

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**FÁBIO WALACE DE SOUZA DIAS**

**“A SAÚDE MENTAL FAZ O QUE NÃO EXISTE”: PARA ALÉM DO  
INSTITUÍDO, A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA O CUIDADO EM  
SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.**

**BELO HORIZONTE  
2018**

FÁBIO WALACE DE SOUZA DIAS

**“A SAÚDE MENTAL FAZ O QUE NÃO EXISTE”: PARA ALÉM DO  
INSTITUÍDO, A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA O CUIDADO EM  
SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Linha de pesquisa: Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação

Orientadora: Dra. Izabel Christina Friche Passos

BELO HORIZONTE

2018

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

150 D541s 2018	<p>Dias, Fábio Wallace de Souza</p> <p>“A saúde mental faz o que não existe” [manuscrito] : para além do instituído, a formação do psicólogo para o cuidado em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. / Fábio Wallace de Souza Dias. - 2018.</p> <p>229 f.</p> <p>Orientadora: Izabel Christina Friche Passos.</p> <p>Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.</p> <p>Inclui bibliografia</p> <p>1. Psicologia – Teses. 2. Psicólogos – Teses. 3. Saúde mental - Teses. 4. Reforma psiquiátrica - Teses. I. Passos, Izabel Christina Friche. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.</p>
----------------------	--



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



## FOLHA DE APROVAÇÃO

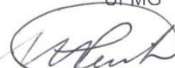
**“A saúde mental faz o que não existe”: para além do instituído, a formação do psicólogo para o cuidado em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica.**

### FÁBIO WALACE DE SOUZA DIAS


Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação.

Aprovada em 10 de agosto de 2018, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Izabel Christina Friche Passos - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Claudia Maria Filgueiras Penido  
UFMG

  
Prof(a). Deborah Rosaria Barbosa  
UFMG

  
Prof(a). Simone Mainieri Paulon  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

  
Prof(a). Regina Celi Fonseca Ribeiro  
UFMG

Belo Horizonte, 10 de agosto de 2018.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus e Nossa Senhora pela permissão de experimentar suas presenças nos momentos de construção de minha trajetória e vida.

Aos meus pais e irmãos que me apoiaram na busca de meu sonho. Em especial: Pedro, Clarisse e Lucas, meus amores.

Aos preciosos amigos que suportaram minhas ausências e “neuras” durante esse percurso.

À Izabel pelo acolhimento, aposta, contribuições e críticas sempre pertinentes. E, principalmente, pelo vínculo de amizade e carinho que se construiu desde o ano de 2008 e permanece vivo entre nós.

Às professoras Cláudia Penido, Déborah Barbosa, Regina Ribeiro, Roberta Romagnoli e Simone Paulon por aceitarem o convite para avaliarem este estudo na certeza de que contribuirão com este trabalho.

Aos colegas do L@GIR pelo acompanhamento, contribuições e enriquecimento de minha trajetória, em especial: Cláudia Penido, Maristela Duarte, Regina Celi, Maria Aline, Isabela Lima, Flávia Rodrigues, Mônica Fonseca, Rinaldo Conde e Jacques Akerman pelas apostas, contribuições e incentivos.

Aos psicólogos da rede de atenção psicossocial de Ipatinga/MG pelo acolhimento, receptividade e abertura para com a pesquisa. Em especial, aos que gentilmente se disponibilizaram para as entrevistas.

À UFMG e à Prefeitura Municipal de Ipatinga/MG pela disponibilidade com que acolheram o desenvolvimento da pesquisa. Em especial, à coordenação da Secretaria Municipal de Saúde.

A todos os meus alunos, em especial: Alessandra, Catiane, Débora, Gabriela, Keith, Mariane, Rafael, Ricardo e Sérgio. Também, aos professores e coordenação do curso de psicologia da Faculdade Pitágoras de Ipatinga/MG pelo acolhimento, companheirismo e compreensão durante meu percurso.

Aos queridos parceiros: Roberta, Gustavo, Mírian, Onair e Cirlene.

E, finalmente, a FAPEMIG pelo apoio dado à pesquisa em seus anos iniciais.

*Ao escrever, eu só posso me aproximar da verdade. Afinal, estou dando a minha palavra, literalmente.*

Pedro Gabriel Delgado

## RESUMO

O objetivo geral com este estudo foi investigar e analisar o que pensam os psicólogos, trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ipatinga/MG, sobre sua formação acadêmica e os sentidos que atribuem a ela para atuação no campo da saúde mental. Em que medida ela está, ou não, respondendo aos desafios da prática em um contexto de reforma psiquiátrica em processo de construção. Como objetivos específicos, descrever e analisar a história da RAPS de Ipatinga, palco para aparecimento, ou não, de certos discursos acerca da formação, bem como investigar se há possíveis elementos discursivos que possam ser considerados como “formação em ato” construída no cotidiano de trabalho e, também, se existe uma formação inventiva, numa perspectiva da desinstitucionalização, instaurada através de ações individuais dos próprios psicólogos da referida rede, que extrapole ou se articule à formação acadêmica e às orientações da política nacional de saúde mental que norteiam as ações dos psicólogos nos serviços. Para tal, adotamos a interseção de perspectivas metodológicas distintas, porém integradoras. Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa em Psicologia Social que compreende os sujeito/atores de pesquisa como protagonistas na construção de si e do contexto no qual estão inseridos, nos inspiramos na Etnografia e na contribuição foucaultiana acerca da Análise do discurso (AD) a fim de abordarmos o campo de pesquisa o mais aprofundadamente possível e compreendermos os discursos proferidos acerca da formação como produtos e produtores de realidade, plural, polifônica e localizada. Por fim, intentamos a partir da Análise Institucional, realizar a análise da implicação do pesquisador, intimamente ligado à temática de pesquisa em questão. Nessa perspectiva, como principal procedimento metodológico foram realizadas entrevistas abertas com os psicólogos da RAPS de Ipatinga assim como, também, observações e interações com o campo investigado. As entrevistas (que se constituíram como *corpus* de análise para esta pesquisa) articuladas à interação com o campo e à implicação do pesquisador nos apontaram alguns aspectos do discurso sobre a formação do psicólogo para atuação na saúde mental. Identificamos que para os psicólogos da RAPS ipatinguense, ora a formação acadêmica se apresenta insuficiente, quando consideramos a saúde mental como um campo de saber (político). Ora apresenta-se, criticamente, (in)uficiente quando a saúde mental aparece articulada à condução clínica da doença mental. Também, a análise dos aspectos discursivos sobre a formação do psicólogo para a prática na saúde mental nos apontou para a existência de estratégias formativas em ato, sustentadas na troca solidária de experiências entre os próprios psicólogos atuantes na RAPS de Ipatinga e com colegas de profissão atuantes em outros serviços. Por fim, constatamos a existência de um minoritário discurso acerca de uma formação inventiva que se articula à vida cotidiana e a outros saberes e experiências não necessariamente oriundos da academia ou da própria prática em saúde mental, contudo importantes para o enfrentamento do trabalho cotidiano na RAPS de Ipatinga.

**Palavras-chave:** Formação acadêmica. Psicologia. Saúde mental. Reforma psiquiátrica.

## ABSTRACT

The main purpose of this study is to investigate and analyse what psychologists, who work at the Network for Psychosocial Care (RAPS) from the municipality of Ipatinga, in the state of Minas Gerais, think about their academic background and the meanings they give to it, while acting in the field of mental health. We also want to identify in which extent this academic background is, or it is not, responding to the practical challenges in the context of a Psychiatric Reform, which is being developed. As specific objectives, this study aims to describe and analyse the history of the RAPS from Ipatinga, that work as a stage for the occurrence, or not, of certain discourses concerning academic background, as well as to investigate if there are possible discursive features that could be considered as “education while acting”, built throughout the work routine and also if there is an inventive education, in a perspective of deinstitutionalisation, established through individual actions of the own psychologists who work in the above-mentioned network, that goes beyond or that is aligned with both the academic background and the guidelines of the national mental health policy that guide the actions of the psychologists on duty. To do so, we used an intersection between methodological approaches that are different but integrative. As this is a piece of qualitative research in Social Psychology that comprehends the subjects/actors of the research as protagonists in building themselves and the context in which they are inserted into, we drew our inspiration from Ethnography and from the foucauldian contribution regarding Discourse Analysis (DA) aiming to approach the research field as deeply as possible and to comprehend the discourses produced concerning the academic background as products and producers of reality – plural, polyphonic and located. Lastly, we endeavour, from the Institutional Analysis, analyze the involvement of the researcher, closely related to the theme of research at stake. In this perspective, as the main methodological procedure, we carried out open interviews with the psychologists who work at the RAPS from Ipatinga, as well as, observations and interactions with the investigated field. The interviews (that were constituted as the *corpus* of this piece of research) aligned with the interaction with the field and the involvement of the researcher demonstrated some aspects of the discourse about the academic background of the psychologists that act in the mental health area. We identified that according to the psychologist of the RAPS from Ipatinga, sometimes the academic background seems insufficient, when we consider mental health as a field of knowledge (political); sometimes it seems, critically, (in)sufficient when mental health emerge aligned with the clinical conduction of mental illnesses. Furthermore, the analysis of the discursive features about the academic background of the psychologists who work in mental health showed us the existence of formative strategies while working, that happen through the supportive exchange of experiences among the psychologists that work in the RAP from Ipatinga and professional colleagues that work in other places. Ultimately, we observed the existence of a minority discourse about the inventive education that is articulated with daily life and other knowledges and experiences not necessarily originating from the academy or from the practice in mental health *per se*, but they showed to be important to face the challenges in the daily work in the RAPS from Ipatinga.

**Keywords:** Academic education. Psychology. Mental health. Psychiatric reform.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Descrição dos participantes da pesquisa.....	100
--	-----

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Análise de Conteúdo
ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
AD	Análise do Discurso
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CERSAM	Centros de Referência em Saúde Mental
CFP	Conselho Federal de Psicologia
ClIPS	Clínica Psicossocial
ESF	Equipes de Saúde da Família
HMEM	Hospital Municipal Eliane Martins
IES	Instituição de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PD	Permanência-Dia
PET-Saúde	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAG	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação Profissional para a

## Saúde

PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	13
<b>1.1 O Sujeito pesquisador e o problema de pesquisa .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Objetivos .....</b>	<b>31</b>
<i>1.2.1 Objetivo geral.....</i>	<i>31</i>
<i>1.2.2 Objetivos específicos .....</i>	<i>31</i>
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	33
<b>2.1 Para uma nova concepção de saúde, outro modelo de assistência: o SUS .....</b>	<b>33</b>
<b>2.2 Do modelo asilar ao paradigma psicossocial: a reforma psiquiátrica no Brasil como processo social complexo .....</b>	<b>36</b>
<b>2.3 A prática do psicólogo nos serviços de saúde mental: para além da clínica é preciso ampliar os cuidados e a assistência no contexto de reforma psiquiátrica .....</b>	<b>43</b>
3 A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO E A SAÚDE MENTAL .....	49
<b>3.1 Entre distanciamentos e aproximações: a insuficiência da formação universitária do psicólogo para atuação na saúde mental, no contexto de reforma psiquiátrica .....</b>	<b>53</b>
<b>3.2 Da formação para forma-Ação: um encontro com Paulo Freire .....</b>	<b>66</b>
4 A METODOLOGIA E OS PROCEDIMENTOS ADOTADOS.....	74
<b>4.1 A implic(AÇÃO): uma postura do pesquisador .....</b>	<b>78</b>
<b>4.2 A análise do discurso: contribuições foucaultianas .....</b>	<b>82</b>
<b>4.3 A inspiração etnográfica para abordagem e compreensão do campo de pesquisa .....</b>	<b>87</b>
<b>4.4 Fases de desenvolvimento da pesquisa .....</b>	<b>90</b>
<i>4.4.1 A aproximação formal com os sujeitos/atores da pesquisa, o preparo para as entrevistas e a construção do campo .....</i>	<i>90</i>
<i>4.4.2 A escolha dos sujeitos para a coleta de dados, a observação e a realização das entrevistas.....</i>	<i>94</i>
5 DELIMITAÇÃO DESCRITIVO-ANALÍTICA DO CAMPO EMPÍRICO DE PESQUISA .....	102
<b>5.1 O CAPS de Ipatinga: uma Clínica Psicossocial (CliPS) estendida para as Unidades Básicas de Saúde.....</b>	<b>102</b>
<i>5.1.2 Da “experiência laboratório” à institucionalização da “Função-CAPS” nas Unidades Básicas de Saúde: a ambulatorização da saúde mental .....</i>	<i>115</i>
<i>5.1.3 Entre a política e a clínica: a Associação de Usuários e Familiares da Saúde Mental e o CliPS em Ipatinga .....</i>	<i>120</i>
<b>5.2 As Unidades Básicas de Saúde e os “psicólogos da saúde mental”..</b>	<b>124</b>

5.2.1 <i>Entre distinções e indistinções: a presença do psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e dos “psicólogos da saúde mental” nas Unidades Básicas de Saúde</i> .....	131
<b>5.3 Mais que retaguarda, internação: os leitos psiquiátricos no hospital geral de Ipatinga</b> .....	<b>137</b>
<b>5.4 O Núcleo de Saúde Mental Infantojuvenil: o nomeado CAPSi</b> .....	<b>139</b>
<b>5.5 A ausência do Centro de Convivência, do CAPSad e do Serviço Residencial Terapêutico como sustentação de serviços de lógica manicomial em Ipatinga</b> .....	<b>148</b>
5.5.1 <i>A presença da instituição de lógica manicomial de Ipatinga: impasses para uma rede de saúde mental incompleta e para a luta antimanicomial ....</i>	151
<b>6 O CAMPO E OS ASPECTOS DOS DISCURSOS ACERCA DA FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA ATUAÇÃO NA SAÚDE MENTAL EM IPATINGA</b> .....	<b>158</b>
6.1 <b>O discurso crítico acerca da universidade: a insuficiência da formação para saúde mental enquanto campo de saber e a (in)suficiência da formação para saúde mental como oposto da doença mental em uma vertente clínica</b> .....	<b>159</b>
6.2 <b>O discurso da formação nas redes de solidariedade: a troca de experiências entre psicólogos como exercício formativo em ato</b> .....	<b>170</b>
6.3 <b>O minoritário discurso sobre a formação inventiva ancorada nas ações da vida cotidiana dos psicólogos da RAPS ipatinguense</b> .....	<b>183</b>
<b>7 A TÍTULO DE (IN)CONCLUSÃO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DA PESQUISA</b> .....	<b>196</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>199</b>
APÊNDICE A - A cidade de Ipatinga, sua história e a presença da psicologia e da psicanálise na saúde pública municipal .....	218
APÊNDICE B - Roteiro para Entrevista.....	221
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	223
ANEXO A - Carta de Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga .....	225
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do COEP/UFMG .....	226

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 O Sujeito pesquisador e o problema de pesquisa

Para chegar ao projeto de pesquisa, que hoje se configura na forma de uma tese de doutoramento, foi necessário compreender a minha implicação com minha própria formação acadêmica, com os lugares que ocupei na prática profissional enquanto psicólogo nos serviços de atenção e assistência à saúde mental, bem como com minha atual condição de professor universitário de um curso de psicologia. Esta tese é consequência dos avanços que me permitiram conceber a formação por outro prisma. A formação como aquilo que podemos fazer com o que nos ofertaram na academia, com o quê se apresenta a nós na prática cotidiana, em nosso percurso de vida e seus desassossegos (culturais, simbólicos, econômicos, corporativos, pessoais etc.) que ora potencializam e ora despotencializam nossos atos. Desde a minha graduação, optei pelo campo da saúde mental e hoje compreendo que a minha formação teórico-acadêmica, o contato com alguns professores militantes da reforma psiquiátrica, com autores da área, com a legislação em saúde mental e com a prática nos serviços de saúde mental foram fundamentais para tal opção e construção de um percurso nesse campo. Essa trajetória na saúde mental teve início na graduação e, a partir do meu engajamento com as questões teóricas e práticas no que diz respeito à reforma psiquiátrica brasileira, se desdobrou em atuações profissionais em alguns dispositivos públicos de atenção e cuidado em saúde mental, como: a) psicólogo de um ambulatório de saúde mental infantojuvenil; b) coordenador de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi); c) psicólogo de um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III); d) supervisor clínico-institucional e de rede; e) professor universitário, ministrando disciplinas que fazem intercessões diretas e indiretas com o campo da saúde mental, principalmente. Reconheço que as experiências vivenciadas não se sustentaram, exclusivamente, sobre o que me ofertaram na universidade ou via normas orientadoras das práticas nos serviços, mas, principalmente, pelo que fiz dessas experiências. Entretanto, isso não significa que possamos prescindir da universidade e das normas que orientam as práticas nos serviços.

A escolha pela construção de uma carreira docente na universidade me levou a deixar a prática como psicólogo nos serviços de saúde mental, uma vez que o ingresso, no ano de 2010, como aluno bolsista no mestrado – uma via de acesso à docência – teve como prerrogativa o abandono dos vínculos empregatícios. Na época acreditava que o distanciamento da prática se fazia necessário, primeiramente porque o serviço onde atuava e as práticas que nele ocorriam eram um dos campos da minha pesquisa de mestrado e, sobretudo, pela possibilidade de me dedicar integralmente à construção da sonhada carreira acadêmica. Ainda no mestrado (em processo de titulação) ingressei na docência em uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada em Ipatinga/MG, me dedicando exclusivamente à profissão. Quando contratado para ministrar disciplinas do campo da Saúde Coletiva e Mental e da Psicologia Social, assim como disciplinas que com esses campos faziam interlocução, ficou clara a escolha institucional por alguém que reunisse “teoria e prática”. Isso se evidenciou numa fala da coordenação do curso de Psicologia ao me apresentar a um dos colegas de trabalho: “Esse é o Fábio, ele é especialista em Saúde Mental, faz mestrado na UFMG nessa área. Já fez vários cursos, palestras, artigos, né, Fábio. Tem muita experiência em saúde mental, tanto como psicólogo, como coordenador. Lendo o currículo dele, eu imaginei que ele fosse mais velho de tanta coisa que ele já fez”. Isso porque antes do ingresso no mestrado havia me dedicado, aproximadamente, seis anos à profissão de psicólogo, sempre articulando minha prática na rede de assistência em saúde mental a eventos acadêmicos.

