numa outra unidade e conversar, isso demanda uma construção de um espaço que foi criado para que se chegasse nisso. Para você chegar no telefone, [...] para qualquer demanda, esses outros espaços que já foram construídos em fóruns, com matriciamento, é para você chegar nisso. Se não, você não chega lá. Não é um telefone solto no mundo, são espaços que já foram se estruturando aí. (P1-G5).

É importante dizer que os espaços de discussão entre diferentes profissionais da rede foram apresentados, em geral, como oportunidades de formação para as/os trabalhadoras/es da saúde mental. Entretanto, o matriciamento realizado pelos CAPS com as equipes da ABS mereceu destaque. As/os psicólogas/os disseram que este é um importante recurso para condução de casos complexos e para a responsabilização deste nível de atenção à saúde por usuários em sofrimento mental, garantindo que estes serviços estejam capacitados para lidar adequadamente com as demandas relacionadas à saúde mental, como demonstrou a fala de P8-G3:

Quando essas reuniões começaram, a discussão era assim: “Tem tal e tal caso, como que faço para vocês acolherem, para eu encaminhar para vocês?”. E hoje, assim, onde a gente consegue com mais frequência, que a gente tem mais caso, eu acho que a pergunta já mudou um pouco, sabe? “O que é que a gente pode fazer também quanto à Atenção Básica, para cuidar desse caso?”. [...] Acho interessante, porque até a própria pergunta dos profissionais, ela começa a mudar.

Considerando a complexidade do processo saúde-doença, houve o entendimento de que o cuidado envolve o compartilhamento do conhecimento de diferentes áreas de saber. Nesse sentido, as/os psicólogas/os do G1 reconheceram que todas/os as/os profissionais, mesmo que não sejam referência do caso, têm informações relevantes sobre o usuário. P7-G1, particularmente, expressou a opinião de que a condução dos casos é facilitada pelas contribuições da equipe multidisciplinar, principalmente, quando há outros profissionais, além da/o psicóloga/o, que são sensíveis a questões de saúde mental.

A equipe toda tem uma importância muito grande. Mas eu percebo que existem papéis, por exemplo, coordenação do caso, se você tem um enfermeiro na equipe que tem um *feeling* com saúde mental, a coordenação do caso fica mais possível naquela equipe. E é muito interessante que isso às vezes circula, às vezes é o ACS que coordena bem, mas tem um enfermeiro que circula bem na equipe, isso é muito interessante. A gente percebe que, quando você tem aqueles que têm mais dificuldade com a saúde mental, a coisa claudica um pouco mais. Mas sempre tem alguém na equipe que circula melhor. Isso é que é bom. Às vezes é o ACS, o técnico de enfermagem [...]. (P7-G1).

Vale observar, no entanto, que a atuação de psicólogas/os em ambientes em que o atendimento não se volta especificamente para os usuários de saúde mental apresenta algumas características particulares, visto que esse “*feeling* com saúde mental” é ainda uma exceção nas equipes. Isso se verificou na fala de algumas/uns psicólogas/os que atuam na Atenção Básica e em hospitais, em que a mediação entre usuários e profissionais não psicólogas/os se faz necessária, de modo a evitar reações inadequadas da equipe. Para lidar com o despreparo das outras categorias profissionais no manejo de questões psicológicas dos pacientes de tais serviços é indicada a importância das reuniões de equipe.

Além disso, apesar dos avanços conquistados a partir da reforma psiquiátrica, as/os participantes relataram ainda que enfrentam desafios para inserção do usuário na rede para além da atenção psicossocial estratégica, o que compromete a integralidade do cuidado. Destacou-se a ABS como fonte de resistência ao modelo manicomial por seu caráter preventivo e pelo cuidado de demandas de baixa complexidade que, anteriormente, eram levadas diretamente para o hospital, mas este potencial permaneceria ainda pouco explorado.

As/os participantes colocaram como principal obstáculo para a efetivação do trabalho em rede o desconhecimento de trabalhadores sobre o que é a RAPS e as possibilidades de atuação conjunta oferecidas por ela. Três aspectos parecem manter uma relação de

causalidade com este problema: 1) em alguns casos, alta rotatividade das/os profissionais nos serviços, que impede que seja dada “continuidade a uma lógica de trabalho” (P6-G3); 2) certa deficiência na formação das/os profissionais; 3) centralidade do médico no tratamento, contrária à lógica de integralidade do atendimento. A superação deste desafio foi colocada no G3, por um lado, como responsabilidade dos gestores, que deveriam ocupar-se com a capacitação das/os profissionais para o entendimento da rede; e, por outro, como construção individual, que passa pela busca de diálogo.

Houve queixas relacionadas, especificamente, à atuação de médicos. Nos grupos G1, G3 e G4 algumas/uns participantes falaram da pouca disponibilidade destes profissionais para discutir e alinhar práticas de cuidado com o restante da equipe, identificando prejuízos na condução do projeto terapêutico de usuários por conta de decisões que ocorrem isoladamente e desconsideram as especificidades e potencialidades dos serviços e profissionais que integram a rede. P1-G3, que atua no NASF, exemplificou essas consequências com o grande volume de encaminhamentos equivocados para atendimento psicológico que recebe dos médicos. A maioria destes encaminhamentos é de usuários que sequer apresentam demanda para esse tipo de atendimento; e também alguns casos de tentativa de autoextermínio, que necessitariam de maior atenção e respostas mais céleres dos serviços de saúde, mas se perdem entre os demais casos porque são encaminhados sem indicação de urgência.

Como uma forma de explicação dessa realidade, o entendimento de que a articulação dos médicos com o restante da equipe é influenciada pela formação apareceu tanto no G2 quanto no G4. Enquanto as/os participantes do G4 contaram que percebem no município onde atuam um afastamento dos médicos desde a residência, com estes recorrendo à ajuda dos demais profissionais apenas em situações críticas; no G2, por outro lado, falou-se que a presença do curso de Medicina em uma faculdade na cidade é importante para a RAPS, já que a residência acontece também nos componentes desta rede. As/os psicólogas/os deste grupo observaram que há uma diferença na atenção dispensada aos casos de saúde mental entre os médicos não psiquiatras que já atuam nos serviços há mais tempo e os médicos novos e residentes. No caso dos primeiros, o grupo apontou que percebem uma resistência para tratar desses usuários. Os médicos novos e residentes, por sua vez, se mostram interessados e procuram entender melhor os casos, até mesmo fora das reuniões de equipe.

As participantes dos grupos G1, G2 e G4 discorreram acerca de problemas da rede relacionados à escassez de recursos financeiros. No G1 e G2 falou-se da redução da presença de médicos, principalmente psiquiatras. Isto implicaria na sobrecarga destes profissionais e, conseqüentemente, na limitação de suas funções à prescrição de medicamentos, pois teriam pouca disponibilidade para participar efetivamente em reuniões e outros espaços de articulação.

Hoje, por exemplo, o [nome do médico residente] deu um retorno pra nós, que é um residente, o que ele achou muito interessante? Ele poder fazer oficina. Ele é o psiquiatra residente. Ele foi para a oficina, ele foi para a visita domiciliar, e ele achou isso inusitado. Mediar é mais um que ele tem, não é só isso. Então ele vê isso como uma qualidade. [...] Nós corremos o risco de perder isso... No [região], nós estamos só com dois médicos, então fica muito centrado para eles medicarem, porque eles estão sobrecarregados. (P4-G1).

No G1, destacou-se ainda que o manejo dos casos de crise nos fins de semana é um desafio por não haver psiquiatras de retaguarda no CAPSad e no serviço de urgência psiquiátrica existente no município. A interlocução dos casos de crise com a urgência aos fins de semana se dava pela telemedicina ou pelo encaminhamento do usuário à UPA, mas havia obstáculos para a utilização dos dois recursos. Alguns médicos se recusavam a prescrever medicamentos pela telemedicina; e acionar o SAMU, para fazer o transporte do usuário à UPA, não era uma tarefa simples. P3-G1 relatou que percebia que sua capacidade de fazer a avaliação clínica do paciente era questionada pelo médico regulador do SAMU.

As/os psicólogas/os do G4 observaram a escassez de profissionais e recursos tanto para a realização do matriciamento, como nos serviços em geral, de forma a impossibilitar a abrangência de todas as demandas do território. Acrescentaram a isso a opção do governo municipal de não implantação do Nasf.

Ainda, as participantes do G2 disseram sobre o cancelamento de um serviço de transporte destinado à circulação de usuários de saúde mental pelos pontos da rede. Com isso, os usuários passaram a ter mais dificuldade e resistência para acessar os outros serviços aos quais são encaminhados.

O atendimento de pessoas sem acometimentos graves foi aspecto de preocupação para o G3, especialmente para as/o psicólogas/os que atuavam na ABS. Segundo estas profissionais, essas pessoas não conseguiriam se inserir na RAPS, uma vez que não havia nesta rede espaço para o atendimento de demandas espontâneas de psicoterapia.

É cientificamente comprovado, não só esse índice epidêmico, como a própria incidência de comorbidade, de um sofrimento, um quadro depressivo, poder levar a um outro transtorno [...]. Eu acho interessante, no mau sentido, como que essa contradição, de que não se há uma ferramenta para acolher o sofrimento da vida moderna cotidiana. (P4-G3).

À observação da moderadora de que a argumentação deste participante se aproximava ao exposto na Nota Técnica MS nº 11/2019 – que aponta a necessidade de ambulatórios para atender a demanda de pessoas com transtornos mentais mais comuns e prevalentes – P8-G3 respondeu destacando a necessidade de maior investimento na ABS, que utiliza estratégias com potencial para lidar com essas questões, a partir de um enfoque na prevenção e promoção.