Estudioso, interessado por questões do campo da saúde mental e exercendo o cargo de professor de psicologia (um “formador”) comecei a indagar-me sobre o lugar da formação acadêmica do psicólogo para uma “boa prática” profissional. Entretanto, dava demasiada importância ao papel do professor (acadêmico) no processo de formação para atuação na saúde mental. Refletindo sobre o fato da reforma psiquiátrica brasileira se configurar como um campo de assistência, produção teórica e intervenção social de grande inventividade, coloquei-me a indagar sobre a formação acadêmica que fosse capaz de dar conta desse caráter inovador. Assim, eu questionava qual a formação ideal para atuar no campo da saúde mental. Uma vez que, dentre as várias questões que tomam o campo da saúde mental está a da formação e capacitação de recursos humanos. Para Silveira

e Vianna (2010), na universidade a formação nem sempre é atravessada pela discussão ética e crítica referente à reforma psiquiátrica havendo certo distanciamento entre teoria e prática, entre o que se ensina e o que a complexidade da prática cotidiana espera dos profissionais.

Sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e objetivando desconstruir o modelo hospitalocêntrico e ampliar o projeto de assistência “para incluir uma micropolítica de transformação do lugar social do louco e da loucura” na cidade (Ferreira Neto, 2004, p.131), a reforma psiquiátrica brasileira vem cotidianamente construindo caminhos possíveis para que a relação entre sociedade e loucura se transforme. Para tal, a construção de serviços que substituam, progressiva e radicalmente, os hospitais psiquiátricos até sua extinção é fundamental. Inegáveis avanços se efetivaram na política de saúde mental tanto pelo viés da construção, em meados da década de 1980, de serviços substitutivos ao manicômio como por sua expansão após publicações de portarias que regulamentaram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a promulgação da Lei nº 10.216/2001, conhecida como a lei da reforma psiquiátrica brasileira. Entretanto, cabe ressaltar que os avanços se dão, também, através de lutas diárias pela ampliação do acesso aos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento mental grave e persistente. Isso requer movimentos intersetoriais, múltiplos e polifônicos na cidade extrapolando o domínio da saúde mental. Movimentos que enfatizem a descentralização e a autonomia local, primando pela territorialidade e intersetorialidade fundamentais no enfrentamento da complexidade das questões sociais que atravessam a vida das pessoas que utilizam os serviços de atenção em saúde mental e que podem produzir sofrimentos diversos (Costa & Brasil, 2014).

O novo modelo assistencial, denominado “psicossocial”, deslocou a ênfase na doença voltando-se para o sujeito com sofrimento mental grave e persistente enquanto ser sócio-político-cultural (contextualizado). Assim, a intervenção passou a ser sobre as necessidades amplas de saúde dos sujeitos nos âmbitos: emocional, educacional, cultural, relacional etc., conforme defende a Organização Mundial de Saúde (OMS). O objetivo de inclusão emancipatória para o exercício pleno da cidadania da pessoa em situação de sofrimento mental grave e persistente tem se colocado como desafio, pois requer a transformação do saber-fazer profissional para a condução de projetos assistenciais inventivos e inclusivos. Nesse sentido, as



práticas em saúde mental exigiram de seus operadores uma nova lógica de cuidados, uma diversificação de seu fazer sinalizando para necessidade de reajustes nos rumos da formação, em especial da psicologia (Ferreira Neto, 2004; 2017).

Das necessidades identificadas ressalta-se extrapolar a prática clínica tradicional, canonicamente ofertada como tratamento, rumo à realização de movimentos que efetivamente modifiquem a relação estabelecida entre sociedade e loucura. Também, problematizar o lugar que a loucura ocupa no mundo circunscrevendo-a numa lógica de cuidados ampliados, sócio-político-culturais. Para Tenório (2002), desde as primeiras experiências substitutivas em saúde mental no Brasil, como as representativas experiências dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos e do CAPS Luís Cerqueira, em São Paulo – corridas na segunda metade de década de 1980 – já havia certa preocupação com as especificidades da clínica psiquiátrica. Igualmente, com os cuidados limitados da clínica tradicional “psi” de consultório ofertados à pessoa em situação de sofrimento mental grave e persistente, apontando para a necessidade de sua ampliação. Todavia, apesar da necessidade de ampliação dos cuidados ter sido problematizada desde os primórdios, existe, ainda hoje, certo privilégio das atividades clínicas nos serviços de saúde mental. Vários estudos (Amarante, 2003; 2010; Barboza, 2009; Dimenstein, 1998; 2000; 2012; Ferreira Neto, 2004; 2008; 2017; Penido, 2005) apontam que nos principais serviços públicos substitutivos ao hospital psiquiátrico no Brasil (os CAPS) – mesmo inspirados pela experiência do NAPS de Santos/SP que deu ênfase à vertente psicossocial e em rede para o trabalho intersetorial em saúde mental (Braga & Maierovitch, 2000; Kinoshita, 1996) – dá-se menor destaque à vertente psicossocial e enfatiza-se a clínica como eixo orientador de suas práticas. Isso produz nas equipes de saúde mental certa classificação entre aqueles que são “mais clínicos” por focarem suas ações nas consultas tradicionais e aqueles que são “mais políticos” por terem práticas identificadas como ampliadas e sociais (Dimenstein, 1998; Ferreira Neto, 2008; Penido, 2005) instaurando/mantendo dentre as práticas reformistas uma cisão entre uma dimensão clínica e outra política, impasse trabalhado de maneira esclarecedora por Passos (2009) em livro fruto de sua tese de doutoramento. Ora, não se trata de contrapor essas práticas (clínicas e políticas),

prescindir de uma ou de outra ou mesmo sobrepô-las, mas de articulá-las, conforme sinalizam Palombini et al. (2013).

Em contato com essas pesquisas, me interessei, especificamente, pela formação clínica do psicólogo para atuação em saúde mental. Perguntava-me se o que recebiam de orientações sobre a clínica na academia reproduziria, desconstruiria ou não a dicotomia entre o fazer clínico e o fazer político que atravessa o cotidiano de trabalho na saúde mental. Tal interesse se deu pois os resultados de tais pesquisas corroboravam com minhas experiências diretas vivenciadas no campo da assistência em saúde mental. Nelas, percebia, assim como nas pesquisas destacadas, certa sobreposição de abordagens clínicas em detrimento de uma leitura mais ampla e social da experiência da loucura. Também, em minhas vivência como professor na graduação em Psicologia e em um curso de especialização em Saúde Mental, percebia certa oposição entre cuidados individuais (clínicos) e cuidados mais ampliados (políticos). Por parte dos alunos da graduação nas práticas de estágio e no exercício profissional, no caso dos alunos da especialização, era nítida a dificuldade para “incorporarem” uma noção de clínica ampliada, diferente da tradicionalmente ensinada e praticada nas Clínicas-Escola de Psicologia. Igualmente difícil era o reconhecimento acerca da necessidade de mobilização de outros conhecimentos para que uma assistência integral em saúde, segundo as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS), pudesse se efetivar na saúde mental. A separação entre os cuidados individuais e ampliados para mim era incabível. E, como professor de uma disciplina nomeada “Clínica Ampliada e Saúde Mental” não conseguia compreender como mesmo de “posse” dos conhecimentos teóricos aqueles alunos e profissionais encontravam tantas dificuldades na prática. Ora, segundo Tenório (2002) para a assistência em saúde mental faz-se necessário englobar o “extra-clínico” quando a equipe de saúde, composta por diferentes especialidades, reconhece a importância de se articular para lidar com demandas diversas da vida do sujeito e não apenas com as questões psíquicas. Assim, a clínica se amplia ao considerar a complexidade da vida e seus múltiplos atravessamentos: institucionais, políticos, econômicos, culturais etc. Para Lobosque (2003), trata-se de uma “clínica em movimento” que se constrói na dimensão do cuidado e da presença, sem domínio de intervenções sobre o sofrimento psíquico por disciplinas e saberes “psi” seja da psiquiatria, psicologia, psicanálise ou

psicofarmacologia. Logo, uma clínica em que não há predomínio de uma leitura psiquiatrizante ou psicologizante acerca dos fenômenos, mas que considera o político e o social, igualmente, como produtores de sofrimentos, sendo, portanto, necessário intervir sobre eles. Em movimento ela se articula com o que se transforma na cultura, na vida, no contexto e no convívio entre os homens.

Nessa perspectiva, Machado (2008) afirma que a clínica é inseparável da vida e por esta razão deve contemplar também um exercício de análise e transformação do cotidiano do sujeito e não se interessar apenas por seus aspectos subjetivos ou intrapsíquicos. Desse modo, a prática clínica seria também política e social ao incluir em suas reflexões aspectos para além da subjetividade (comumente concebida como interioridade) como a vida social, cultural, política, econômica etc. Destarte, não haveria razão para a dicotomia entre clínica e política reproduzida nos serviços, conforme apontam as pesquisas supracitadas, mas uma necessidade de intercessão entre esses âmbitos. Para tal intercessão, apostava na prática concreta de uma clínica ampliada, incluída como “orientação” para atuação em saúde pela Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2010) do SUS por volta dos anos 2000. Segundo a PNH do SUS, essa clínica reconhece os limites de seus próprios conhecimentos e técnicas profissionais e se articula a diferentes disciplinas (sem a supremacia de umas sobre as outras), visando oferecer uma assistência mais ampliada e radicalmente comprometida com os usuários dos serviços de saúde no Brasil (Brasil, 2007; 2010).

Fixado a esse adjetivo dado à clínica como “ampliada” e, ainda, enquanto professor de uma disciplina intitulada “Clínica Ampliada e Saúde Mental” acreditava que uma “boa formação” nessa clínica “ampliada” poderia solucionar a questão da divisão entre os âmbitos clínico e político na saúde mental. Também, acreditava que isso contribuiria para superar a assistência clínica tradicional que vem sendo transposta como decalque para a saúde pública, especificamente a saúde mental (Dimenstein, 1998; Ferreira Neto, 2004; 2017). Entretanto, implicado com a formação acadêmica, eu não percebia claramente que o que estava em questão na clínica, nomeada como ampliada, era a sua ideologia interdisciplinar e transdisciplinar e não uma prática ideal, um modelo instituído a ser seguido. Se assim o fosse, ocuparia o mesmo lugar da criticada clínica tradicional que não abre mão do *setting*, do consultório e que se interessa, prioritariamente, pelas questões

intrapésicas. Embora tivesse conhecimento sobre essa clínica ampliada ao ministrar a disciplina acadêmica sobre o conteúdo fazendo uso de livros, artigos e legislação pertinentes, as dificuldades dos alunos estagiários e profissionais persistiam no que se referia à prática dessa clínica. Não percebia que, se mesmo de posse dos conhecimentos transmitidos por mim na academia suas condutas continuavam pautadas em certo modo tradicional de clínica, assim como ocorria nos serviços conforme relatavam, a formação não se dava apenas no encontro entre professor e aluno. Havia algo para além dessa formação concebida enquanto relação ensino-aprendizagem que eu não conseguia, ainda, apreender. Afetivamente mobilizado era eu quem estava concebendo a clínica ampliada como espécie de “boa prescrição” e antítese da clínica tradicional e não como orientação que não exclui a segunda, conforme sugere a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNHAG)<sup>1</sup>. Essa orientação política visa à produção de novas atitudes éticas nos trabalhadores, gestores e usuários na tentativa de superar desafios como a fragmentação “especialística” de tratamento, tradicionalmente, ofertada àqueles que fazem uso direto dos dispositivos de atenção e cuidado em saúde (Brasil, 2010).

Ainda instigado pela temática, empreendi revisão bibliográfica sobre a formação em psicologia no Brasil que se evidenciou atravessada por ideias “psicologizantes” e teorias a favor dos interesses da classe média alta e seus modos de subjetivação. Até a década de 1980 circunscreveu-se em torno de três áreas de atuação: a clínica, a escolar e a organizacional. A primeira foi a que mais se destacou e permeou o currículo acadêmico, o imaginário social e do próprio psicólogo acerca da profissão. Acrescenta-se, ainda, que o modo clínico-terapêutico que predominou na psicologia mantém forte influência biomédica, subjetivista e pouco comprometimento com intervenções psicossociais (Antunes, 2012; Bernardes, 2012; Bicalho et al., 2012; Bock & Ades, 2010; Bock, 2009; Candido & Massimi, 2012; Conselho Federal de Psicologia, 2012; Dimenstein & Macedo, 2012; Dimenstein, 1998; Ferreira Neto, 2004, 2008a, 2017; Furtado, 2012; Sampaio,

---

<sup>1</sup> A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNHAG) é uma demarcação conceitual, que produz inflexões na organização do próprio SUS e que a partir de 2003 ficou conhecida como PNH ou Humaniza SUS. O MS através da PNH, vem desde 2006 realizando atividades de formação em parceria com escolas de governo, gestores estaduais e municipais e instituições de ensino superior visando integrar gestores, trabalhadores e usuários para oferta e qualificação de ações integrais, humanizadas por considerar as necessidades amplas dos usuários no contexto da Saúde Pública (Brasil, 2010).

Serradas & Santos, 2010; Silva Baptista, 2010; Vilela, 2012; Yamamoto, 1987; 2012). Isso explicaria, de certo modo, a prática de alguns psicólogos: responder à quase todas as demandas a partir de condutas clínicas tradicionais, mesmo na saúde pública e mental. Ora, segundo Lo Bianco et al. (2006), a clínica tradicional ou clássica de enfoque intraindividual e centrada em um indivíduo a-histórico deixou marcas profundas na identidade, formação e atuação do psicólogo brasileiro. Se a própria história de consolidação da psicologia no Brasil enquanto ciência e profissão contribuiu para a reprodução de uma prática profissional tradicional, como a formação acadêmica responderia a isso após mais de 50 anos de regulamentação da profissão no país? Qual seria o seu papel para a manutenção ou desconstrução desse panorama? Ainda que, segundo Paparelli e Nogueira-Martins (2007), seja necessário reconhecer que não há mais espaço para uma psicologia reduzida, exclusivamente, a uma noção clínica tradicional mas que faça “articulação mais concreta entre a clínica e o social” (Dutra, 2004, p. 382), o que ocorreria, no caso da saúde mental, impedindo a ampliação da clínica e dos cuidados às pessoas em situação de sofrimento mental grave e persistente? Qual o papel da formação para manutenção desse *status quo*? Qual a implicação dos docentes para a perpetuação ou desconstrução desse panorama e como isso poderia se evidenciar, ou não, na prática profissional? Eram os docentes (incluindo-se o próprio pesquisador) responsáveis pela clínica ampliada não se efetivar tal como ensinado em sala de aula? Ou isso sinalizava para certa desimplicação dos alunos?

Diante de tais indagações, apostei na necessidade de pesquisar sobre a formação em saúde mental, tanto pelo que sinalizava o estado da arte como pelo que vivia e vivo em minha trajetória acadêmico-profissional, como mencionado anteriormente. No geral, testemunhei na prática e no decorrer da pesquisa, a atuação profissional de psicólogos que em pouco ou quase nada condizia com a política pública de saúde mental, em contexto de reforma psiquiátrica. Tampouco, com os marcos legais do SUS e com as necessidades sociais dos usuários. Com relação à universidade, depois concebida como um dos *locus* de formação e não mais o *locus* de formação, a prática e o estado da arte apontavam e ainda apontam para um hiato entre o que se aprende nos cursos de graduação e a atuação profissional. Fato foi a necessidade da Lei de Diretrizes e Bases em Educação Brasileira (Brasil, 1996) e das Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 2004)

sinalizarem e regulamentarem certa obrigatoriedade da formação se adequar à realidade social. Curioso é que a formação do psicólogo tem sido foco de discussão pelo Sistema Conselhos, sendo o ano de 2018 considerado o “ano da formação” pelo CFP (Conselho Federal de Psicologia). Apesar desse movimento problematizando a formação, nas discussões acompanhadas nos parece que uma nova reformulação das diretrizes curriculares está por vir como se a formação se desse apenas no âmbito acadêmico, conforme o pesquisador ingenuamente acreditou no início do projeto para a tese.

Mais tarde, refletindo sobre a questão da clínica, percebi que apostar na clínica ampliada, seja a ensinada na universidade ou a que se coloca como uma das orientações para o trabalho no SUS, através da PNH (Brasil, 2010) seria concebê-la de maneira tão prescritivo-normativa quanto as demais clínicas, incluindo a “clínica tradicional”. Isso a levaria, no máximo, ao exercício de certa soberania como se fosse a maneira adequada de se operacionalizar as ações em saúde mental. Igualmente seria contraditório tanto com relação ao caráter inventivo da reforma psiquiátrica frente à complexidade de suas demandas, quanto no que se refere ao reconhecimento dos limites de um saber técnico para lidar integralmente com a vida das pessoas com sofrimento mental grave e persistente. Pensar a saúde como uma questão ampla de cidadania envolve a inclusão de vários setores e saberes para sustentar sua promoção. Sendo observado na prática profissional e nas pesquisas sobre formação do psicólogo que a questão da clínica é um atravessador na saúde mental, passei a considerá-la como secundária (não menos importante), não perseguindo o ensino dessa ou daquela como caminho ou solução. Contudo, a necessidade de se indagar acerca da formação permaneceu. É consenso entre vários investigadores da área que desde a ampliação do campo de atuação do psicólogo, através de sua inserção na saúde pública através das reformas sanitária e psiquiátrica, tornou-se fundamental refletir sobre sua formação para o cuidado em saúde mental. Isso porque, no Brasil, a formação não acompanhou as significativas transformações ocorridas nas últimas décadas na saúde mental desconsiderando muitas vezes as novas práticas de cuidado ofertadas aos sujeitos com sofrimento mental grave e persistente (Amarante, 2008; 2010; 2015; 20015a; Brasil, 2007a; Boing & Crepaldi, 2010; Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003; Dimenstein & Macedo, 2012; Ferreira Neto, 2004; 2013; 2017; Freire & Pichelli, 2013; Macedo & Dimenstein

2011; Merhy, 1997; 2002; 2010; Oliveira, 2009; 2010; Passos & Dias, 2013; Penido, 2005; Soares, 2009; Silveira & Vianna, 2010).