Quando ela [Nota Técnica MS nº 11/2019] traz esses dados, ela esquece de colocar isso, eu acho, essa falta de fortalecimento da Atenção Básica, que eu acho que é até um pouco proposital, vamos dizer assim. Quando quer entrar novamente com todo esse recurso para o ambulatório, sendo que a gente vê o quão bacana é a equipe do Nasf [...] E aí ela esquece de colocar a dificuldade desses profissionais, [...] essa agenda superlotada, uma carga horária reduzida também. (P8-G3).

Obstante, P5-G3 apontou que, por vezes, como a possibilidade de encaminhamento para psicoterapia no município é restrita – um ambulatório de especialidades de um hospital filantrópico ou uma clínica-escola, ambos com uma extensa fila de espera –, são realmente os Nasf que acabam lidando com essa questão, mas com as/os psicólogas/os realizando atendimentos individuais. Isto, na verdade, retroalimenta o problema, pois não sobra tempo para desenvolverem um trabalho de prevenção e promoção da saúde e ainda reforça uma visão equivocada dos usuários de que o trabalho da Psicologia nesta equipe se volta para o atendimento clínico e o acompanhamento contínuo.

Às vezes eu dedico a minha maior parte do tempo no atendimento individual de vários pacientes que a gente não tem para onde encaminhar e são casos que a gente não pode deixar o paciente na mão também, não tem jeito. E aí essa parte da prevenção do trabalho em grupo, ele fica prejudicado. (P5-G3).

Nesse sentido, a fala de P9-G3 apontou para a necessidade da/o psicóloga/o pautar seu trabalho em questões mais amplas, considerando o contexto político, econômico e social da população atendida.

A gente tem que pensar que em 30 anos o mundo se modifica extremamente. A gente tem um sistema que é capitalista, a gente tem uma realidade que, politicamente, não é legal, a gente tem uma desigualdade social que é imensurável, a gente tem injustiça social acontecendo a tempo e a hora, e não dá para você simplesmente chegar, botar no consultório e falar: “Vamos falar dos seus problemas” sabendo que a pessoa vai voltar para a casa dela e, por exemplo, não ter o que comer. (P9-G3).

Além disso, a participante destacou que a alternativa à realização da psicoterapia não seria a negativa de atendimento e o simples encaminhamento a outro dispositivo da rede. Em todos os casos, caberia que o usuário fosse acolhido em seu sofrimento e ainda, mesmo que a questão trazida não caiba ao equipamento, haveria a possibilidade de inserção nas atividades ofertadas.

Diante da problemática apresentada, vale mencionar que a alternativa encontrada em um dos municípios pesquisados foi a criação de equipes de saúde mental na Atenção Básica, voltada exclusivamente para atendimentos de caráter clínico aos usuários. As/os participantes do G2, que lá atuavam, observaram que o trabalho dessa equipe na rede não se caracterizaria por uma psicoterapia tradicional, mas envolveria a escuta e a orientação dos usuários.

Nos grupos G3 e G5, enfatizou-se a importância da qualificação do encaminhamento para lidar com os “furos” da rede, dizendo da relevância de indagar “o que é que eu penso que o outro pode fazer que eu não posso? [...] será que eu estou encaminhando de fato porque o sujeito vai ter um atendimento melhor naquele outro serviço ou porque eu quero ficar livre desse caso?” (P9-G3). Além disso, a lógica de referenciamento e contrarreferenciamento permitiria o compartilhamento de responsabilidades e a construção conjunta de alternativas para a condução do caso.

Algumas/uns participantes do G5, particularmente, assumiram ter dúvidas quanto a fluxos e critérios para encaminhamento. Cabe dizer que ficou evidente neste grupo que, apesar dos esforços das profissionais, ainda persistia um isolamento entre os pontos de atenção, com encontros presenciais acontecendo sobretudo entre as equipes que estão inseridas no mesmo tipo de serviço ou pontualmente, a partir das demandas de encaminhamentos.

4.3 A Psicologia e a RAPS

Neste eixo, traremos as discussões ocorridas nos grupos a respeito das contribuições da Psicologia para a RAPS. Houve entendimentos variados sobre este aspecto, mas que puderam ser assim agrupados: 1) contribuições resultantes de engajamento político; 2) que apontam perspectivas para o trabalho em equipe; e 3) que trazem percepções acerca dos usuários e sobre as relações construídas com estes. Abordaremos também como as/os participantes percebem o protagonismo do usuário em seu tratamento, destacando a necessidade de participação ativa destes, visando ao mesmo tempo sua autonomia e responsabilização. Ainda mostraremos como a participação em espaços de controle social, tanto de profissionais como de usuários, parece ainda acontecer de forma incipiente.

Antes de detalharmos os agrupamentos resultantes das contribuições da Psicologia para a RAPS, é importante trazer algumas considerações que permearam as discussões a este respeito. Não obstante à identificação de potencialidades que a Psicologia traria à RAPS, participantes do G3 destacaram desafios relacionados à formação, que ainda estaria voltada ao modelo restrito de clínica, de modo a não preparar as/os profissionais para a atuação em serviços dessa rede. P8-G3 citou, como um exemplo de efeito da formação inadequada, uma atuação que contribuiu para a perpetuação do modelo ambulatorial mesmo em serviços substitutivos.

Já levei isso várias vezes para a reunião de equipe: o CAPS enquanto modelo de ambulatorio, porque às vezes muda só o nome e continua executando o mesmo serviço de atendimento individual, de atendimento individual, marca retorno, atendimento individual, marca retorno, e não consegue ter outra visão do que o psicólogo pode fazer dentro desse dispositivo, sabe? Às vezes a gente questiona o ambulatorio, mas às vezes tem outro dispositivo que às vezes está fazendo igual e só mudou o nome, entende? (P8-G3).

Pensando numa solução para essa questão, as/os participantes do G3 destacaram a importância dos dispositivos da RAPS servirem como campo de estágio e de produções acadêmicas a respeito da temática. Corroborando com essa crítica, algumas/uns psicólogas/os do G1 indicaram que ainda há uma fragilidade de produção teórica específica acerca dos aspectos que caracterizam o cotidiano da atuação.

Além disso, a formação também foi problematizada pelo G1 no que se refere ao papel das/os profissionais dos serviços da RAPS e as atribuições de cada categoria profissional. Se, por um lado, a formação em Psicologia não aborda temas que poderiam ser úteis, por exemplo, em casos de urgências nos serviços da rede, como farmacologia e alterações

clínicas, por outro, considerando o caráter multiprofissional do trabalho na RAPS, foi questionado se caberia às/aos psicólogas/os tal conhecimento.

Vale mencionar, no entanto, que algumas/uns participantes dos grupos G2 e G4 apontaram certa dificuldade em identificar as contribuições próprias da categoria. Para estas/estes, a definição de atribuições comuns a todas/todos as/os trabalhadoras/es da saúde mental levaria à diluição das especificidades. Um aspecto que reforçaria isso é a denominação do cargo “técnica/o de referência”, havendo inclusive reclamações sobre desvio de função e realização de atividades que competiriam à Psicologia por outros profissionais.

P4: [...] Em certo momento você é cobrado como técnico e, outro, psicólogo. Igual eu tenho alguns colegas do Serviço Social que ficaram sempre falando: “Ah, a gente está com outra função, a gente está com uma função que não é nossa”. Então eu sempre fico procurando ali o que é atribuição sua, o que não é, então fica essa construção...

P6: Eu acho que fica essa questão do nome técnico, você é técnico de referência do serviço. Todo mundo é técnico de referência, então todo mundo pode fazer tudo, será? [...] como todo mundo faz tudo, aí vem um técnico de referência que faz tudo ali, que vai dar uma escuta para um usuário, e que às vezes precisa de uma escuta especializada, e aí na hora que dá ruim, chama o psicólogo. (G4).

Nesse sentido, as/os psicólogas/os abordaram a “escuta” que, segundo estas/estes, seria algo próprio à Psicologia, mas estaria sendo banalizada, na medida em que é realizada também por outras categorias profissionais. Como afirmou P2-G2,

Todo mundo está escutando o paciente, mas escutando como? Deixando, às vezes, de trazer contribuições, eu percebo. O assistente social tem contribuições excelentes para trazer. O terapeuta ocupacional. Mas às vezes a gente deixa de ouvir e de observar essas contribuições por falta de atuação. Eu acho que isso traz prejuízo tanto para o usuário, que precisa dessa contribuição, quanto para os próprios profissionais, que se enriqueceriam com essa troca de saber [...]. Eu acho que ela nem sempre acontece. Eu acho que, às vezes, predomina muito essa coisa de estar todo mundo escutando sem ser psíquico, porque muita gente não se submete a essa preparação, essa formação para ir para o [CAPS], para ir para qualquer serviço que exija essa escuta. (P2).

Em contraposição a isso, algumas participantes afirmaram que a categoria não perderia a especificidade da sua atuação, reiterando, inclusive, a necessidade da Psicologia demarcar o seu papel. Como exemplo, P5-G2 relatou que, nas reuniões de equipe, por meio da discussão clínica dos casos, outros membros da equipe têm certa dificuldade para acompanhar o conhecimento que é próprio da Psicologia: “[...] eu acho que o psicólogo, talvez, seja o que

menos dilui. Eu acho que os outros profissionais que se perdem nessa praia que é mais nossa”. Já P1-G4 afirmou “[...] se a gente não conseguir marcar nosso lugar, a gente perde também a especificidade da produção [...]. Eu acho que é importante a gente dar o nosso tom também, a gente é chamada nas reuniões, nas discussões, como psicólogo”.