Ademais, no que se refere à formação acadêmica há certo distanciamento entre as universidades e os serviços de atenção e assistência à saúde. A relação instituída entre esses dois equipamentos com finalidades distintas é complexa, multifacetada e, por vezes, desencontrada. Por parte da universidade e sua produção de conhecimento (em grande parte distante da realidade) observa-se certo conservadorismo e dificuldades em incorporar da prática saberes considerados pouco prestigiados. Ocupando certo lugar de autoridade reflexivo-avaliativa acerca das práticas exercidas nos serviços, a universidade quando interpelada pela prática, não raramente, a desqualifica como um discurso da “pura empiria”. Entretanto, a distância entre a universidade e os campos de prática, também, se alimenta de certa indisposição de alguns serviços para com a academia. É fundamental reconhecer que, culturalmente, no Brasil não temos o hábito do desenvolvimento de pesquisas pelos próprios serviços, havendo por parte deles dificuldades em incorporar pesquisadores, majoritariamente, oriundos da academia. Interpretam que os campos de práticas estão sendo invadidos pela universidade como um lugar que não lhe cabe. Não negamos que há experiências de aproximações entre as universidades e os serviços que despolarizam teoria e prática. Por parte da academia, alguns docentes, por iniciativa própria, se esforçam para ofertar atividades ligadas à prática nos serviços ou que promovam discussões sobre a saúde mental dentro da universidade. Esses, certamente, não reconhecerão tal distanciamento entre a academia e os serviços. Igualmente, não podemos nos esquecer da estratégica e necessária inclusão de disciplinas, formais e optativas, referentes às questões do campo da saúde mental nos currículos acadêmicos como uma estratégia de aproximação. Ainda, as estratégias de governo com a criação do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde)<sup>2</sup> e Humaniza SUS na tentativa de minimizar certo distanciamento devem ser reconhecidas. Somam-se à esse panorama, as parcerias de sucesso que alguns serviços estabelecem com as universidades.

---

<sup>2</sup> O PET-Saúde é um programa que visa fomentar ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento das ações em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do SUS, e tem como pressuposto a educação pelo trabalho. Nesse sentido, disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde e tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade.

Apesar das iniciativas elencadas acima, acreditamos que ainda não são suficientes para promoverem mudanças efetivas. No geral, ainda, temos uma formação acadêmica fechada, prescritiva, universalizante ao considerarmos que os problemas colocados, cotidianamente, pelo campo da saúde mental parecem escapar ao alcance da racionalidade técnica-científica que a universidade oferta. Destarte, o afastamento e certa “defasagem” na formação para saúde mental permanecem. Ainda temos uma formação formatada, na fôrma a qual eu mesmo, enquanto pesquisador, propunha aos alunos ensinando sobre clínica ampliada como uma forma idealizada de exercício prático na saúde mental. A partir dessa percepção, passei a me indagar sobre a necessidade ou mesmo a razão de se pensar na formação, apenas, em sua vertente acadêmica. Cabe aqui um parêntesis: nesse momento, uma ferida narcísica se abriu para um professor-pesquisador implicado com as questões da formação e que havia colocado muita crença na academia e na (sua) figura docente como fundamentais para a formação. Agora, um “forma-dor”, sentia a dor de sair da forma e da fôrma acadêmica e de mim mesmo. De tal modo, uma tímida travessia começou a se efetivar do professor-pesquisador para o pesquisador-professor.

A formação começara a apresentar-se para mim pelo viés da deformação, capaz de romper com a identificação do psicólogo brasileiro ao modelo clínico clássico, historicamente exercido pela psicologia e, não raramente, reproduzido pela universidade. Uma formação capaz de sinalizar para a criação de algo novo, abandonando seu caráter “especialístico” calcado em modelos científicos canônicos, afastados das questões que atravessam a prática. Logo, uma formação de profissionais reflexivos e não meramente técnicos para que o SUS e a reforma psiquiátrica se efetivassem enquanto projetos inclusivos de saúde em que as estratégias de cuidado extrapolassem àquelas instituídas pelo saber técnico autorizado, considerando o movimento da subjetividade, das relações sociais, das diferenças e do contexto social abordado (Akerman, 2013; Bock et al., 1996; Cunha, 2005a; Lancetti, 2010; Oliveira, 2009, 2010; Paulon et al. 2011; Romagnolli, 2011).

Mas, como pensar em uma formação, para além da acadêmica, capaz de efetivar tais idéias e lidar com a complexidade das demandas da saúde mental? Veio-me à mente uma formação que, porventura, passa por outras vias que não, necessariamente, a universidade ou mesmo que por ela passe, mantenha ou afirme



manter forte elo com a prática e a realidade dos serviços. Esclareço que não desconsidere os mestrados profissionais, os programas de residência profissional, a formação continuada/permanente e a supervisão nos serviços visto que todos se materializam a partir de projetos de intervenção concretos, fortemente vinculados a uma prática. Contudo, além de não serem foco de meu interesse essas estratégias de formação acabam por se nortear por indicações outras. Se não oriundas diretamente do saber acadêmico, advém da própria política pública que pretende “orientar” as ações nos serviços tal como as conhecidas publicações do Ministério da Saúde (MS) e suas correlatas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais com suas cartilhas, linhas-guia, além da própria legislação e planos locais de saúde mental. Apesar de reconhecer sua importância, estas podem ser tomadas pelo trabalhador como mera prescrição promovendo a automatização do trabalho ao reduzir sua capacidade inventiva. Destaca-se aqui a pressuposição de autonomia no próprio ato do trabalhador que pode “tomar” o que lhe ofertam como prescritivo. Tal noção de autonomia foi fundamental para mudar minha concepção acerca da formação. Porém, com relação à reforma psiquiátrica, mesmo reconhecendo-a como um campo vivo e heterogêneo, esta se deixa capturar por prescrições. “Evitar a internação em hospital psiquiátrico”, “tratar em liberdade”, dentre outras máximas são exemplos disso. Até mesmo sua materialização, inicial, via CAPS, pode se tornar prescritiva, “encapsulante”.

Merhy (1997) nos esclarece acerca da classificação das tecnologias em saúde e apresenta três categorias: a primeira nomeia de “duras” (equipamentos, insumos, estruturas organizacionais) e a segunda de “leve-duras” (os saberes estruturados) as associando a categorias de “trabalho morto”. Assim, enquanto política pública de Estado (universal) a reforma psiquiátrica só poderia produzir trabalho morto, meras repetições. Todavia, Merhy (1997; 2002), também, sinaliza que a convivência e o aprendizado junto aos chamados loucos têm conferido originalidade aos novos modos de produzir cuidados. As novas práticas e conhecimentos construídos no cotidiano dos serviços de saúde mental, sinalizam para a inventividade e produção de algo novo, que extrapola prescrições. A esse respeito, Merhy (1997; 2002) esclarece sobre a terceira categoria das tecnologias em saúde que ele nomeia de “leves” (as relações, vínculo, acolhimento, autonomia etc.), ligadas ao “trabalho vivo”, aos rearranjos da produção cotidiana do trabalho.

Assim, a saúde e o cuidado se produziriam em ato. Ou seja, o produto do trabalho em saúde realiza-se durante sua própria produção e para os diretamente implicados no processo (técnicos-usuários-serviços). Destarte, questionei: a formação ou algum de seus aspectos poderia ser pensada assim? Ela também se produziria em ato e por essa razão os discursos prescritivos da academia, da legislação, das cartilhas, das linhas-guia, dentre outros, não seriam suficientes para lidar com o inesperado que se apresenta aos profissionais da saúde mental? Poderia a formação se dar, ainda, para além dos conteúdos e prescrições, extrapolando a academia e as orientações que regulam os serviços? Seria a formação forjada, além do contexto acadêmico, por um profissional comprometido que constrói e retira de seu cotidiano o conhecimento e a finalidade de seu trabalho? Há algo para além, construído pelo próprio profissional a partir daquilo que lhe foi ofertado ou que ele acredita que lhe ofertaram na academia ou no próprio serviço para atuação na saúde mental?

Em uma outra perspectiva de formação, concebida de maneira ampla, ligada ao desejo, história, contexto, possibilidades e impossibilidades da vida (Freire, 1980; 2006; 2008) seria possível pensar numa formação inventiva para saúde mental, numa perspectiva da desinstitucionalização, assim como anseia a reforma psiquiátrica com relação ao seu objeto de intervenção? Com a concepção de formação “deformada” meu interesse nessa pesquisa se redirecionou. Se há questionamentos com relação ao saber universitário ou prescrito pela política como “insuficientes” para lidar com as questões da saúde mental, não haveria formação ideal para reforma psiquiátrica, assim como não há saber ideal ou mais significativo, seja ele teórico ou prático. É importante destacar que foi um processo árduo a chegada às reflexões levantadas anteriormente, perpassado por três momentos. O primeiro deles, minhas reminiscências da época em que atuava como psicólogo na saúde mental e, mais ainda, minha experiência como professor de psicologia com alunos em estágio na rede de saúde mental de Ipatinga/MG. O segundo relaciona-se a algumas visitas realizadas aos serviços de saúde mental da referida cidade e em especial de “conversas informais” com alguns psicólogos que neles atuavam. Conhecia algumas de suas dificuldades e potencialidades, principalmente através de relatos dos alunos, isso porque meus encontros nesses espaços eram sempre motivados por questões burocráticas que envolvem uma prática de estágio

acadêmico<sup>3</sup>. Pela primeira vez fui exploratoriamente a alguns serviços como alguém interessado em saber um pouco mais sobre sua realidade, seus possíveis entraves e potências a fim, na época, de empreender pesquisa futura da qual essa tese é fruto e não como professor de uma IES.

Do “contato exploratório” com a rede de saúde mental de Ipatinga/MG, ainda em processo de construção se pensada sob a recente lógica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>4</sup>, identificamos que era composta basicamente por um CAPS II, por “psicólogos da saúde mental” lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por leitos psiquiátricos no hospital geral da cidade e por um Núcleo de Saúde Mental Infantojuvenil, que a nosso olhar obturava na rede a inexistência de um CAPSi. Também, não existia na rede de saúde mental do município de Ipatinga os seguintes dispositivos: Centro de Convivência, Serviço Residencial Terapêutico (SRT)<sup>5</sup> e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). Com relação à ausência do primeiro dispositivo, segundo relatos, uma Organização Não-Governamental (ONG) funcionava como seu correlato. Já referente à ausência dos outros dois dispositivos havia relatos da presença de instituições manicomiais e comunidades terapêuticas na cidade o que, a nosso ver, “justificava” a incompletude da rede no tocante à oferta de serviços de residencialidade e para tratamento dos usuários crônicos de álcool e outras drogas. Além disso, observamos como importante característica dessa rede que seus trabalhadores eram majoritariamente psicólogos. Outro fator interessante que não se constituiu como novidade para a assistência em saúde mental de várias cidades interioranas era a defasagem de psiquiatras na rede

---

<sup>3</sup> Na IES onde atuo é função do professor, quando em supervisão de estágio, articular “burocraticamente” o seu funcionamento ficando muito mais envolvido, quando em contato com os serviços, em reuniões com gerentes, coordenadores (que nem sempre possuem competência técnica, mas as vezes ocupam cargos comissionados) articulando regras, normas, documentação para que o estágio ocorra, que em contato direto com os profissionais na prática. Essa só chega ao professor através dos relatos dos alunos – não raramente enviesado e muito focado em seu próprio aprendizado e fazer.

<sup>4</sup> A RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o SUS e é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, Unidade de Acolhimento, os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais e outros dispositivos amplos que não necessariamente da Saúde como da educação, Assistência Social, Esporte, cultura e lazer e Organizações da sociedade civil.

<sup>5</sup> Os Serviços Residenciais Terapêuticos, também conhecidos como Residências Terapêuticas, são casas, locais de moradia, destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e/ou foram impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem.

de atenção e cuidado em saúde mental ipatinguense. Tal situação, em Ipatinga, é curiosa não apenas por ser uma constante em razão de atravessamentos político-institucionais, organizacionais, afetivos etc., mas, também, pelo fato de ter sido uma “escolha” colocar o psicólogo na linha de frente para todo tipo de demanda do campo da saúde mental. Na ausência do médico psiquiatra, em certa época, os psicólogos acompanharam e avaliaram o uso medicamentoso dos usuários junto aos médicos clínicos da rede de saúde. O médico clínico geral avaliava e prescrevia e o psicólogo “monitorava” solicitando novas avaliações sempre que julgava necessário ou perante as queixas dos usuários com relação à eficácia ou não do medicamento. Não foi sem espanto, o reconhecimento da rede de saúde mental de Ipatinga como “psicólogo-centrada”, o que me levou a indagar como o psicólogo responde (ou pelo menos, tenta) às complexas e variadas demandas que até ele chegavam? Ele se sentia preparado para isso? É possível ter esse preparo e de onde ele é oriundo? Tendo o psicólogo se inserido nas políticas públicas de saúde através da reforma psiquiátrica (Dimenstein, 1998; Dimenstein & Macedo, 2012), e se tornado um dos atores mais importantes para a reforma psiquiátrica brasileira (compondo a equipe mínima dos serviços substitutivos em saúde mental referendado pela Lei 10.216/01), e sendo, também, o pesquisador, psicólogo e professor em um curso de psicologia em contato exploratório com o campo<sup>6</sup>, justificou-se o interesse e a importância de se realizar pesquisa sobre a formação dessa categoria profissional que, em Ipatinga, se destaca dentre um quadro multiprofissional que é o da saúde mental (ou, pelo menos, deveria sê-lo).

Cabe acrescentar que, à época do contato exploratório com o campo, acreditava que os vários psicólogos que atuavam nas UBS compusessem as Equipes de Saúde da Família (ESF). Mas, na cidade de Ipatinga esses psicólogos

---

<sup>6</sup> Cabe aqui fazer um parêntesis que, a despeito de ser professor, residir nessa cidade e ter me interessado pelo tema da formação em Saúde Mental através do contato com alunos, estagiários e profissionais da rede desse município, havia proposto em anteprojeto como campo de pesquisa, quando da entrada no doutorado, a cidade de Belo Horizonte por seu papel de destaque no que se refere à Reforma Psiquiátrica e por sua rede de Saúde Mental servir de “vitrine” para outras cidades e estados brasileiros. Para além, no que se refere à formação acadêmica a cidade é um polo formador, de graduação e pós-graduação, abrigando o maior número de faculdades de psicologia em todo o estado de Minas Gerais, dentre elas a Universidade Federal. Isso, pois, o interesse inicial repousava na formação acadêmica para o trabalho em Saúde Mental. A visita exploratória à rede de Saúde Mental de Ipatinga/MG deveu-se ao fato de optarmos pela realização da pesquisa nesse município em função de minha mudança para lá, de minha inserção profissional e contato com a rede. Ademais, concluímos que a cidade de Belo Horizonte possui ricas pesquisas sobre a Saúde Mental, enquanto que as cidades interioranas, que ainda estão em um processo de construção de sua trajetória pela Reforma Psiquiátrica, carecem de estudos mais sistematizados.

atuam como extensão do CAPS II dentro das UBS. Parece, a princípio, interessante um CAPS que não se reduza à sua estrutura física. Inclusive, alguns pesquisadores da área criticam a centralidade das ações em saúde mental reduzidas aos CAPS ao que eles nomeiam “capsização” ou “encapsulação” da reforma psiquiátrica (Amarante, 2003; Dimenstein, 2004). Contudo, supostamente, expandi-lo para as UBS personificando a saúde mental na figura do psicólogo e prescindindo da presença de outros profissionais, como é o caso de Ipatinga, me pareceu, no mínimo, contraditório. Havia relatos que essa teria sido uma ideia dos “psicólogos mais antigos” aqueles que estão na rede de saúde mental da cidade desde os primórdios de seu funcionamento “antes de existir CAPS, reforma psiquiátrica” (anteriores à legislação de saúde mental brasileira).

Já os “psicólogos mais novos”, aqueles chegados após concursos públicos realizados por volta dos anos de 2007 e 2011 (após a legislação em saúde mental instaurada), levantavam alguns questionamentos com relação à configuração da rede de saúde mental ipatinguense. O que ficava nas entrelinhas, ao tentar elucidar acerca da presença dos “psicólogos da saúde mental” nas UBS era certa divisão entre “antigos” e “novos”. Ainda, apesar de não ter sido o foco, há apontamentos feitos por resultado de pesquisa de mestrado empreendida acerca do funcionamento da rede primária de cuidados em saúde (Barboza, 2009) com relação à forte presença do psicólogo na UBS atuando, não raramente, em um modelo tradicional de consultas agendadas. Com o acolhimento aberto e superlotado o psicólogo funcionou, também, como espécie de “triagem” para os casos que deveriam ou não ser encaminhados ao CAPS da cidade. Este por sua vez, contraditoriamente, manteve por certo tempo o acolhimento por agendamento chegando a ficar esvaziado enquanto o “psicólogo da saúde mental”, que atuava no espaço das UBS, assoberbado por variadas demandas (Barboza, 2009).

Outro fato curioso, apontado pela pesquisa supracitada e que me remeteu à suposta divisão relatada entre psicólogos “mais antigos” e “mais novos” é que o funcionamento da rede de saúde mental de Ipatinga foi, em grande parte, idealizado por esses psicólogos “mais antigos” que ocuparam no município cargos estratégicos de gestão. Acreditamos que esses psicólogos poderiam constituir-se como informantes privilegiados a respeito da peculiar história e funcionamento da saúde mental na cidade. O fato é que atualmente com acolhimento aberto, os psicólogos

atendem às mais variadas demandas: “tudo chega até o psicólogo”. Nesse contexto, muitos têm se questionado não apenas sobre o funcionamento da rede de assistência em saúde mental na cidade. Perguntam-se, também, sobre a sua própria formação e função tentando, inclusive, se organizarem em grupos de estudo visando buscar solução para seus impasses. A despeito de terem especialização ou não, pareciam sentir-se “afligidos” frente à complexidade e à variedade das demandas que recebiam. Isso, também, justificou o estudo acerca da formação para atuação nesse campo complexo que é o da saúde mental, num contexto de reforma psiquiátrica em implantação, especialmente em uma cidade na qual a rede de saúde mental configura-se muito diferente da maioria das outras cidades brasileiras.