Retornando às contribuições propriamente ditas, o primeiro conjunto destas contemplou a colaboração da Psicologia para a Reforma Psiquiátrica, destacando o importante papel do Sistema Conselhos de Psicologia para esse movimento, e para a sustentação da Política de Saúde Mental diante das tentativas de contrarreforma. Nesse sentido, algumas psicólogas do G3 falaram da potência de uma prática pautada na perspectiva do empoderamento do sujeito atendido para a busca da garantia de direitos – o que envolveria a escuta do usuário, daquilo “que esse sujeito deseja” (P9-G3), e a elucidação sobre as possibilidades de produção de cuidado sem clausuras nas políticas públicas.

Acerca do segundo conjunto de contribuições, apareceram três perspectivas para a atuação que dão contorno ao trabalho em equipe, foram elas: descentralização do saber, lógica desmedicalizante e sensibilização dos demais profissionais para questões referentes à saúde mental. A Psicologia serviria à RAPS para a descentralização do saber, principalmente, médico, isto porque, como explicou P2-G1, esta ciência “não é um saber fechado, a gente se abre em escuta. Eu acho que isso é fundamental, porque a gente não fica com essa coisa da verdade, a gente se disponibiliza a ouvir”.

As contribuições da Psicologia para a redução da medicalização aconteceriam pela frente de atuação, geralmente, escolhida pelas/os psicólogas/os. Segundo P1-G1, as/os psicólogas atuam “em cima da causa, a medicação atua em cima do sintoma. [...] Porque muitos pacientes vêm procurando remédio. E a Psicologia contribui para trabalhar essa redução desse uso de medicamento, inserção da pessoa no meio social, propor alternativas [...]”. Ainda, houve também o entendimento de que as/os psicólogas/os – em comparação aos demais profissionais – conseguiriam visualizar um leque maior de possibilidades de respostas a ser dado pelo serviço às demandas trazidas pelo usuário, além do uso de medicamentos. Um aspecto da atuação que confirma isso é o manejo de usuários em crise, discutido no G1, que se dá preferencialmente por meio do diálogo e do acolhimento dessas pessoas.

As participantes do G1 apontaram também que essa tendência à medicalização estaria pautada numa lógica de patologização da vida e destacaram como a/o psicóloga/o pode problematizar esta questão com sua equipe.

P7: Eu acho que a gente tem uma contribuição interessantíssima nisso. Porque, às vezes, vem aquilo que é da vida cotidiana sendo patologizado. A gente percebe isso muito no cotidiano. Vem com um problemão e aí é um acontecimento de vida cotidiana.

P6: Eu falo lá no matriciamento que a gente precisa nem medicalizar, nem psicologizar tudo, porque tem perdas normais.

[Várias pessoas concordam]

P7: Sim, sem dúvida! Balancear isso.

A capacidade da categoria em dialogar e de problematizar as práticas e as relações no ambiente institucional daria a esta o importante papel de sensibilizar a equipe para diferentes questões que perpassam a saúde mental.

O terceiro conjunto de contribuições da Psicologia para a RAPS traz entendimentos acerca dos usuários e das relações construídas com estes, considerando a atuação diária nos serviços. Desta forma, destacou-se como própria a esta profissão a análise das subjetividades, considerando o contexto biológico, social e cultural que participa da construção destas; e uma lógica inclusiva, construída por meio da compreensão da existência de diferentes modos de subjetivação e acolhimento destes. Estas concepções conduziram, desta forma, a modos de intervenção das/os profissionais que objetivam o cuidado dos usuários de forma individualizada e alicerçada, ao mesmo tempo, no vínculo construído com estes sujeitos e em sua responsabilização.

As discussões nos grupos a respeito do papel do usuário na condução do seu tratamento trouxeram perspectivas relacionadas ao protagonismo, à autonomia e à responsabilização deste, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Desta forma, esta lógica de trabalho funcionaria como estratégia para o enfrentamento da contrarreforma legitimada pelas novas políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas.

O protagonismo apareceu como um conceito importante para o desenvolvimento do trabalho na RAPS. Este implicaria na participação ativa do usuário nas definições dos rumos do seu tratamento – sendo citada sua cooperação em decisões sobre encaminhamentos e medicações e na construção do projeto terapêutico –, envolvendo a compreensão deste de seu

quadro de adoecimento e sua implicação na busca do seu bem-estar. Nesse sentido, incentivar-se-ia a reflexão dos usuários sobre suas vidas, desejos e escolhas, objetivando a emancipação, a autonomia e a tomada de consciência de que são sujeitos “de direitos, de deveres e de limitações” (P6-G2). Nas palavras de P1-G5:

[...] essa questão da participação ativa do paciente, do usuário no tratamento é extremamente importante. Eu trabalho tendo isso sempre como um norte para mim: o paciente não como paciente, [...] você trabalhar com aquele paciente buscando essa participação ativa dele no processo para que ele entenda tanto a questão do adoecimento e, principalmente, para que ele busque, entenda para quê ele vai. Ele vai em busca de quê quando vai em busca de um tratamento? [...] é uma questão de direito, de cidadania, de protagonismo, mas de condução dessa vida dele, seja ela do jeito que for.