O terceiro momento fundamental para mim com relação a se pensar a formação por outro prisma diz respeito a uma lembrança (atrelada a releitura do teórico e educador brasileiro, Paulo Freire) de um diálogo ocorrido há uns anos atrás com uma pessoa que fazia uso da rede de assistência em saúde mental do município de Belo Horizonte/MG. Militante engajada da Luta Antimanicomial relatava-me sobre um texto que escrevia a respeito do trabalho feito pela saúde mental. Num determinado ponto da conversa ela me diz: “a saúde mental faz o que não existe”. Essa lembrança me remeteu à seguinte pergunta: se o trabalhador da saúde mental faz o que não existe, teriam leis, normas, cartilhas, disciplinas universitárias em qualquer nível, cursos, palestras (formação em seu sentido didático-pedagógico) que, efetivamente, formam para atuar nesse campo? Ou tais estratégias se constituem como parte da formação, sendo necessário para, além disso, a invenção de algo novo e que as extrapolem? Se os alunos e profissionais, mesmo diante dos conteúdos “ensinados” por mim na disciplina “Clínica Ampliada e Saúde Mental”, conforme mencionado, ainda relatavam dificuldades, era porque o que aparece na prática é aquilo que não existe, precisa ser inventado? Se os profissionais ipatinguenses questionavam sua própria formação frente aos impasses que enfrentam no cotidiano, seria por esse mesmo motivo? Sendo assim, toda e qualquer orientação teórica ou legislativa seria insuficiente para lidar com eles?

É preciso fazer aqui outro parêntesis: tecer essas perguntas, aparentemente simples, trouxe-me certa angústia e alívio. Ou, uma “alegria triste” como diz a música “As canções que você fez pra mim”, composta por Roberto e Erasmo Carlos (1968). Ora, num momento, questionei o meu próprio exercício enquanto professor como se

eu não estivesse formando “adequadamente” para a prática em saúde mental, e por esse motivo investia na formação numa concepção meramente acadêmica. Noutro momento, num suspiro aliviado, encontrei na (re)leitura tímida e exploratória de Paulo Freire a máxima de que “ninguém educa ninguém” e que a formação se dá de modo processual, contínuo e crítico não se reduzindo ao processo pedagógico-educacional. Tal qual o homem ela é incompleta e, por essa razão, está em incessante movimento de (re)construção. Objetivando transformar o mundo aproxima aquele que aprende e aquele que ensina da realidade social. Sem perder de vista as particularidades existentes em si mesmo, enquanto agente de mudança, e as particularidades da realidade a ser transformada, o homem inventa e reinventa práticas sustentadas no saber acadêmico, mas, principalmente, no saber que advém de sua própria reflexão sobre aquilo que lhe ensinam e sua efetiva articulação ao cotidiano em que se encontra inserido (Freire, 1980; 2006; 2008; Souza, 2006).

Nessa perspectiva, a proposta foi de gerar um trabalho de pesquisa acerca da formação do psicólogo para atuação na saúde mental, num contexto de reforma psiquiátrica em construção numa cidade que tem como característica um programa de saúde mental diverso do que orienta a Política Nacional de Saúde Mental. Investigar se havia uma formação para além do instituído pelas formatações acadêmicas e/ou pelas políticas orientadoras da assistência em saúde mental no Brasil, buscando de maneira contextualizada, identificar através dos discursos dos psicólogos os sentidos que estes atribuem à sua própria formação e prática profissional. Ainda, identificar até que ponto a formação converge ou não com as demandas que recebem no contexto da saúde mental e o que eles fazem disso que acreditam ter recebido como formação para lidar com um contexto peculiar como é caso da cidade de Ipatinga.

Cabe, contudo, demarcar alguns aspectos que balizaram a proposta dessa pesquisa: a) considerar que a implantação do SUS e da reforma psiquiátrica no Brasil, as mudanças na concepção de saúde e a transposição do modelo de assistência manicomial para o de Atenção Psicossocial trouxeram, como efeito, para o bojo das discussões a complexidade da assistência em saúde mental; b) pensar que tal complexidade, inicialmente materializada nos serviços substitutivos, se recomplexifica com a oferta de assistência no “Modo Psicossocial” de atenção em saúde mental e com a construção diária de práticas desinstitucionalizantes que

visam intervir não apenas sobre questões tradicionalmente do âmbito da psicopatologia, mas, também, referentes à cidadania e à vida das pessoas em situação de sofrimento mental grave e persistente. E isso se constitui, não raramente, como um desafio para os operadores da reforma; c) os impasses que se colocam na prática para a construção de respostas integrais, para além dos cuidados clínicos, visando à proteção dos direitos sociais básicos de cidadania, o acesso e inclusão social das pessoas que fazem uso dos serviços de atenção à saúde mental, o que, também, interpela a formação para atuação em saúde mental; d) o papel ambíguo da formação; por um lado, essencial para o enfrentamento dos desafios que atravessam o campo da saúde mental no Brasil, por outro sua insuficiência devido ao distanciamento entre aquilo que se ensina (ou que se orienta enquanto política) e a realidade social cotidiana no território.

Diante do exposto, acreditamos que para o enfrentamento das demandas que se apresentam no dia a dia dos serviços, seria no mínimo interessante que uma nova concepção de formação que considere as realidades vivenciadas nos serviços de saúde mental, em contextos singulares de reforma psiquiátrica se efetivasse. Isso se constituiu como força motriz para esta pesquisa na esperança de contribuir para ampliação do conhecimento sobre as questões que giram em torno do âmbito da formação para atuação em saúde mental.

## **1.2 Objetivos**

### ***1.2.1 Objetivo geral***

Investigar e analisar o que pensa o psicólogo sobre sua formação acadêmica e os sentidos que atribui a ela para atuação no campo da saúde mental e como ela está respondendo aos desafios da prática em um contexto de reforma psiquiátrica em processo de construção.

### ***1.2.2 Objetivos específicos***



- a) Empreender descrição analítica sobre a rede de saúde mental de Ipatinga, os dispositivos que a compõem, as atividades realizadas, sua história, o lugar que o psicólogo nela ocupa, sua relação com a rede ampla a fim de compreender como o contexto contribui para o aparecimento ou não de certos discursos acerca da formação.
- b) Identificar, na prática do psicólogo na saúde mental, se há possíveis elementos que possam ser considerados como “formação em ato” ou como “deformação”, para além do orientado pela academia e/ou pela política de assistência em saúde mental no Brasil, ao tomar a formação como um processo contínuo e inacabado.
- c) Investigar e refletir se há uma formação inventiva, numa perspectiva da desinstitucionalização, e como se articula ou não aos saberes acadêmicos e/ou da política orientadora da assistência ao ser ressignificada pelos próprios psicólogos em prática cotidiana, contextualizada.

## **2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Para pensarmos a formação profissional para atuação no campo da saúde mental é condição *sine qua non* recorrermos a dois marcos político-conceituais: o SUS e a reforma psiquiátrica. Além de abrigarem o trabalho cotidiano dos profissionais da assistência em saúde, de formas distintas, porém não sobrepostas, consideramos que ambos contribuíram para a mudança de paradigmas no que se refere ao pensamento e à produção de cuidados em saúde, em especial a saúde mental. Tanto o SUS, fruto do movimento de reforma sanitária, quanto a reforma psiquiátrica, colocaram em cena o cidadão e seus direitos sendo assim necessários novos saberes e práticas que os sustentem.

### **2.1 Para uma nova concepção de saúde, outro modelo de assistência: o SUS**

Consequência de um amplo processo de mobilização social, ocorrido num contexto de luta contra a ditadura e anseio pela redemocratização do país, e potencializado pelo movimento de reforma sanitária, em prol de uma saúde verdadeiramente pública, o SUS surgiu como uma das principais conquistas sociais para assistência à saúde pública no Brasil, aproximadamente, há 30 anos. Desde sua criação e promulgação pela Lei 8.080 de 1990<sup>7</sup> (Brasil, 1990), o SUS provocou profundas mudanças nas práticas de saúde no país a partir da defesa de um novo modelo de assistência calcado na concepção ampliada de saúde, enquanto resultante da interação de vários processos, dentre eles os sociais. Para além, preconiza a obrigatoriedade de o Estado garantir a todos os cidadãos, sem distinção, acesso aos serviços públicos de saúde (Brasil, 1990; Campos, 1991). Nessa perspectiva, podemos afirmar que após a promulgação do SUS houve uma profunda modificação na assistência em saúde no Brasil, tanto no que se refere ao modelo gerencial, organizacional e operacional dos serviços de saúde, quanto no

---

<sup>7</sup> Lei que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

que diz respeito ao desenvolvimento científico e tecnológico, à formação e capacitação de pessoal habilitado para trabalhar em consonância com as premissas do novo sistema de saúde brasileiro.

Das modificações operadas na assistência a saúde no país, concernentes ao processo de criação do SUS, destacamos a melhoria nos níveis de consciência sanitária e a participação crítica de diversos atores sociais no processo de reorientação das políticas de saúde, econômica e social do país. Ainda, a melhoria da qualidade de vida e da saúde passou a ser percebida como imbricada à redução das desigualdades sociais, o que apontou para a integração necessária das ciências sociais com a saúde inaugurando o campo da Saúde Coletiva. Este considera as variáveis social, econômica e ambiental, para além da orgânica, como determinantes da saúde-doença. Assim, os aspectos socioeconômicos juntamente aos epidemiológicos foram considerados na elaboração e execução de uma política de saúde pública mais eficiente, conectada à realidade e ao contexto social amplo dos cidadãos. Ao contrário das demais áreas da saúde que possuem caráter de tratamento e combate à doença, a saúde coletiva visa prevenir o seu desenvolvimento através da promoção da saúde. Para tal, almeja desenvolver nas pessoas e comunidades habilidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da qualidade de vida e desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva. Respeitando os perfis sanitários, de acordo com a cultura e a necessidade de cada região, a saúde coletiva cria saberes sobre os modos como se produz saúde e doença (Campos, 2000a; Mendes, 1993; Paim, 1993; World Health Organization, 1991). Ela pode ser considerada como um novo paradigma de promoção de saúde ao superar a influência do modelo tradicional (clínica médica) na organização dos serviços e suas práticas. Assim, produz mudanças no modelo de atenção e na lógica de funcionamento dos serviços, defendendo a saúde pública como uma construção social e histórica (Campos, 2000a).

Acrescentamos que, antes da saúde ter sido garantida como direito de todos e dever do Estado (constitucionalmente e nas premissas do SUS), as ações dos serviços de saúde eram “ofertadas” pelo Estado apenas aos contribuintes da Previdência Social. Era legitimado um hiato na saúde. Para aqueles assistidos pelo Estado destinavam-se os ditos “qualificados” serviços de saúde e para os pobres,

indigentes ou carentes do Estado os serviços de “pior qualidade” garantidos via caridade e filantropia (Brasil, 1988, 1990; Cunha & Cunha, 1998; Paim, 1993). Nessa época, havia algumas iniciativas para ampliar a oferta de serviços de saúde como, por exemplo, a compra de serviços da iniciativa privada pelo governo militar. Porém, tal ação onerou as contas públicas, penalizou os trabalhadores e potencializou o crescimento do setor privado em detrimento ao público. Especificamente, no campo da assistência pública à saúde mental assistimos ao fenômeno da “indústria da loucura”. As pessoas passaram a ser internadas, indiscriminadamente, por toda sorte de situações, problemas e carências sociais diversas como forma de se lucrar com a carreira manicomial dos doentes (Amarante, 1998; Cunha & Cunha, 1998; Resende, 2001).

A insatisfação com a precariedade da assistência em saúde e com o sucateamento das instituições de saúde pública aliadas ao contexto de repressão, trouxeram vários grupos e movimentos sociais para a cena política culminando na redemocratização do Brasil. Nesse cenário de redemocratização efetuou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, uma das mais importantes e decisivas influências para constituição do SUS, e a assistência à saúde foi reformulada. Como direito de todos e dever do Estado, constitucionalmente garantido, despolarizou-se a assistência entre aquela para os filhos e aquela para os órfãos do Estado.

O acesso à saúde no Brasil se universalizou a partir do SUS. Contudo, por ser um processo complexo que exige participação e compromisso social (tanto dos técnicos quanto da população em geral), o SUS é um processo inacabado. Ele enfrenta vários desafios, dentre eles a formação de contingente profissional que possa sustentá-lo. Para Heckert e Neves (2010) faz-se necessário compreender sua complexidade e conceber a formação como um processo de construção coletiva com os sujeitos envolvidos, conectando os processos de trabalho nos serviços de saúde, seus trabalhadores e usuários, visando uma assistência integral. Assim, advoga-se uma formação para o SUS que extrapole seu sentido clássico, pedagógico e se articule ao cotidiano de trabalho onde gestão, cuidado e formação se entrelaçam enquanto atitude transdisciplinar concreta, potente e capaz de produzir algo novo.

Nesse sentido, a PNH tem apresentado e apostado numa formação intervencionista, disruptiva e, também, como efeito das práticas concretas no âmbito do próprio SUS visando produzir novas normas e formas de intervir, viver e trabalhar

criativamente (Brasil, 2010; Heckert & Neves, 2010; Mello & Paulon, 2015). Sustentando que os modos de saber podem se forjar no cotidiano de trabalho, Mello e Paulon (2015) empreenderam esforço para aproximar essa ideia de formação defendida pela PNH e a política de saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica. Para as autoras, apesar de distintas tais políticas “compartilham, entre outras afinidades, a promoção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos; a inclusão das diferenças, como incremento às experiências coletivas; e a mudança nos modos de produção do cuidado em saúde” (p. 87). Para ambas políticas o cuidado é um dos desafios para a promoção integral da saúde, negando formas fragmentárias de se tratar. Outro aspecto importante, segundo essas autoras, é que ambas precisam superar o “abismo existente entre a academia e os serviços de saúde” (p. 88).

Longe de um conceito naturalizado, abstrato e assistencialista, a PNH concebe a humanização como prática de intervenção local que se sustenta na experiência concreta dos sujeitos e das práticas de saúde como um fazer transversal rompendo as barreiras disciplinares. Igualmente se sustenta na indissociabilidade entre atenção e gestão negando a separação entre os processos de cuidado e gestão do trabalho em saúde assim como os binarismos: clínico *versus* político, indivíduo *versus* coletivo etc. Aposta ainda no protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos no compartilhamento das responsabilidades entre serviços e usuários potencializando as ações em saúde (Mello & Paulon, 2015). De tal modo, aproxima-se da reforma psiquiátrica que visa transformar a relação estabelecida entre sociedade e loucura e defende o cuidado em liberdade como produtor de autonomia e protagonismo das pessoas com sofrimento mental grave e severo. Isso coloca em constante indagação as práticas de gestão e cuidado e, por consequência, de formação.

## **2.2 Do modelo asilar ao paradigma psicossocial: a reforma psiquiátrica no Brasil como processo social complexo**

A reforma psiquiátrica brasileira vem se configurando ao longo dos anos como um campo de assistência, produção teórica e intervenção social de grande

inventividade. Trata-se de um amplo e complexo processo de mudança no atendimento público em saúde mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito aos seus direitos de liberdade, cidadania e protagonismo. Ela é considerada um processo de desinstitucionalização que visa a inserção da loucura no social contrapondo-se às práticas, exercidas desde o século XIX, que dispensaram aos loucos o recolhimento em asilos ou hospitais psiquiátricos. Tais práticas materializaram o poder de política e de polícia da psiquiatria que julgou, prendeu e decidiu sobre a circulação e a vida das pessoas (Amarante, 1994; 1998; 2008; 2010; Mello & Paulon, 2015; Passos, 2009). Como um processo social complexo, a reforma pressupõe a superação do paradigma psiquiátrico negando a instituição manicomial e o saber da psiquiatria que transformou a loucura em doença mental e destinou à ela uma vida insípida dentro dos muros dos manicômios brasileiros (Amarante, 1998; 2008; Resende, 2001; Coga & Vizzotto, 2003; Yasui, 2010).

De acordo com Amarante (1997), a proposta da reforma psiquiátrica brasileira é a substituição radical do modelo manicomial e de suas diversas formas de exclusão por um modelo de tratamento aberto e em liberdade. Para tal, fazem-se necessárias transformações nas relações que a sociedade e suas instituições estabelecem com a loucura, a superação do estigma e da segregação criando possibilidades de coexistência, cuidado e cidadania e a invenção de serviços extra-hospitalares para lidar com a experiência da loucura. Enfim, trata-se de uma transformação cultural que precisa incidir sobre os desejos de manicômio da sociedade indo além de mudanças, meramente, tecnicistas de cuidado (Amarante, 1994; 1998; 2004; Machado & Lavrador, 2001; Nicácio et al., 2005; Nick & Oliveira, 1998; Resende, 2001; Tenório, 2002). Para Yasui (2010), a crítica radical à psiquiatria tradicional produziu o deslocamento da doença para o “existir humano” e sua complexidade, constituindo o que Costa-Rosa (2000) denomina de “Modo Psicossocial” do cuidado. Radicalmente diferente do “Modo Asilar”, o “Modo Psicossocial” propõe a participação, a autonomia, a horizontalidade e o protagonismo incentivando o relacionamento entre usuários e profissionais, apostando no diálogo e na convivência para a emergência das subjetividades, sempre inscritas em uma dimensão coletiva e sociocultural.

Segundo Amarante (1999; 2003), a reforma psiquiátrica brasileira possui quatro dimensões fundamentais: a dimensão epistemológica, a dimensão técnico-assistencial, a dimensão jurídico-política e a dimensão sociocultural. A dimensão epistemológica se refere à produção de novos saberes interdisciplinares capazes de desconstruir o saber fundante da psiquiatria como a noção de doença mental, por exemplo, retirando dela a hegemonia no que se refere ao tratamento da loucura. A dimensão técnico-assistencial constitui-se pelo necessário e constante movimento entre a prática e a teoria em prol da construção de novos modos de cuidado, acolhimento, espaços de sociabilidade e apoio psicossocial. Já a dimensão jurídico-política sustenta-se na produção de ações que visem empoderar àqueles que não tem direito ao exercício da cidadania. E, por fim, a dimensão sociocultural objetiva desconstruir o imaginário social em torno da periculosidade e irracionalidade do louco e a crença de que o seu tratamento deva ser restritivo da liberdade.

As mudanças produzidas nessas dimensões fazem com que a política de assistência psiquiátrica no Brasil assumira um caráter inovador materializado-se numa rede de novos serviços abertos e substitutivos aos hospitais psiquiátricos como os CAPS, os Centros de Convivência<sup>8</sup>, os SRT, as Equipes de Saúde Mental para atuação na Rede Básica de Atenção à Saúde<sup>9</sup> e o dispositivo de Matriciamento em Saúde Mental<sup>10</sup>. Desses serviços, o CAPS, amparado pela Portaria MS 336/02<sup>11</sup>, tem função de regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental e articular estrategicamente a rede ampla em sua área de atuação. Além disso,

---

<sup>8</sup> Os Centros de Convivência são dispositivos públicos, que compõem a rede de atenção em Saúde Mental. Neles é oferecida às pessoas a possibilidade de se reunirem livremente criando espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade através atividades de trabalho, lazer, arte, cultura, saúde, entretenimento e inclusão social.

<sup>9</sup> Trata-se da inclusão, na Rede Básica de Saúde, de ações em Saúde Mental tendo como foco o trabalho em equipe multidisciplinar, visando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos usuários, estimulando fortemente a participação comunitária e controle social, através de ações articuladas entre a ESF e a equipe dos serviços de Saúde Mental (Brasil, 2007).

<sup>10</sup> O Matriciamento ou Apoio Matricial pode ser definido como um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção terapêutica, visando a melhoria do atendimento para os portadores de transtorno mental grave no nível da Atenção Primária. Como um serviço de capacitação permanente, o Matriciamento é dirigido aos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente nomeada como Equipe de Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2007; 2011).

<sup>11</sup> Portaria que cria uma linha de financiamento para a instalação e manutenção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como locais prioritários para o tratamento de pessoas atravessados pelo enigma da loucura (pessoas em situação de sofrimento mental grave e persistente) (Brasil, 2002).

acolher e ofertar atendimento clínico-social e oferecer suporte à rede de Atenção Básica de Saúde para os casos de saúde mental (Amarante, 2008; 2008a; Andreoli, 2007; Brasil, 2002; 2004a; Franco, 2013; Ferreira Neto, 2008; 2008a; Nick & Oliveira, 1998; Ribeiro, 2011).

No entanto, a despeito dos CAPS terem assumido certa centralidade o que está em jogo com a reforma psiquiátrica, além da desconstrução do modelo hospitalocêntrico, é a expansão de uma nova proposta de cuidados em saúde mental que extrapole o próprio CAPS (Mello & Paulon, 2015) não o tornando um dispositivo totalizante e “encapsulado” uma vez que para Basaglia (1985), toda forma de institucionalização agride e exclui o homem de suas possibilidades. Nessa perspectiva, mais que construir serviços, é primordial superar a referência “hospitalocêntrica” e produzir novas formas de cuidado e sociabilidades sustentadas pelo ideário de inclusão social, respeito à diferença e liberdade da pessoa com sofrimento mental grave e persistente (Amarante, 1998). Para tal, faz-se necessário superar teorias e práticas segregacionistas buscando estratégias inclusivas que ampliem a assistência para além dos cuidados clínicos, ao considerar as questões socioeconômicas e políticas no tratamento pautando-o na “ética da inclusão, da construção diária do lugar do louco na cidade” (Minas Gerais, 2006, p. 18).

Também, é imprescindível descentrar os cuidados da psiquiatria para uma “equipe mínima” (conforme preconiza a Lei 10.216/2001, em especial a Portaria 336/02) capaz de promover ações transdisciplinares que superem o abandono, a violência e a segregação evitando a construção de carreira manicomial pelo louco. Além da ampliação da assistência, agora a cargo de uma equipe e não apenas do saber/poder psiquiátrico, as atividades ofertadas nos serviços de saúde mental, também, se diversificaram. Além do atendimento individual, os serviços passaram a ofertar “atendimentos em grupos”, “oficinas terapêuticas”, “visitas domiciliares”, “atendimento à família”, “atividades comunitárias”, dentre outras. (Amarante, 1998; 2008; 2008a; Brasil, 2004a; Passos, 2003; Resende, 2001; Coga & Vizzotto, 2003). Trata-se de um deslocamento do modelo de tratamento “asilar-manicomial” para a “lógica do território” sendo os serviços substitutivos palco para atividades diversas<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), tais atividades se configuram como atendimento psicoterápico, atividades em grupo, oficinas, atividades de suporte social, atendimento às famílias, visitas domiciliares, atividades comunitárias, assembleias e reuniões de usuários, intervenções culturais etc.



Além disso, acompanhamento do cotidiano da pessoa com sofrimento mental grave e persistente e suas relações sociais, promovendo “uma ampliação tanto na intensidade dos cuidados [...], quanto em sua diversidade” (Tenório, 2002, p. 31-32).

Ainda, no âmbito da legislação, a criação da RAPS através da Portaria 3.088/2011 para pessoas com sofrimento mental grave e persistente e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas institui o cuidado em rede e reorganiza, dentre outras coisas, o financiamento dos CAPS no âmbito do SUS.

Retomando a questão dos cuidados, é evidente que as atividades desenvolvidas nos serviços substitutivos em saúde mental têm se transformado. O agir terapêutico vem sendo questionado, a inserção de discussões acerca dos direitos humanos tem se potencializado, assim como as intervenções na cultura. Logo, os cuidados não se reduzem apenas ao atendimento clínico (Bezerra Jr., 2007; Brasil, 2004a). O foco das intervenções e dos cuidados em saúde mental tem se expandido para todo contexto da pessoa “doente” e não, apenas, sobre a mera manifestação sintomalógica da doença (Tenório, 2002). Se antes o sujeito era colocado entre parêntesis e a psiquiatria se ocupava apenas da doença, agora esta é colocada entre parêntesis possibilitando que uma nova relação social e de cuidados se estabeleça com o sujeito atravessado pela experiência da loucura:

[...] colocar a doença mental entre parêntesis não é, portanto, a negação da loucura ou do sofrimento [...] a doença mental entre parêntesis é, a um só tempo, a ruptura com o saber psiquiátrico enquanto obstáculo epistemológico, e a condição de possibilidade de [uma] outra relação da sociedade com os sujeitos portadores de sofrimento. (Amarante, 2004, p. 209).

Trata-se, portanto, da perspectiva “existencia-sofrimento” que, para Rotelli, Leonardis e Mauri (1990), implica em considerar o corpo em relação com o corpo social; em estado de não equilíbrio em uma emancipação não reparadora das possibilidades humanas de reprodução social em que o sujeito é acolhido<sup>13</sup> nos serviços de saúde mental. É a possibilidade de ter amigos, ser diferente e, sem por

---

<sup>13</sup> O acolhimento é compreendido como uma postura que pressupõe atitude por parte do trabalhador de receber, escutar e tratar de forma humanizada o usuário e suas demandas; técnica que instrumentaliza procedimentos e ações organizadas que facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados; Ainda pode ser considerado, (re)orientador dos processos de trabalho assinalando problemas e oferecendo possibilidades de respostas às questões referentes à organização dos serviços de saúde e ao usuário (Scheibel & Ferreira, 2011).

isso, estar institucionalizado e excluído do convívio social; estar no mundo constituindo-o como parte singular e heterogênea em busca do exercício pleno de cidadania que está em questão. É a consideração por aspectos amplos da vida do sujeito com sofrimento mental que permite a passagem do cuidado clínico-individual ao político-ampliado do “Modo de Atenção Psicossocial” (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003).

De acordo com Mello e Paulon (2015), para se efetivar o processo de reforma psiquiátrica a dimensão institucional não pode ser desconsiderada. Destarte, a concepção de “desinstitucionalização” formulada e operacionalizada no âmbito da experiência italiana de reforma psiquiátrica – especialmente, a triestina – tem orientado a reforma brasileira (Passos, 2009a; Yasui, 2010). Para Amarante (1996; 2008a), a ideia da desinstitucionalização se estabeleceu durante o momento de transição ou desmontagem do paradigma psiquiátrico clássico em direção à abertura de um novo contexto prático discursivo acerca da loucura, considerada uma possibilidade de existir. Assim, desinstitucionalizar é “construir e inventar novas perspectivas de vida e subjetividade para aqueles mesmos sujeitos e não apenas ‘evoluções’ e ‘prognósticos’ da doença mental” (Amarante, 1996, p. 33). É inventar modos de (con)viver, agir, cuidar e respeitar. É comprometer-se com a transformação social constituindo-se como campo aberto à novas práticas, integradoras e contextualizadas. É reinventar a relação saúde-doença-cuidado, como propõe a saúde coletiva, campo amplo no qual a reforma psiquiátrica se insere (Campos, 2000a; Yasui; 2010).

Isto posto, podemos afiançar que da travessia da clausura para o cuidado em liberdade e ampliado (clínica e politicamente), o processo de reforma psiquiátrica em curso no Brasil progrediu significativamente ao longo dos seus quase 40 anos. Contudo, a despeito das importantes mudanças ocorridas não é sem dificuldades que a reforma psiquiátrica avança convocando a gestão pública, as instituições formadoras e a sociedade civil para junto dela (re)pensar suas práticas. É num constante movimento de construção-desconstrução rumo à invenção de novas formas de cuidados e sociabilidades que suportem o real da loucura que a reforma tem se sustentado (Couto, 2004).

Além disso, Alverga e Dimenstein (2005) afirmam que são muitos os desafios a serem enfrentados para o cuidado em liberdade, dentre eles: o investimento

insuficiente pelo SUS na área da saúde mental; a escassez de recursos para pesquisas; as demandas relacionadas aos casos de usuários de álcool e outras drogas; o imaginário social sobre a loucura calcado no preconceito e rejeição; os gastos, ainda, dispendiosos com internação psiquiátrica; a eleição da clínica como prática privilegiada nos serviços substitutivos e a consequente separação entre trabalho clínico e trabalho político. Acrescentamos aos desafios elencados pelos autores supracitados, a coexistência de práticas manicomiais e antimanicomiais de assistência como, por exemplo, a medicalização enquanto resposta naturalizante para se abordar o sofrimento humano e o foco desta tese, as questões referentes à formação para o trabalho em saúde mental condizente com os princípios da reforma psiquiátrica e do SUS. Mello e Paulon (2015) acrescentam, também, a burocratização das ações de cuidado, a reprodução do que deveria ser alterado, a oferta de cuidados que não aposta no protagonismo dos usuários e, conseqüentemente, não se desdobra em novas práticas. Ora, novas práticas pressupõem certa disposição dos serviços e suas equipes em constituírem-se como mediadores da relação entre usuários autônomos e seus mundos singulares. Razão pela qual as autoras, supracitadas, encontram paridade entre a reforma psiquiátrica e a PNH “à medida que aposta[m] na radicalidade da experiência de alteridade e se traduz[em] numa concepção de cuidado, que é ético-estético-político” (p. 95). Por fim, acrescentamos a onda de ataques e modificações que a Política Nacional de Saúde Mental vem sofrendo desde o ano de 2015 se intensificando no ano de 2017, no que se refere ao desinvestimento e seu desmonte.

Nesse cenário, a própria consolidação da reforma psiquiátrica brasileira vem trazendo à tona uma quantidade crescente de desafios. Segundo Bezerra Jr. (2007), não há precedente de implantação de uma reforma deste tipo num país com as características (geográficas, políticas, sociais) do Brasil. A construção de um sistema assistencial, a intervenção num imaginário cultural e a construção de uma rede de laços sociais inspirados nos ideais da reforma psiquiátrica exigem criatividade, imaginação e reflexão crítica. Também, demanda que se encontre uma maneira clara para delinear quais são os desafios específicos que a reforma tem enfrentado, cotidianamente, em nosso país.

### **2.3 A prática do psicólogo nos serviços de saúde mental: para além da clínica é preciso ampliar os cuidados e a assistência no contexto de reforma psiquiátrica**

Sabemos que os principais serviços públicos substitutivos ao hospital psiquiátrico orientado para o atendimento de urgências e crises no Brasil são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS são serviços inspirados na experiência dos NAPS em Santos/SP, que segundo Kinoshita (1996) deu ênfase à vertente psicossocial do trabalho em saúde mental. No entanto apesar dessa referência psicossocial, em resultado de pesquisa, Penido (2005) afirma que os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM)<sup>14</sup> dão menor destaque à vertente psicossocial enfatizando a vertente clínica, considerada como eixo orientador das práticas no serviço. Também, Ferreira Neto (2008) aponta, em resultado de investigação, que há na saúde mental certa priorização do trabalho clínico. Acrescenta, também, que além da prioridade dada à clínica nos CAPS há certa polarização entre uma ênfase “clínica” e uma ênfase “política” que se materializa no cotidiano dos serviços a partir da separação entre profissionais considerados “mais clínicos” e aqueles, considerados “mais políticos” por agirem orientados numa lógica ampliada de ações que podemos circunscrever numa dimensão política da reforma psiquiátrica. Já a ênfase clínica diz respeito ao tratamento ofertado a cada sujeito em sua singularidade. De base psicanalítica essa ênfase tem na escuta seu principal instrumento de intervenção objetivando “fazer advir o sujeito da loucura”. Já a ênfase política, geralmente, descartaria a noção clínica em favor de uma prática voltada para a reinserção social e resgate da cidadania do louco (Campos, 2001). Para Almeida e Santos (2001), trata-se de transformar a sociedade e suas instituições, superar a clínica em seu sentido clássico e reducionista ao compreender que toda ação terapêutica é produto e produtora de ação política.

Na tentativa de elucidar a dicotomia que se instalou no Brasil com relação ao caráter clínico e político da reforma psiquiátrica enquanto perspectivas opostas e inconciliáveis, seguiremos as trilhas de Passos (2009a). A autora afirma que a influência dos processos estrangeiros das reformas psiquiátricas italiana e francesa

---

<sup>14</sup> No município de Belo Horizonte, os CAPS são denominados CERSAM.

na reforma brasileira foi importante para instauração e manutenção do binômio: clínica *versus* política. Do processo italiano, pode-se destacar a “crítica política da instituição psiquiátrica em seu modelo asilar tradicional, assentado na internação, como principal estratégia de intervenção, e no hospital, como *locus* e estrutura organizacional privilegiada de assistência” (Passos, 2001, p. 8). Iniciada por Franco Basaglia, em Gorizia, e, posteriormente, em Trieste, a reforma psiquiátrica italiana propôs uma verdadeira desconstrução do aparato manicomial negando “a instituição da violência”. Tal negação, segundo Basaglia (1985), não se reduz à simples desospitalização ou desmantelamento do hospício. Tampouco, o apagamento da doença mental. A negação é de toda lógica social que referendou e conferiu poder à psiquiatria para isolar todos aqueles que se encontravam à margem da suposta normalidade. Rotelli et al. (1990), afirmam que a negação é do paradigma psiquiátrico que concebe a doença como problema e a internação como solução. Logo, questionar a lógica de violência naturalizada e a expulsão da loucura do tecido social, via internação, foi primordial para o processo de desinstitucionalização na Itália.

A desinstitucionalização realizada em Trieste substituiu o hospital psiquiátrico por Centros Comunitários de Saúde Mental. Ofertando tratamento e suporte para a reintegração social dos usuários deveria acompanhá-los desde os momentos de crise até a ressocialização, operacionalizada através das Cooperativas Sociais e da ampla participação, protagonismo e autonomia dos usuários na vida pública (Passos, 2001; 2009; 2009a; Rotelli et al., 1990). Já a experiência francesa, também, de acordo com Passos (2001; 2009a), deslocou a assistência do asilo para ambulatorios, equipes médicas e serviços de saúde mental espalhados por regiões, denominadas setores sem prescindir do hospital psiquiátrico mantendo-o como retaguarda para a assistência psiquiátrica no país. Nesse cenário, os hospitais psiquiátricos na França não foram extintos mas desmembrados pelos setores numa lógica especializada de assistência psiquiátrica como qualquer outra especialidade médica, responsável por ações de prevenção à pós-cura. Nesse breve panorama, a autora supracitada deixa-nos entrever que a experiência italiana difere radicalmente da experiência francesa. Para os reformistas italianos não se tratava apenas da substituição dos aparatos manicomiais por estruturas especializadas, como ocorrido na França. Ora, “toda nova estrutura, por mais aberta e comunitária que seja não

passará de complementar à estratégia, persistente em nossas sociedades, de internações sucessivas dos loucos em hospitais, isto é, ela não será verdadeiramente substitutiva dessa prática” (Passos, 2001, p. 13).

No que se refere à dicotomia clínica *versus* política, Passos (2001; 2009a) narra que suas origens se encontram no confronto entre certa tradição psicanalítica e psiquiátrica francesa e a desinstitucionalização italiana. A primeira voltada para atendimentos especializados de um sujeito interiorizado. Já a segunda pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e na relação que esta estabelece com a loucura. Para a autora, nos setores de psiquiatria reformada francesa os psicanalistas não fazem parte das equipes multiprofissionais e realizam seus atendimentos em consultórios, diferindo-se pouco ou quase nada de suas práticas no consultório privado. Acrescenta, ainda, que nos centros de saúde mental há uma clara separação entre a prática clínica, muitas vezes reservada ao profissional “psi” e a prática política (ou de intervenção social) que fica a cargo de outros profissionais ou especialistas como os assistentes sociais, por exemplo. Contrariando tal lógica, a vertente política, sustentada pela Psiquiatria Democrática italiana, advoga que ao encararmos o sofrimento de uma pessoa que busca o serviço público de saúde mental é a sua vida como um todo (suas relações afetivas, necessidades biológicas e condições sociais) que deve ser acolhida. Isto posto, seria impossível uma prática clínica dissociada da dinâmica social e focada num sujeito interiorizado e abstrato, portador de certa psicopatologia.