No G1 destacou-se que a lógica de atuação pautada na autonomia do usuário seria desafiadora por requerer a responsabilização deste. Defendeu-se a ideia de que a pessoa em sofrimento mental possui direitos e deveres e, desta forma, independentemente das vulnerabilidades às quais está sujeito, precisaria se responsabilizar por suas escolhas. No entanto, para P4-G1, as tradições cristãs arraigadas em nossa sociedade fariam com que as/os profissionais tivessem dificuldade de atuar no sentido da responsabilização do sujeito. O grupo acrescentou que a vontade de ajudar os usuários acabaria implicando em uma tutela inadequada.

Sobre a participação em espaços de controle social, esta parece ser incipiente tanto por parte dos usuários quanto de profissionais. Das/os 40 psicólogas/os participantes dos grupos de discussão, apenas seis falaram de participarem ou já terem participado de alguma forma de órgão de controle social – seja em conferência de saúde, conselho de regulação de políticas ou conselho de direitos. Foram relatadas também poucas experiências de inserção de usuários nestes espaços – sendo citadas conferências de saúde e conselhos de regulação de políticas –, apesar destas terem sido destacadas como de grande relevância para o pleito de interesses coletivos.

P1-G5, sem se eximir da responsabilidade de se fazer presente nestes espaços, fez a seguinte reflexão:

Teve a Conferência de Saúde aqui, eu fiquei sabendo quando já estava na terceira pré-conferência. [...] tem uma falha minha aí? Tem. Eu que tenho que ir atrás disso daí, não é? Mas acho que perde-se um pouco essa coisa, dessas participações. A gente fazia conferências municipais aqui. A gente trabalhava meses na estruturação

de uma Conferência de Saúde. Meses! Até você chegar no dia da conferência em si, se tinha por obrigação andar o seu território inteiro, para você conseguir pegar as lideranças comunitárias. Cadê as lideranças comunitárias? Cadê?

Houve, em geral, a percepção de que – desde a construção da Portaria MS nº 3.588/2017, que teve a participação exclusiva da classe médica – outras categorias profissionais e usuários estariam sendo excluídos dos espaços de discussão e formulação da política de saúde mental, contrariando os princípios do SUS. Todavia, também identificou-se outros motivos para pouca participação de usuários nestes espaços. Foram citados: ausência de recursos financeiros para o deslocamento até os locais onde aconteceria essa participação; baixa participação da sociedade brasileira em geral; e o pouco comprometimento das/os profissionais com o fomento do protagonismo destes sujeitos que, por sua vez, aconteceria pela sobrecarga de trabalho e/ou um posicionamento que levaria à tutela do usuário.

Participantes do G3 e do G4 expressaram o entendimento de que a participação de usuários pode ser fomentada pelo posicionamento da/o psicóloga/o, ressaltando a importância de incentivá-los e de indicar os órgãos de controle social como espaços de construção de saídas para os problemas e precariedades existentes na rede. Já o G2 avaliou que pode ser um equívoco atribuir essa função às/aos profissionais. O grupo defendeu que o papel das/os psicólogas/os é incentivar a inserção dos usuários em todos os espaços, a partir das necessidades trazidas pelos mesmos.

As assembleias de usuários que acontecem, geralmente, com periodicidade semanal nos CAPS foram destacadas como espaços potentes de participação. Participantes do G3 contaram que têm procurado levar para as assembleias a discussão de questões políticas, entre elas temas relacionados à contrarreforma manicomial. No G2, por sua vez, defendeu-se que é necessário repensar o formato das assembleias para que efetivamente produzam mudanças a partir das questões que são levantadas.

4.4 Implicações éticas

De modo geral, os grupos indicaram que, para a prática na RAPS, consideram as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e a Lei nº 10.216/2001²⁰. Esses norteadores reconhecem os usuários como sujeitos de direitos, o que, por outro lado, também implica em deveres e responsabilidades; e preconizam o cuidado humanizado em liberdade, o incentivo à

²⁰ A lei dispõe sobre os direitos dos usuários de saúde mental e norteia o modelo de assistência (BRASIL, 2001).

autonomia, a participação no próprio tratamento, a promoção da cidadania e a garantia de acesso às políticas públicas. Além disso, a Reforma Psiquiátrica tem como um dos seus principais fundamentos a desinstitucionalização, assim, é necessário também que os usuários tenham a possibilidade de reconstrução de suas vidas.

O compromisso social da Psicologia foi reiterado pelos grupos de discussão, os quais apontaram que o cuidado dos usuários é garantido pela qualidade do serviço prestado pelas/os profissionais que atuam na rede, que devem seguir os princípios éticos de sua profissão. Buscar-se-ia, assim, a garantia dos Direitos Humanos e o respeito pelos usuários, evitando julgamentos morais e práticas punitivas. Nesse sentido, a relação entre profissionais e usuários foi um ponto bastante discutido pelos grupos, tanto pela vivência de situações problemáticas, quanto pela potencialidade deste contato.