Nessa perspectiva, o atendimento clínico individual (exclusivo) parece não responder à demanda da pessoa em situação de sofrimento mental grave e persistente. Esta deve ser acolhida como um todo ampliando a prática do profissional de saúde mental, para além do fazer clínico “tradicional” (Passos, 2001; 2009; 2009a). Deste modo, o âmbito político da reforma italiana “pode ser traduzido como a implicação do agente de saúde com a realidade social concreta” daquele que sofre (Passos, 2001, p. 15). Destarte, se a prática clínica tem o seu foco voltado para os sofrimentos individuais derivados dos conflitos psíquicos, a prática política voltaria seu foco para os impasses geradores de sofrimentos relativos à organização social e coletiva (Abreu & Coimbra, 2005).

No entanto, Abreu e Coimbra (2005) alertam que “escapar do aprisionamento identitário – seja na clínica, seja na militância [política] – que em muitos momentos,

aparece como obstáculo ao movimento de transversalização de nossas experiências clínico-políticas” (p. 41) faz-se necessário para o campo da saúde mental. Isso pois, a complexidade do campo da saúde mental no Brasil tem convocado seus operadores a ultrapassarem a dicotomia “clínica” *versus* “política”. Isso requer assumir uma postura de implicação e reconhecimento da estreita relação que há entre elas frente o caráter complexo dos fenômenos com os quais se trabalha na saúde mental (Avellar & Bertollo, 2008). Se pensarmos conforme Baruch-Michel (2001), citado por Avellar e Bertollo (2008), que o sujeito em sofrimento se encontra na confluência entre a subjetividade e a realidade exterior, a clínica e a política não são práticas que se excluem. Portanto, a clínica como atividade privilegiada em detrimento das ações políticas nos serviços substitutivos em saúde mental seria inoportuna uma vez que:

[...] a resposta que a clínica pode trazer é buscar em um movimento de volta, de análise e aprofundamento da subjetividade e intersubjetividade, envolvidas na complexidade das situações sociais. Reafirmando que isto é tanto verdadeiro, pois quanto mais se vai em direção ao subjetivo, mais se encontra ou reencontra o social (D’Allones, 2004, p. 30).

Nessa lógica há que se criar possibilidades para o exercício de práticas que se sustentem na indissociabilidade entre a realidade individual e social. No caso do campo da saúde mental, sabemos que o sujeito padece não apenas por sua condição psicopatológica, mas também por suas relações sociais. Faz-se necessário, assim, uma interseção entre clínica e política, pois uma clínica despolitizada pode levar a certa política de conformação. Uma política que produz certo tipo de mundo e de sujeitos destituídos de capacidade crítica para agir, pensar e perceber o seu lugar no social. Ou seja, a produção de indivíduos assujeitados uma vez que a própria clínica “é a um só tempo, produto e produção de (uma) certa política de subjetivação” (Abreu & Coimbra, 2005, p. 47). De tal modo, o exercício da clínica e da política não são âmbitos que se excluem ou se sobrepõem.

Contrariamente, alguns autores sustentam a impossibilidade de se reconciliar algo do campo do sujeito com o social uma vez que a dimensão política cria uma assistência para todos e a clínica se sustenta na escuta de cada um. Contudo, tal dissenso não é visto como contraproducente e sim como campo rico de debate que contribui para a saúde mental através de soluções inovadoras no momento em que tal querela se instaura (Guerra, 2003). Apesar de respeitarmos os

posicionamentos ético-teóricos dos variados autores, cabe-nos questionarmos a quem a riqueza de debate serve, com o quê contribui e para quem contribui. Isso, pois existe um adágio popular que afirma que: “entre a briga de dois touros quem sai perdendo é sempre a grama”. Podemos então pensar que o debate pode ser muito fértil para o campo teórico, no entanto para o usuário dos serviços pode se constituir como mais uma dificuldade ou mais uma ação desarticulada na prestação de assistência.

Atualmente, caminhamos rumo à desinstitucionalização de práticas tradicionais e cristalizadas que tendem a reduzir a experiência da loucura a uma patologia e que desconsideram os aspetos sociais envolvidos no processo de adoecimento. Afastando-se da inclinação ao congelamento e engessamento das práticas em saúde mental, assistimos hoje críticas contumazes com relação ao fazer clínico nesse campo. Parece unânime entre estudiosos da saúde mental (Amarante, 2010; Dimenstein, 2000; Dimenstein & Macedo, 2012; Ferreira Neto, 2004; Macedo & Dimenstein, 2011) que o clássico modo de atuação clínica liberal-privatista, de cunho individual-curativista e pouco interessada nos aspectos sociais da vida do sujeito não deve encontrar espaço na saúde mental. Assim sendo, o trabalho clínico na saúde mental, hoje, deve ser feito numa perspectiva ampliada da clínica. Perspectiva que não está voltada apenas para os aspectos biomédicos, procedimentos e atividades padronizadas, mas atenta à articulação possível entre diferentes saberes e tecnologias a fim de operacionalizar intervenções não somente em caráter individual, mas também coletivo (Cunha, 2005; Dimenstein & Macedo, 2012). No exercício da clínica ampliada,

[...] a doença nunca ocuparia todo o lugar do sujeito, a doença entra na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente. Seu João está doente e continua a ser metalúrgico, obsessivo, pai etc. Nem na pior das doenças, nem à beira da morte, poderíamos, nunca, ser totalmente reduzidos à condição de objeto. O sujeito é sempre biológico, social e subjetivo. O sujeito é também histórico: as demandas mudam no tempo, pois há valores, desejos que são construídos socialmente e criam necessidades novas que aparecem como demandas. Assim, clínica ampliada seria aquela que incorporasse nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológicos, mas também social e subjetivo do usuário ou grupo em questão. Responsabilizando-se não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários (Campos, 2001, p. 101).

Ora, o caráter múltiplo das demandas endereçadas à saúde mental não pode ser considerado, senão, como manifestação concreta de necessidades produzidas pelo jogo de forças social e histórico, que foram se constituindo e que apareceram



na sua singularização (Campos, 2000). Nesse sentido, a ampliação dos cuidados e a operacionalização das ações em saúde mental que promovam a interseção entre o âmbito clínico e político da reforma psiquiátrica rompendo com “a dicotomização entre sujeito e vida, consciente e inconsciente, interioridade e exterioridade, clínica e política” (Fonseca & Kirst, 2004, p. 30) nos parece desejável. De tal modo, a reforma psiquiátrica tem se apresentado como espaço de construção de saberes sobre o sujeito e suas relações sociais complexas. Para a ampliação dos cuidados que, a seu modo, abarca questões individuais e coletivas (clínicas e políticas), faz-se necessário o abandono da dicotomia instaurada entre clínica tradicional<sup>15</sup> e política. Para isso é de fundamental importância conhecer a história da profissão de psicólogo no Brasil e como sua formação definiu e ainda define o fazer “psi” até a atualidade, incluindo-se na saúde mental.

---

<sup>15</sup> Aquela que não prescinde do Setting terapêutico para intervir sobre os transtornos mentais e que, em geral, seguindo a lógica médica está interessada na classificação, diagnóstico e intervenção sobre as doenças. E, ainda que advogue foco no sujeito/indivíduo concebe o seu sofrimento como produto intrapsíquico com pouca ou quase nenhuma articulação com o contexto social onde este se insere. Ou como apontam Paulon et al. (2011, p. 113) é o “modo instituído do fazer ‘psi’: um espaço de escuta individualizada no qual um percurso terapêutico se constrói com base na interpretação e elaboração que um especialista/terapeuta faz sobre um paciente-doente”.

### 3 A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO E A SAÚDE MENTAL

Desde que o contexto social, político, econômico, cultural passaram a ser considerados como determinantes do processo saúde-doença, os psicólogos têm sido convocados a deslocarem suas práticas, tradicionalmente, “psicologizantes” para uma perspectiva ampliada de psicologia. O homem compreendido como complexidade “biopsicossocial”, para além das questões orgânicas e fisiológicas, tem se colocado como um dos desafios a serem enfrentados pela psicologia no campo da saúde pública. Isso porque, o processo saúde-adoecimento não pode ser reduzido, no caso da psicologia, apenas às questões psíquico-subjetivas. Ele é, também, fruto das interações e da construção de sentidos erigidos sobre os acontecimentos da vida do sujeito que é sempre histórica e socialmente contextualizada. Nessa perspectiva, as intervenções em saúde devem ser mais extensas do que supõem as tradicionais técnicas “psi”, assumindo, de acordo com Akerman (2013), a convergência de diversos fatores causais para compreensão do sofrimento humano operando, assim, na lógica do paradigma da complexidade (Morin, 2005). Ora, a OMS, desde o ano de 1948, define a saúde para além da fisiologia como resultante da interação entre fatores orgânico, psicológico e sócio-cultural que podem gerar, ou não, um completo estado de bem-estar. Não sendo o sujeito estanque, mas caracterizado pelo movimento de interação com sua realidade, a saúde não é dada de fora nem determinada por um movimento interior. Logo, um completo estado de bem-estar deverá ser sempre relativizado uma vez que a produção de saúde depende das condições biológicas, afetivas, sócio-históricas e relacionais de cada sujeito inserido em contexto singular (Campos, Cunha & Figueiredo, 2013). Depende, também, de sua autonomia e responsabilidade acerca de si e do mundo.

A saúde enquanto constructo histórico possui as marcas de seu tempo, refletindo as conjunturas econômica, social e cultural de uma época e lugar (Ferreira & Spink, 2006; Minayo, 2006). Ela é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e aos serviços de saúde. Sendo assim, a saúde é resultado das formas de organização social. (Brasil, 1986, p. 04). Nessa perspectiva onde a concepção de saúde excede o limite biomédico hegemônico, abre-se espaço

para práticas mais ampliadas, coletivas e comprometidas com a transformação social, como preconizam a OMS, a Constituição e o SUS brasileiros (Santos, Quintanilha & Dalbello-Araujo, 2010). E, especificamente, no campo da saúde mental conforme orienta o “Modelo Psicossocial”<sup>16</sup>.

No que se refere ao tema da formação do psicólogo para atuação em saúde mental, podemos afirmar que este tem despertado significativo interesse, principalmente quando trata-se de problematizar a formação enquanto formatação, colocar na forma ou na “fôrma” acadêmica (Oliveira, 2010). Ao contrário de colocar na “fôrma” Lancetti (2010) advoga em prol da formação enquanto deformação. Uma formação que está aberta ao pensamento crítico e ao novo. Para Heckert e Neves (2010) ela extrapola os modelos político-pedagógicos, muitas vezes, abstratos e dissociados da prática cotidiana de trabalho como os saberes ofertados pela academia. Logo, a formação deveria ser compreendida como atitude produzida além da aquisição de conhecimentos técnico-científicos a serem aplicados em dada realidade. Ainda, sob a premissa de que é necessário que algo novo emergja no que se refere à formação do psicólogo, Bock (1999) defende que a psicologia tem respondido às novas demandas a partir de velhas técnicas e paradigmas. Lancetti (2010) ao analisar as práticas de psicólogos na saúde, afirma que estes apelam para soluções simplificadas diante de problemas complexos. Destarte, é necessária uma formação profissional comprometida com o seu tempo e que considere o caráter complexo de seu objeto preparando profissionais que retiram de seu conhecimento a finalidade social de seu trabalho. Ou seja, um profissional “cidadão” (Bock et al., 1996). Por esse prisma, entende-se que a formação do psicólogo deva ser (re)pensada. Isso porque, não raramente, a formação universitária apresenta-se desfasada para o enfrentamento de demandas complexas e que exigem dos profissionais conhecimentos e práticas inovadoras, comprometidas com a realidade social. (Bock, 1999).

Saadallah (2007) afirma que nos últimos anos a psicologia tem deixado o âmbito privado e individual dos consultórios rumo a uma atuação e intervenção mais

---

<sup>16</sup> No geral, podemos dizer do modelo psicossocial que este considera a saúde como sendo multifatorial, ou seja, ela seria resultado da interação dos processos biológicos, psicológicos e sociais. Nesse sentido, podemos compreender a doença em sua totalidade e contexto, identificando as causas e consequências nos diversos âmbitos da vida do homem. Este modelo resgata a complexidade do sujeito e dos processos de saúde e adoecimento.

amplas e interessadas pelo sujeito e sua relação com o contexto social. Aponta o campo das políticas públicas (e podemos inserir também as políticas de saúde mental) como um desafio no que se refere à produção de caminhos para lidar com a diversidade e complexidade que compõem o cotidiano do humano e, conseqüentemente, suas demandas. Na saúde mental, por exemplo, segundo Paulon et al. (2011) a reforma psiquiátrica ao sustentar-se na formação de equipes multiprofissionais e na prática interdisciplinar, aponta para a necessidade de reinventar a clínica, conforme discutido anteriormente. Temos assistido a mudanças que interrogam a formação profissional à partir das práticas de trabalho nas quais os psicólogos têm se inserido, ultimamente. Nesse sentido, a recente definição das novas diretrizes curriculares da graduação em Psicologia (Brasil, 2004), tem tentado transpor algumas dificuldades. Porém, apostar todas as fichas nesse tipo de ação nos parece ingênuo para dar conta da questão, uma vez que a formação não pode ser pensada apenas como aquela ofertada no espaço da universidade. Não queremos afirmar com isso que estudos e iniciativas empreendidas acerca das reformas curriculares não sejam importantes. Tampouco, desconsiderar que o currículo articula a cultura e a formação uma vez que é representativo do momento histórico e suas práticas sociais. Logo, não expressam apenas conteúdos, mas posicionamentos, ideologias etc. (Bernardes, 2003). Contudo, as questões curriculares não se constituíram como foco dessa tese.

Ainda, no que se refere à formação do psicólogo estudos realizados pelo CFP (Conselho Federal de Psicologia, 1988), evidenciaram que das inserções profissionais do psicólogo destaca-se o campo da saúde. Nele a presença do psicólogo saltou de 0% no ano de 1988 para 12,6% no ano de 2001. Ressalta-se, ainda, que tal crescimento se deu em razão da criação do SUS no Brasil e pela inserção nas políticas de saúde mental (Akerman, 2013). Mais tarde, em estudo empreendido pelo CFP no ano de 2007 evidenciou-se que havia 14.407 psicólogos atuando no SUS. Isso correspondia a 10% do total de profissionais inscritos no Sistema Conselhos, tornando o SUS o maior empregador de psicólogos no Brasil (Spink, 2007). Com essa inserção significativa, “os questionamentos presentes no campo da saúde foram convocando a Psicologia e o seu campo formador a se posicionarem, politicamente, em relação ao seu objeto de estudo e investigação” (Akerman, 2013, p. 144). Com a criação e inserção cada vez maior dos psicólogos

no SUS a reflexão acerca da formação, no tocante à sua real articulação com os princípios desse Sistema e as demandas da população, tornou-se inequívoca (Silva, 2009). O próprio SUS vem tentando obter certa defasagem na formação profissional produzindo experiências de formação intervencionistas no âmbito da realidade dos serviços. Isso pois, a formação “tradicional”, pouco articulada às necessidades populacionais, não atende às premissas desse sistema, que espera por um profissional que parece não existir (Brasil, 2010; Silva, 2009).

Para Kind e Coimbra (2011), não há como discorrer sobre a formação em saúde sem se debruçar sobre a relação entre ensino e serviço. Trata-se de tarefa árdua uma vez que escolas e serviços têm posicionamentos diferentes, sendo a realidade o que pode aproximar essas duas instâncias e contribuir para uma formação “adequada” às demandas da população. Segundo Romagnoli (2011), uma formação capaz de efetuar a travessia de um modelo assistencial de saúde médico-centrado, curativo e medicalizante para uma concepção ampliada de saúde. No que tange à psicologia, de acordo com Ferreira Neto (2004; 2017) e Dimenstein (1998), ao se inserir no campo da saúde pública, através do SUS e da reforma psiquiátrica, é que os psicólogos se viram diante da necessidade de romper com a identificação da profissão, marcadamente liberal e clínica tradicional. Para Romagnoli (2011), a identificação à essa clínica clássica constitui-se como entrave para atuação do psicólogo no SUS. Ancorada em princípios psicodiagnósticos e psicoterapêuticos essa clínica voltou-se para um sujeito intrapsíquico, centralizado e a-histórico distanciando-se da concepção do SUS acerca do processo saúde-doença. Cabe ressaltar que “essa ainda é a formação que os psicólogos recebem na graduação” (Romagnoli, 2011, p. 118) reforçando, também, a identificação dos psicólogos brasileiros com a profissão. E, uma vez identificado – no sentido estático e “especialístico” do termo – não haveria espaço para a transdisciplinaridade. Ora, para que esta ocorra faz-se necessário romper com as identificações e desestabilizar certezas abrindo-se para o relacionamento com outros saberes rumo à criação do novo (Romagnoli, 2011). Mesmo que a ideologia transdisciplinar se faça cada vez mais presente entre os psicólogos brasileiros, tanto em algumas práticas acadêmicas quanto profissionais, não abandonamos o caráter “especialístico” da formação. Calcado em modelos científicos clássicos, dedicado à identificação e separação entre o que é do âmbito da normalidade e da

anormalidade, a psicologia ainda encontra-se afastada das demais questões que atravessam sua prática. Por essa razão, não raramente, serve como ferramenta para ajustamento social de sua clientela numa postura psicologizante (Akerman, 2013; Bernardes, 2003; Romagnolli, 2011). Nessa conjuntura, reafirma-se a necessidade de problematizar a atuação e a formação profissional do psicólogo, ainda calcada no modelo médico-centrado<sup>17</sup> objetivando uma formação capaz de promover profissionais reflexivos e não meramente técnicos para que o SUS e a reforma psiquiátrica se efetivem enquanto projetos de saúde inclusivos e cidadãos (Passos & Dias, 2013).