O principal problema apontado foi o despreparo de profissionais das equipes para o atendimento na saúde mental, o que, segundo as/os participantes, implicava em desrespeito para com os usuários e conflitos entre as/os profissionais que percebiam equívocos na atuação e aquelas/es que as praticavam e/ou defendiam colegas. As dificuldades no atendimento em função do despreparo das equipes parecem se agravar, principalmente, no ambiente hospitalar, onde os usuários seriam estigmatizados e não receberiam o cuidado adequado. Vale destacar que uma falha na organização do hospital em que P2-G4 atuava conduzia a um furo na rede que prejudicava o cuidado dos casos de saúde mental, visto que nem sempre o psiquiatra estava presente para conduzir as demandas dos usuários e médicos não psiquiatras de plantão não tomavam conhecimento dos casos. Além disso, a resistência para o atendimento de usuários de saúde mental em serviços não especializados foi observada pelas/os participantes dos grupos. P3-G1 afirmou que a recusa de atendimento de pessoas em situação de rua nos serviços de urgência era algo comum.

Por outro lado, o compromisso em garantir o cuidado integral e contínuo de cada usuário da rede, além de considerar os aspectos sociais envolvidos nos processos de saúde e doença, traria maior potencialidade ao trabalho. P4-G4 e P7-G4 defenderam também que o tratamento deve passar pelos afetos entre as/os trabalhadoras/es de saúde mental e os usuários, demonstrando que a implicação das/os profissionais no cuidado apresentava resultados positivos para a evolução do caso.

Outro aspecto que foi citado pelas/os participantes, ligado à relação entre profissionais e usuários na RAPS, passa pela responsabilidade na condução dos casos, atentando-se para o compromisso ético consigo mesmo para entender as possibilidades e limitações de cada situação.

Diante da importância da autonomia, algumas/uns participantes do G4 discutiram também sobre os limites entre o cuidado e a tutela dos usuários. Além do mais, a responsabilidade política do trabalho na RAPS foi destacada por P2-G3, que enfatizou a adoção de uma postura crítica frente ao fazer, ao papel do dispositivo em que se está inserida/o e às articulações da rede para garantir os direitos dos usuários.

Salientamos uma situação narrada por P4-G5, a qual ela denominou de “judicialização da saúde”. No município em que a participante atuava, na mesma época em que era formulado um projeto para a abertura do CAPSad, havia uma grande demanda do judiciário por internações psiquiátricas em comunidades terapêuticas. Embora o elevado volume de casos confirmasse a necessidade de implementação do CAPSad, o judiciário conduzia a demanda de forma equivocada, talvez, por uma incompreensão das políticas públicas de saúde mental de atenção a usuários de álcool e outras drogas, o que, para a participante, constituía-se como uma violação de direitos humanos. P4, que, à época, atuava como coordenadora de saúde mental, conduziu essa questão realizando estudo dos casos e levando a discussão para a Promotoria de Defesa da Saúde, de forma a evidenciar a problemática dessa demanda.

Cabe dizer que alguns grupos observaram o agravamento das violações de direitos em função do desmonte das políticas de saúde mental, na medida em que as limitações estruturais dos serviços incapacitavam-os de cuidar dos casos adequadamente. Nesse sentido, a escassez de recursos dos serviços foi apontada como um retorno à lógica manicomial. Como exemplo, P4-G2 relatou a necessidade de encaminhar usuários para o hospital psiquiátrico, pelo fato de o CAPSi não possuir a estrutura adequada para as demandas que se apresentavam.

A articulação intersetorial também seria prejudicada por causa do baixo investimento em serviços de outras políticas públicas. Diante disso, as/os participantes de alguns grupos relataram que, em sua atuação na RAPS, tinham conhecimento de violações de direitos de usuárias, principalmente casos com mulheres e crianças, mas, em alguns municípios, a

escassez de recursos impossibilitava o referenciamento e o acompanhamento nos serviços necessários. P6-G2 afirmou, por exemplo, a dificuldade de referenciar casos de violência doméstica e abuso sexual a equipamentos da Assistência Social. Para lidar com essa dificuldade, ela relatou que a equipe realizava visitas semanais à casa de uma usuária que sofria violências de sua família, o que ela chamou de “anteparo mínimo”, longe de ser o suficiente para lidar com a situação.

Por fim, vale destacar uma questão ética discutida pelos grupos G1 e G3, que refere-se ao sigilo. Em algumas situações, o questionamento sobre a quebra de sigilo se deu em função de possíveis riscos à integridade física e à vida que os usuários e pessoas próximas a estes estariam correndo. Além disso, as/os psicólogas/os questionaram a exposição de alguns casos em reuniões de equipe na presença das/os Agentes Comunitárias/os de Saúde (ACSs), visto que elas/es estão inseridas/os no território. Para algumas/uns participantes, as/os ACS não estariam comprometidas/os com o sigilo das informações sobre usuários, já que não estão submetidas/os a um código de ética profissional. Uma saída que foi apontada é a realização de discussão desses casos na sua ausência. No entanto, as/os psicólogas/os relataram a inobservância do sigilo também por parte de outras/os profissionais de suas equipes. Diante disso, participantes do G3 afirmaram que o compromisso ético em manter o sigilo passou a ser ressaltado no início de reuniões de equipe.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Crepop, desde 2012, tem uma metodologia institucionalizada para a realização dos seus diferentes ciclos de pesquisa. Metodologia esta que, no entanto, precisa de adaptações a cada nova pesquisa a depender das características do campo pesquisado. O estudo “A atuação de psicólogas/os na RAPS” foi o primeiro realizado por este Centro a ter como enfoque o trabalho da/o psicóloga/o em uma rede e, conseqüentemente, exigiu ajustes tanto na fase de levantamento de campo quanto na coleta de dados.

O levantamento de campo – que concentra-se, geralmente, na identificação de equipamentos e serviços e psicólogas/os inseridas/os em determinadas políticas públicas – para entender como a RAPS configurava-se em cada município mapeado procurou também verificar como acontecia a articulação desta rede. O detalhamento necessário às informações deste levantamento exigiu de nossa equipe grande empenho para coleta das informações. Foram cerca de sete meses neste trabalho e mais de mil contatos realizados e, apesar de nossos esforços, não foi possível reunir todos os dados necessários em alguns dos municípios selecionados.

Aqui, cabe destacar, que utilizamos pela primeira vez o aplicativo *WhatsApp* que, mesmo não sendo um canal de comunicação oficial dos órgãos de gestão e serviços, por ter seu uso muito difundido, mostrou-se um importante recurso para esta fase da pesquisa, tendo uma alta taxa de resposta. Salientamos, além disso, o fato de que participantes de alguns grupos de discussão relataram usar este aplicativo como uma das formas de manter o contato diário entre os serviços da rede. Este uso já havia sido evidenciado anteriormente, na pesquisa sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, o que demonstrou que as/os profissionais estão habituadas/os ao uso do *WhatsApp* como uma ferramenta de comunicação no ambiente de trabalho e reforçou a potencialidade deste recurso para utilização em próximas pesquisas.

Para a coleta de dados o diferencial veio na formação dos grupos de discussão. Se, em outros ciclos de pesquisa, convidamos psicólogas/os de um mesmo serviço ou equipamento ou de tipos semelhantes, mas de diferentes municípios, buscando entender o funcionamento destes em realidades diversas; para a pesquisa da RAPS, optamos por convidar profissionais de diferentes pontos da rede de um determinado município, afim de ter a compreensão das/os profissionais acerca do funcionamento desta.

Destacamos que, devido às dimensões de nosso território, a pesquisa em Minas Gerais ficou restrita basicamente a municípios com mais de 100 mil habitantes. No entanto, seria importante que outro estudo abordasse as matizes próprias à RAPS em municípios de pequeno porte.

As discussões produzidas nos grupos mostraram que as participantes da pesquisa, em geral, parecem reconhecer a relevância e se orientar pelos princípios da reforma psiquiátrica. Os relatos das/os psicólogas descreveram um trabalho realizado no território, articulando as famílias e diferentes saberes e dispositivos da rede, de modo a efetivamente substituir internações psiquiátricas e garantir ao usuário um atendimento singular e ampliado, que preze por sua dignidade e autonomia.

Não obstante os desafios enfrentados para a realização desta pesquisa, as informações coletadas no mapeamento e nos grupos de discussão corroboraram com a percepção do Sistema Conselhos de Psicologia da importância de realização desta como resistência aos retrocessos na Reforma Psiquiátrica. As incongruências impostas à RAPS pelas normativas publicadas pelo Ministério da Saúde desde 2017 têm reflexo nas configurações locais desta rede e no trabalho de psicólogas/os, mesmo que as/os profissionais e gestores se alinhem à uma lógica antimanicomial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 dez. 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/12/2011&jornal=1&pagina=60&totalArquivos=160>>. Acesso em: 2 dez. 2019.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde**: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios. CNS-MG: Belo Horizonte, [2018]. Disponível em: <http://www.site.mppr.mp.br/arquivos/File/Comentarios_sobre_a_Portaria_3588.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2020.

MINAS GERAIS. Decreto nº 44.107, de 14 de setembro de 2005. Cria o Programa Rede Complementar de Suporte Social na Atenção ao Dependente Químico. **Minas Gerais Diário do Executivo**, Belo Horizonte, 15 set. 2005. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=DEC&num=44107&comp=&ano=2005&aba=js_textoAtualizado#texto>. Acesso em: 6 abr. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em saúde mental - linha guia**. Belo Horizonte: SES-MG, 2006. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG nº 5.461, de 19 de outubro de 2016. Institui a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, estabelecendo a regulamentação da sua implantação e operacionalização e as diretrizes e normas para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no estado de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%c3%87%c3%83O_5461.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2020.