### **3.1 Entre distanciamentos e aproximações: a insuficiência da formação universitária do psicólogo para atuação na saúde mental, no contexto de reforma psiquiátrica**

Podemos afirmar que há uma distância entre a academia e os serviços de saúde no que se refere à formação dos psicólogos. Para Kind e Coimbra (2011), faz-se necessário reconhecer os distanciamentos entre essas instituições. Isso poderia nos levar à compreensão sobre qual aproximação é possível se estabelecer entre elas. Acrescentam, ainda, que a relação ou a não-relação entre esses equipamentos com finalidades distintas e características específicas pode potencializar ou limitar ações integradas em saúde.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) nem sempre haverá por parte das universidades e dos serviços interesse de cooperação, pois operam segundo lógicas específicas e, não raramente, na disputa pelo poder. Nesse cenário de afastamento entre o que se ensina e o que se pratica as produções teóricas e as ações no contexto da saúde, em especial da saúde mental, apresentam defasagens. Vários autores afirmam que a formação não acompanhou as significativas transformações

---

<sup>17</sup> A título de ilustração, para pensarmos nessa posição médico-centrada a entrevista concedida pela psicóloga Maria Rosa Spinelli, coordenadora do curso de Formação em Psicossomática da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática, mostra-se interessante. De acordo com a coordenadora, ao ser convocado dentro da equipe de saúde os psicólogos tem uma resposta médica. Respondem por outra área que não a deles. Intrigante pensarmos que até mesmo um curso que faz articulação direta com a medicina e visa preparar psicólogos para o trabalho no ambiente hospitalar considera inadequada a apropriação acrítica do discurso da medicina pelos psicólogos (Conselho Federal de Psicologia, 2006).

ocorridas nas últimas décadas no panorama da saúde mental no Brasil desconsiderando, muitas vezes, as novas práticas de cuidado ofertadas às pessoas em situação de sofrimento mental grave e persistente. (Amarante, 2008; 2010; 2015; 2015a; Brasil, 2007; Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003; Dimenstein & Macedo, 2012; Ferreira Neto, 2004; 2013; 2017; Macedo & Dimesntein 2011; Merhy, 1997, 2002; 2010; Oliveira, 2009, 2010; Passos & Dias, 2013; Penido, 2005; Soares, 2009; Silveira & Vianna, 2010).

Considerando a reforma psiquiátrica como campo complexo, vivo e inventivo é preciso reconhecer que a universidade, na maioria das vezes conservadora e pouco flexível na incorporação de mudanças, é co-produtora dessa defasagem. Isso é paradoxal e intrigante quando pensamos que a universidade é o lugar (ou deveria sê-lo), por excelência, da crítica e da produção de novos conhecimentos e, conseqüentemente, de práticas inovadoras (Passos & Dias, 2013). Contudo, para Bezerra Jr. (2007) não há uma formação profissional para o trabalho crítico-reflexivo em saúde mental. Vasconcelos (1999) acrescenta que em pouco ou nada a formação profissional tem mudado ou contribuído sozinha para a mudança desse panorama, o que não significa que ela não seja importante. Porém, segundo Milton Santos (1991), quando a universidade se orgulha por seu exclusivismo acreditando que só possui qualidade científica aquilo que carrega consigo a marca do selo acadêmico, despotencializa a formação ao produzir certo desencanto e separação entre o saber teórico e a vida cotidiana. Com relação a isso, Boaventura de Souza Santos (1995) acrescenta que a universidade precisa investir forças, além das tarefas puramente intelectuais, aproximando-se, eticamente, da realidade social reconhecendo-a como parte de sua existência. De tal modo “a universidade terá um papel modesto, mas importante, no reencantamento da vida coletiva sem o qual o futuro não é apetecível, mesmo se viável. Tal papel é assumidamente uma microutopia e sem ela, a curto prazo, a universidade só terá curto prazo” (Santos, 1995, p. 230).

Nesse panorama de distanciamento entre as IES e a realidade social, não raramente, assistimos resistências importantes por parte da universidade para abarcar as proposições que advêm da prática. No caso da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, campos vivos e polissêmicos, há certa dificuldade em articular a teoria e a prática. Para Oliveira (2009), isso se daria pois ao cultivar o saber morto, a

universidade mostra-se pouco disposta a encontrar com a vida, com aquilo que se passa além de seus muros. Ou, quando em contato com a realidade, tende a dominá-la capturando-a nos discursos científicos que se reverberam através das prestigiadas produções acadêmicas. Acerca disso, Baremlitt (2002) recorre à “Teoria das Torres de Marfim” e tece duras críticas sobre a universidade. Para esse autor, quando ensimesmada a academia se desvincula das preocupações práticas do cotidiano e sustenta certo elitismo acadêmico ao colocar outros saberes em segundo plano, compreendendo-os como rudimentares. Centrada em disciplinas pouco articuladas com a realidade, a universidade perpetua a ideia de que não há intermediação (a favor, apenas, de seus próprios anseios?) entre o trabalho profissional e a instituição de ensino (Akerman, 2013; Lobosque, 2009; Oliveira, 2009; Passos & Dias, 2013). Todavia, não podemos crer que a universidade é una e homogênea. Vários são os discursos que circulam dentro dela. Assim, se faz importante nos atermos às suas regras e modos de funcionamento reconhecendo-a como espaço de debates e disputas, onde circulam interesses e posições diversas. Por essa razão, Lancetti (2010), considera a formação e seus correlatos espaços enquanto combate entre interesses variados. No entanto, apesar das variações discursivo-teóricas que circulam na universidade, não raramente, os discursos tendem a manter a IES em certo lugar de prestígio.

Porque o lócus da universidade é um lócus que tem imenso poder social – é obvio, não é o único, mas há efetivamente uma área de domínio do saber que vem da universidade. Há o prestígio de uma ciência, da tecnociência, sobretudo. Mas, o prestígio da ciência, a chancela científica dos discursos é um dos recursos políticos mais importantes para discriminar o valor que esses discursos adquiriram no interior da sociedade [quando comparado a outros discursos que competem entre si pelo estandarte de verdade sobre determinada realidade] (Oliveira, 2009, p. 88).

Sob esse prisma, é fundamental indagar a universidade enquanto representante do discurso científico e reconhecer que sua existência não é autônoma, mas deve se sustentar na relação que estabelece com a sociedade colocando-se a seu serviço (Marcos, Durão & Julião, 2011). Assim sendo, é desejável reconhecer que a universidade não é a única via de produção de conhecimento legítimo. É preciso indagá-la sobre suas produções e suas possíveis conexões com a realidade. Entrelaçar-se com a prática nos serviços assumindo que a produção do conhecimento não pode partir, apenas, dela mesma nos termos da ciência é fundamental.



É igualmente importante que aqueles responsáveis pela produção dos cuidados, que tem se produzido na prática, reflitam sobre sua própria ação e sobre a consonância, existente ou não, entre aquilo que receberam da universidade para os enfrentamentos que se colocam no cotidiano das práticas. Indagar até que ponto o saber universitário lhes é útil e se é preciso fazer algo dele para conferir-lhe sentido quando confrontado à realidade, é tarefa fundamental do profissional. Ora, se a universidade se dispõe a refletir, avaliar e mensurar as práticas nos serviços por que o contrário, raramente, acontece ou se realizado é desqualificado como discurso apaixonado, militante e empírico? Ainda que não porte a marca indelével da academia e não esteja autorizada por regras institucionalmente definidas pelo saber universitário, a reflexão sobre o que se produz em ato é importante. Isso pois, segundo Merhy (2010), o que se produz em ato encontra sustentação a partir dos efeitos que mobiliza no espaço onde ocorre. A esse respeito Merhy (2010) acrescenta que “[...] as redes de serviços são fontes inesgotáveis de produção sistemática de novos conhecimentos. Novos conhecimentos e práticas” (p. 24). Na reforma psiquiátrica brasileira, a convivência e o aprendizado junto aos “loucos” têm conferido certa originalidade aos novos modos de cuidar, gerando conhecimentos no cotidiano dos serviços. É nessa perspectiva que Merhy (1997; 2002) afirma que a saúde e o cuidado se produzem em ato. Ou seja, o produto do trabalho em saúde realiza-se durante sua própria produção e para os diretamente implicados no processo. Poderíamos pensar assim, também, a formação?

Sobre o trabalho em ato, Merhy (1997; 2002) acrescenta que envolve diversas tecnologias não se tratando de mero fazer. As “tecnologias duras” correspondem aos equipamentos, consultórios e medicamentos. As “tecnologias leve-duras” equivalem aos conhecimentos estruturados e que sustentam a prática, tal como a clínica, a epidemiologia e o planejamento das ações em saúde. Já as “tecnologias leves” referem-se aos aspectos relacionais que permitem ao trabalhador da saúde escutar, comunicar, compreender, acolher, cuidar, estabelecer vínculos e dar repostas particulares às demandas que a ele se apresentam. Complementa, ainda, que as tecnologias leves conferem “vida” ao trabalho em saúde. Permitem ao trabalhador agir à partir das relações intersubjetivas que estabelece com cada usuário dos serviços de saúde pública. Destarte, trata-se de um “trabalho vivo” no qual os operadores da saúde inventam e reinventam, a cada dia, a autonomia na

produção do cuidado. É nesse espaço micropolítico de produção de ações que devemos refletir sobre o lugar que tem ocupado o saber profissional (Merhy, 1997; 2002; Merhy & Feuerwerker, 2009), principalmente àquele que transforma os saberes oriundos da formação acadêmica em favor da prática ou daquilo que ela exige. De acordo com Passos e Barros (2000), trata-se de conceber o cuidado em saúde como um acontecimento, como aquilo que não está formatado, prescrito, dado *a priori*. Nesse sentido é o que “produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe” (Passos & Barros, 2000, p. 73) rompendo com a inércia e inflexibilidade. Nessa visão, acreditamos ser importante pensarmos em outras produções de saberes, outros modos de formação que não passam, apenas, pela academia.

Não obstante, podemos nos interrogar, segundo Lobosque (2009), se como reverso da moeda, não é o caráter inventivo da prática que dificulta o seu trânsito nas instituições formadoras, perpetuando certa desarticulação entre elas e os serviços. Sabemos que a presença ou ausência da relação entre as duas instâncias traz consequências para a formação profissional. O que ela oferta é condizente para operar com a realidade ou precisa ser (re)adequado para atender às necessidades locais de saúde? Assim sendo, é inevitável a reflexão quanto à “adequação” do ensino – no sentido do que se pode fazer dele – para atender às demandas da rede de cuidados, visando superar práticas e discursos manicomialis<sup>18</sup> e excludentes, inclusive àqueles oriundos da própria academia (por exemplo, a tradicional apresentação de pacientes em situação de sofrimento mental grave realizada dentro dos hospitais psiquiátricos e articulada às universidades pelas disciplinas de psicopatologia). Não defendemos que a academia precisa ofertar aquilo que se enquadraria à determinada prática. Além de impossível, seria incoerente. Tampouco advogamos à favor da idéia de que podemos prescindir dela. Apenas, adotamos um posicionamento implicado em tencioná-la no que se refere à sua potência ou impotência na produção de outros problemas e soluções. Mais que uma crítica, apostamos em seu “vetor-força”, em sua possibilidade de promover processos de

---

<sup>18</sup> Aqui é preciso ressaltar que manicômio é fruto de uma lógica presente não apenas no hospital psiquiátrico, mas também nos discursos que circulam na sociedade. Portanto, escola, família, comunidades [dentre elas a acadêmica] (re)produzem cotidianamente a lógica ou os discursos do manicômio: a adesão a um programa de vida imposto, decidido fora de qualquer expressão subjetiva (Viganó, 1999). Ou, como sinaliza Goffman (1992) a “mortificação do eu”, a anulação e restrição da individualidade e da escolha na própria vida.

formação potentes e disruptivos, ainda que possam ser atravessados por naturalizações e cristalizações chamadas de “vetor-forma” (Heckert & Neves, 2010).

Cabe ressaltar, também, que a distância entre a universidade e os campos de prática não se efetiva apenas pela suposta indisposição da academia em voltar-se para o campo profissional ou acusando-a de pouca inventividade e abertura. Segundo Passos e Dias (2013), no Brasil, aliada à falta de recursos, ainda é fraca a cultura de pesquisa em serviços. Poucos a desenvolvem de modo autônomo e desvinculado da universidade. Na maioria das vezes as investigações são produzidas pela academia atreladas à prática docente. Acreditamos que isso fomenta no imaginário social a idéia de que só a universidade é capaz de produzir conhecimento, evocando como consequência a resistência por parte dos serviços na incorporação de pesquisadores acadêmicos.

Sobre tal resistência uma das teses mais difundidas é que as pesquisas acadêmicas não se comprometeriam com a reflexão e construção conjunta de resultados retirando da prática o protagonismo e capacidade de problematizar o seu próprio fazer. Se assim ocorre podemos afirmar que se estabelece uma relação de dominação para com os serviços, utilizados como objetos de investigação e intervenção dos quais se pretende extrair informações que se julgarem necessárias para as pesquisas. Acreditamos, também, que o fato do pesquisador eleger o seu objeto de estudo efetuando sobre ele certo “recorte” pode dificultar essa relação. Ora, se o problema de pesquisa é construído pelo investigador em torno de seu interesse, domínio do assunto e desejo em aprofundar-se nele, ao recortar do campo aquilo que necessita pode deixar escapar outras questões, versões outras (dos trabalhadores, por exemplo) sobre o fenômeno investigado, gerando certa insatisfação. No entanto, não podemos estender esse folclore para toda academia. Se por um lado parte dela se orgulha por fazer uma ciência neutra e neutralizadora de sujeitos, por outro lado parte se engaja em modos de investigação contextualizados, não neutros e participativos. Temos assistido cada vez mais, no campo das produções acadêmicas, o desenvolvimento de pesquisas implicadas, intervencionistas e participativas nas quais pesquisadores e campo de pesquisa (sujeitos/atores) produzem conjuntamente conhecimentos, intervenções e práticas. Com relação à isso remetemos o leitor aos “Cadernos” das experiências produzidas pelo HumanizaSUS onde conhecer e fazer atravessam as práticas neles

apresentadas (Brasil, 2010). O reverso da moeda também se faz presente. Há pesquisas desenvolvidas sob o pretexto de neutralidade (por essa razão descontextualizadas) que tentam fazer caber a realidade na página dos livros, artigos e relatos. Numa postura da “moderno-colonialidade” subalternizam o campo considerando-o como objeto ao fazer dele aquilo que lhes convém (Quijano, 2005). Isso, também, ao nosso olhar poderia aumentar a resistência dos serviços em incorporar pesquisadores em seu cotidiano. Além disso, nos indica que no mundo “moderno-colonial” há lugares sociais distintos a serem ocupados por aqueles “iluminados”, aptos a pensar e produzir saber e aqueles que só poderiam executar, incapazes de refletir sobre sua própria prática e produzir conhecimento.

Inclui-se nesse panorama a tendência de alguns serviços sentirem-se confrontados como se seus espaços estivessem sendo invadidos pela universidade. Como se esta adentrasse pelo campo da prática, lugar que não lhe cabe (Silveira & Vianna, 2010). Passos e Dias (2013) sinalizam para outros problemas: a) as longas negociações para obtenção de autorização para realização de pesquisas junto à rede de assistência já que a proposição de pesquisas é, em geral, uma iniciativa da academia e b) passar um mesmo projeto por vários comitês de ética quando se trata de investigação que envolve mais de um setor ou nível de vinculação dos serviços (municipal, estadual, nacional). Uma leitura possível acerca desses fenômenos é considerá-los como formas de resistência por parte dos serviços no que se refere à presença dos pesquisadores em seus espaços. Todavia, a nosso ver, são fenômenos que retroalimentam a querela entre a universidade e os serviços.

Outro ponto, acerca da fragmentada relação estabelecida entre a universidade e os serviços, são as atividades de estágio. “As instituições de ensino consideram que os serviços não abrem as portas para estágio e, quando abrem, usam os estagiários como mão de obra barata” (Brasil, 2006, p. 47). Como contrarresposta os serviços consideram que os estagiários que chegam à prática não estão preparados denunciando que “[...] há falha(s) na formação e, por isso não podem entrar diretamente na área técnica e têm que passar por outro processo de formação dentro do serviço” (Brasil, 2006, p. 47). Nesse cenário, o afastamento é retroalimentado por ambas as vias, a da formação acadêmica e a da prática nos serviços. Não raramente, um gládio se constitui em torno de certos discursos de verdade, um sustentado por grandes autores e aclamado por um grupo específico

(os cientistas), o outro sustentado por uma prática que, sentindo-se rebaixada, tende a desvalorizar a produção acadêmica como se o fazer sem reflexão e formalização fosse capaz de responder sozinho às mais variadas questões. Por fim, segundo Batista e Gonçalves (2011) há por parte da educação formal certo despreparo dos docentes para transmitir o modelo do agir em saúde na lógica do SUS. Também, nota-se certa dificuldade dos serviços em deixar aparecer suas fragilidades, o que justificaria seu receio de abrir suas práticas ao olhar crítico e reflexivo da academia. Isso pois, os serviços tendem a enxergar a universidade como instância portadora de certo olhar prescritivo, fundamentado num conhecimento verdadeiro da realidade a saber: o do procedimento científico (Lobosque, 2010).

Apesar da distância estabelecida entre as universidades e os serviços sabemos, através de relatos de pesquisas e estágios, de locais que mantêm estreitos laços com as IES numa relação de construção conjunta do conhecimento e de intervenções criativas no campo da saúde mental. Existem, ainda, iniciativas orquestradas em nível federal que visam fortalecer a “integração ensino-serviço” (Brasil, 2007b). Dessas iniciativas, Ferreira Neto (2013) cita o PET-Saúde e o Programa Nacional de Reorientação Profissional para a Saúde (Pró-Saúde)<sup>19</sup>. Ambos visam promover certa interação entre os serviços e as universidades (Brasil, 2005). Outras iniciativas, recentemente orquestradas pelo Ministério da Saúde (MS) e que, de certo modo, articulam serviços e instituições de ensino é o PET-Saúde Mental – Crack, Álcool e Outras Drogas<sup>20</sup> e a Universidade Aberta do SUS<sup>21</sup> (Passos & Dias, 2013). Todos esses Programas são respeitáveis e investem recursos financeiros tendo em vista o desenvolvimento de atividades de formação e estágios, complementares àquelas da estrutura curricular pré-existente. Além disso, promovem uma aproximação real entre os campos da formação e da prática.

---

<sup>19</sup> O Pró-Saúde financia propostas oriundas das IES e os recursos são distribuídos entre a instituição formadora (30%) e a secretaria municipal de saúde (70%) (Brasil, 2005).

<sup>20</sup> O PET-Saúde Mental - Crack, Álcool e Outras Drogas tem como pressuposto a educação pelo trabalho. É destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da atenção em saúde mental, crack, álcool e outras drogas, caracterizando-se como instrumento para qualificação, em serviço, dos profissionais para a atenção em saúde mental, bem como de iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de graduação da área da Saúde de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas IES.

<sup>21</sup> A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) é um programa do MS que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a somar esforços em educação permanente dos trabalhadores no contexto de expansão quantitativa e qualitativa das ofertas dos serviços do SUS.

Isto posto, podemos compreendê-los como iniciativas de articulação entre teoria e prática. Ora, associarmos a teoria como polo de produção do conhecimento e a prática como mero exercício profissional é pouco esclarecedor. A reflexão crítica sobre a prática, ao nosso olhar, é uma exigência da teoria uma vez que sem a prática a teoria poderia tornar-se uma falácia e sem a teoria, a prática pura intuição. Nesse sentido de rompimento com a falsa oposição entre pensamento e ação, a referida PNH do SUS (Brasil, 2010) se opõe à lógica bancária de educação perpetuada sob a idéia de que é preciso, num primeiro momento, apreender conhecimentos formais para em momento posterior se praticar. A PNH, em seu caráter formador, aponta que teoria e prática podem se construir e aprimorar-se em interação. A teoria repercute sobre o exercício profissional ao mesmo tempo que as práticas aprimoram as reflexões teóricas que sobre ela se produzem. De tal modo, estão imbricadas. (Freire, 1980; Heckert & Neves, 2010; Kind & Coimbra, 2011; Paulon et al., 2011).

No entanto, mesmo com todas as iniciativas elencadas acima, a articulação entre a formação acadêmica para atuação na saúde e a realidade social brasileira é pouco significativa. Em documento específico do Pró-Saúde consta que os modelos curriculares, ainda, são fragmentados e desarticulados das ações de saúde nos serviços públicos, principalmente, no que se refere ao trabalho em equipe e à transdisciplinaridade. Assim sendo, a prática futura nos serviços se fundamentará em ações isoladas, fragmentadas e na sobreposição dos atos de cuidado (Brasil, 2007b; Ferreira Neto, 2013). Nesse panorama, o vínculo entre os serviços e as universidades mesmo tendo avançado é um desafio a ser enfrentado.

Segundo Ferreira Neto (2004), a inclusão formal de conteúdos e disciplinas da saúde mental nos currículos acadêmicos, por exemplo, seria uma das estratégias para tentar mudar esse panorama e responder às (novas) exigências do mercado de trabalho. Contudo, responder às demandas mercadológicas não significa atender automaticamente o que nos é solicitado. Antes, é preciso realizar exercício crítico-reflexivo sobre que formato de psicologia nos demandam. Principalmente, num contexto de mercantilização do ensino no país (Bernardes, 2003) no qual “a universidade é pensada como uma escola-fábrica, que produz mão-de-obra com a qualificação desejada pelo mercado” (Lessa, 1999, p. 179). Se assim o fizer, a universidade estará a serviço da “ideologia dominante” apesar de se reconhecer, em

grande parte, como produtora de conhecimentos contraideológicos (Barros, 1996 citado por Silveira e Vianna, 2010). Nessa perspectiva, a formação profissional pode ocupar dois polos: um inovador, contrário às questões socialmente impostas e outro técnico, aplicável às mais diversas situações quando submetido às inconstantes exigências do mercado de trabalho. Quanto a isso, Ferreira Neto (2004) adverte:

[...] uma formação em psicologia que vise o perfil de um profissional meramente técnico, capaz de responder adequadamente a diversos tipos de demanda, deve ser vista com reservas. A flexibilidade para atender indiscriminadamente às demandas deve ser observada com cautela. [...] uma atuação que não toma a demanda como objeto de um trabalho crítico, presta um desserviço à psicologia como profissão (p. 191).

Frente a isso é fundamental que haja certa criticidade sobre o “como-fazer” e o “porquê-fazer” pois, é indo além do que academicamente se sabe ou mercadologicamente se exige, que o profissional é capaz de produzir novas práxis. É capaz de ser inventivo e produzir novos saberes contribuindo, portanto, para o desenvolvimento da profissão (Ferreira Neto, 2004). Logo, compreendemos que quando esse autor defende a necessidade de inclusão de disciplinas do campo da saúde, em especial da saúde mental, nos currículos de psicologia o faz para que serviços condizentes com a realidade social se apresentem para aqueles que, porventura, o demandarem. A nosso ver, mesmo que interessantes, as transformações curriculares, propiciadas pela inclusão de disciplinas, não podem ser vistas como via régia para promoção de mudanças na relação entre o espaço acadêmico e o campo profissional. Apostamos na potência dos encontros entre profissionais, docentes e discentes e no fato de que as instituições, além da academia, podem produzir saber como nos apontam os resultados das pesquisas-intervenção desenvolvidas no âmbito da saúde pública brasileira (Brasil, 2010; Paulon et al., 2011; Mello & Paulon, 2015). Entretanto, concordamos que a quase inexistência de disciplinas que abordam a temática da Saúde Coletiva e Mental nos cursos de graduação na área da saúde fomentam o distanciamento entre as universidades e os serviços (Almeida & Miranda, 2013). Isso porque, a presença (progressista) de uma ou outra disciplina do campo da Saúde Coletiva e Mental nos cursos da saúde, partem da iniciativa pessoal de alguns professores. Enquanto complemento e não como parte constitutiva da formação curricular obrigatória elas podem ser vistas como uma tentativa de se criar espaços para a formação prática dos alunos via pesquisas participativas e atividades de extensão, porém são

pontuais por não se articularem à programas e projetos duradouros dentro dos cursos de graduação (Passos & Dias, 2013; Lobosque, 2013).

Ilustrativa é a experiência do extinto “Coletivo Estudantil Espaço Saúde”<sup>22</sup> (2009) que na luta contra o abismo existente entre as universidades e os serviços, em especial os serviços de saúde mental de BH, denunciava que a formação acerca da saúde recebida na universidade era descontextualizada tanto com relação ao que prevê a Constituição quanto o SUS<sup>23</sup>. Extremamente técnico-academicista, a formação era esvaziada no que se referia ao preparo do aluno para a produção dos cuidados e para o agir em saúde. Ainda, excluía do processo de ensino fatores sócio-políticos, aspectos éticos, subjetivos e humanos tão caros para o cuidado e promoção da saúde (Almeida & Miranda, 2013). Não menos interessante é o relato de prática local de estágio no qual Silva e Vilela (2013) afirmam certa predisposição dos alunos à execução de determinados “tarefismos” ou mesmo a solicitação de lista de afazeres e sobre como se proceder diante dos casos. Não há como não correlacionar essas experiências enquanto produtos de uma formação tradicional que adota o acúmulo de informações como caminho sinalizado para o desenvolvimento das habilidades profissionais.

Ultimamente, a prática na saúde pública e na reforma psiquiátrica têm exigido dos profissionais condutas cada vez mais criativas e inovadoras apontando que a formação universitária por si não tem sido suficiente para responder às complexas demandas desses campos. Todavia, não significa que devemos abandonar a formação, mas reconhecer suas defasagens, perpetrada pelo jogo de forças travado entre as universidades e os serviços que tendem a manter-se distantes. A universidade, representante do discurso da ciência, pode invalidar saberes e fazeres

---

<sup>22</sup> Espaço composto por estudantes de cursos da saúde da UFMG que do ano de 2004 até o ano de 2013 vinham promovendo e participando de várias ações em prol da intercessão entre a universidade e os serviços, em especial os de saúde mental. Cabe salientar que em determinadas épocas o Coletivo acolheu estudantes dos cursos de saúde de outras universidades de Belo Horizonte e até mesmo de cidades da região metropolitana de BH.

<sup>23</sup> O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil hoje está explicitado no artigo nº 196 da Constituição Federal de 1988, que proclama: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). O prescrito na Constituição de 1988 coaduna com os princípios fundamentais do SUS: Universalidade - a saúde como direito de todos e dever do Estado; Equidade - todos, sem distinção têm direito à saúde; Integralidade - todos serão tratados levando-se em consideração seus aspectos biopsicossociais (Brasil, 1990).



práticos distanciando-se da realidade permanecendo voltada apenas para seus interesses, assim como os serviços podem desconsiderar o que ela produz e resistirem à sua presença entre eles (Oliveira, 2009; Coletivo Estudantil Espaço Saúde, 2009).

Ainda, por parte da universidade, o fato da maioria dos docentes também não terem recebido uma formação atenta para a articulação entre o “mundo dos livros” e a “realidade social”, dificultaria a transmissão de uma experiência que não os atravessou (Lobosque, 2010). No entanto, sendo a formação mais que a mera transmissão de conhecimentos e informações descontextualizados e a serem depositados em receptores passivos (Heckert & Neves, 2010), apostamos que nas práticas de saúde ela se produziria em ato, conforme indicado por Merhy (1997; 2002).

De tal modo, se nos indagarmos segundo Oliveira (2009; 2010) sobre como é trabalhar com algo que escapa dos campos disciplinares se esquivando da tentativa de captura operada pela psiquiatria, psicologia, psicanálise e outros, percebemos que apenas a transmissão técnica de conhecimentos pouco contribuiria. Contudo, não podemos prescindir deles, mas indagamos suas formas de produção e acerca do que fazemos daquilo que a universidade oferta.

Numa leitura foucaultiana o discurso científico, em nossa cultura, representa certa forma de saber/poder. Visa colocar em ordem as práticas sociais, apreender as coisas, o tempo, os corpos e, por fim, a própria vida. Enquanto força exercida nas relações sociais (relações de poder) pode produzir nelas através de regulação o crescimento, mais que impedi-lo. Assim, atinge certo nível de eficiência que parece adquirir vida própria como se prescindisse dos indivíduos para existir, exercendo sobre eles um controle sutil, submetendo-os e transformando-os numa espécie de transmissor e reproduzidor dos mecanismos do próprio poder. Por um lado, adentra os corpos expandindo suas aptidões e moldando subjetividades, por outro governa e dociliza a existência prolongando-a. Fazendo da vida seu objeto institui normas e parâmetros tendo em vista a disciplinarização e a normalização social. Como uma relação de forças de ação sobre a ação do outro, para além da violência e em nome da vida (biopoder) é capaz de regular todo o corpo social e seus modos de subjetivação (Foucault, 1995; 1995a; Passos, 2008). Nesse cenário em que a organização social é governada pelo exercício do biopoder, produzir práticas e

teorias requer encontrar formas de dizer que não sejam capturáveis ou colonizadas, ao menos não totalmente, pelos discursos de poder já estabelecidos. Se for verídico que sem teoria não se constrói uma boa prática, o reverso da moeda também nos parece legítimo. Ambas estão atravessadas pelas relações de poder. Sob esse ponto de vista, Basaglia ao negar o paradigma médico-psiquiátrico como caminho sinalizado para abordagem da loucura nos ensinou que, numa perspectiva “existência-sofrimento” da loucura, pouco ou quase nada se sustentava pela lógica teórico-acadêmica. Ele afirmava que nada sabemos sobre a loucura. Não obstante, se referia à Psiquiatria Democrática italiana como uma prática em busca de teoria (Basaglia, 1979; Foucault, 1995a). Para Amarante (2010), o que pensamos saber são apenas construções ou certa interpretação do homem acerca do fenômeno da loucura. Acrescenta, ainda, que a produção científica daquela época serviu apenas para a normalização, violência, segregação e exclusão, materializadas via hospital psiquiátrico. Se questionar o discurso (teoria) da ciência psiquiátrica fez-se (e ainda se faz) necessário para o estabelecimento de uma nova relação entre loucura e sociedade (Pessoti, 1994; Amarante, 1998; 2004; 2008), questionar a prática profissional também. Principalmente, quando esta ganha destaque ao ser adjetivada como “boa” (por exemplo, as “boas práticas em saúde mental”) colocando as demais como seu oposto e, por vezes, instaurando certa “ditadura da ação” ao colocar-se como contrária à teoria e avalizar entre aquelas que seriam as “boas” ou as “más práticas”.

Por fim, ainda que a academia e os serviços façam movimentos de aproximação e interlocução, a partir de suas produções, é preciso, no jogo de saber/poder, nos atentarmos para que a academia (socialmente referendada como ciência) não produza um conhecimento negativado. De acordo com Oliveira (2010), certo conhecimento, mesmo quando não colocado como imperativo, pode ocupar o lugar de único orientador das práticas. Assim o fazendo disponibilizaria modelos legítimos de ação, muitas vezes incoerentes com a realidade prática e que o autor supracitado ilustra através de alusão à canção de Raul Seixas “Sapato 36”: “Eu calço é 37. Meu pai me dá 36. Dói, mas no dia seguinte aperto meu pé outra vez. Eu aperto meu pé outra vez” (Seixas, 1977). A esse respeito, Peter Pal Pelbart, também, utiliza-se de outra música brasileira alertando-nos sobre o risco de impor o discurso acadêmico ao cotidiano dos serviços, dizendo: “está dominado, está tudo

dominado”. Porém, acresce: mesmo que tudo pudesse ser dominado a vida se reinventa resistindo a todo e qualquer intento de capturá-la em sua totalidade (Pelbart, 2009). O que advogamos? Contra a ditadura da teoria ou da prática, uma interseção. Ora, ao nosso ver teoria e prática não deveriam ser pensadas como pólos opostos.

### **3.2 Da formação para forma-Ação: um encontro com Paulo Freire**

Dentre os diversos estudos, materiais produzidos e eventos realizados sobre o campo da saúde mental identificamos algumas “diretrizes para a formação” (Amarante, 2015, 2015a). Tais “diretrizes” não se sustentam, apenas, na ideia de que a formação se dá pela aquisição de conhecimentos acadêmicos ou práticos. A realidade cotidiana dos serviços que envolve trabalhadores, gestores e usuários é atravessada por questões diversas: institucionais, interpessoais, sociais etc. Sendo assim, os caminhos possíveis para sua abordagem não se encontrariam, apenas, na racionalidade técnico-científica (ofertada pelas universidades), tampouco, na prática em si mesma. O enfrentamento dos problemas diários que se colocam para os profissionais da saúde mental encontra-se na confluência entre teoria e prática e requer uma ética que nomearemos como “ética do cotidiano” – catalizadora do agir e da atribuição de sentidos cada vez mais complexos perante o que se apresenta. Assim, para um campo tensionado, inusitado e aberto ao novo é preciso que se estabeleça um diálogo entre o fazer cotidiano e as teorias. Faz-se necessário certa relativização da disputa de saber/poder entre as categorias profissionais, os serviços e as universidades para o enfrentamento das complexas demandas que a saúde mental recebe (Soares, 2009). Isso porque é exatamente por sua complexidade que o campo da saúde mental é bastante propício às experimentações e produção de novas práticas de cuidados, colaboração interprofissional e novas formas de funcionamento não sendo nem a prática e nem a teoria detentoras de um saber universal (Campos, 2003; Campos, 2000; Furtado 2001, Iglesias et al., 2009).

Nessa perspectiva, questiona-se a possibilidade ou não de se pensar a formação para atuação em saúde mental (em contexto de reforma psiquiátrica) reduzida à questões referentes ao ensino-aprendizagem arriscando-se a retirar dela

o seu caráter instituinte ou de constante movimento. Seria possível transportar referenciais teóricos ou ordenadores da política de saúde mental no Brasil transformando realidades através de práticas não-segregadoras, não-alienantes, não-totalizadoras e genuinamente inclusivas? Seria também possível fazê-lo prescindindo completamente da academia? Considerando que tais teorias e/ou diretrizes materializam-se e se atualizam no contato entre profissional e usuário, até que ponto esse encontro estaria comprometido com a construção de novas concepções advindas do próprio encontro? E mais, com novas construções realizadas dentro de um contexto? Para Bourdieu (1998; 2003) a bagagem cultural que levamos conosco é decisiva para aquisição e produção do conhecimento. E sendo a instituição de ensino muitas vezes reprodutora do contexto social, está imbricada à ele. Nesse sentido, a escolarização (formação acadêmica) não é um dos principais fatores para superação dos atrasos e tradições sociais. Pelo contrário, ela pode ser reprodutora dessas tradições, mas pode também, num papel ambíguo, transformá-las.

Para que a reforma psiquiátrica avance, além da simples implantação de novos (e mais) serviços, precisamos de um contingente profissional atravessado por uma lógica e postura, profundamente, distinta do “Modelo Asilar”. Sobretudo, as novas modalidades de atenção em saúde mental não se resumem à novas técnicas de tratamento. Mas, segundo Furtado e Campos (2005), constituem outra política, outra ética, outro paradigma – o da inclusão social. Sendo assim, como instaurar uma nova forma de lidar com as pessoas em situação de sofrimento mental grave e persistente dentre os milhares de trabalhadores da saúde mental, espalhados por um país territorialmente extenso e culturalmente diverso como o Brasil? Interrogamos a formação acadêmica como único caminho possível. Além disso, sabemos que muitos desses profissionais se formaram no anti-exemplo de alguns manicômios. Alguns, através da própria experiência e militância na reforma psiquiátrica. Outros, num momento de reforma já instituída, no que refere às legislações, portarias, reorganização da rede assistencial, vastas produções teórico-científicas e, até mesmo, com a inclusão de disciplinas que abordam a saúde mental na universidade. Nesse cenário, a formação é tão complexa quanto diversa.

Ademais, conforme ressaltamos anteriormente, Merhy (2002) sinaliza para as dimensões de “trabalho vivo” e de “trabalho morto” para pensarmos os atos

produtivos humanos tanto em sua perspectiva de produção material (como produzir um sapato, por exemplo), quanto para refletir acerca da importância das relações interpessoais e contextuais em que se desenrolam os atos da própria produção. O trabalho morto seria aquele oriundo de ações anteriores nas quais foram produzidos conhecimentos, saberes, tecnologias e que se colocam como orientadores para realização de outras produções. Já o trabalho vivo seria aquele no qual o trabalhador executaria um ato intencional e criador a partir das diversas combinações possíveis que lhes são permitidas pelo acúmulo das tecnologias e saberes oriundos dos trabalhos mortos anteriores. Seria o momento no qual tendo consigo uma intenção, implícita ou explícita, o trabalhador pode ver diante de si a oportunidade de agenciar algo que não estava prescrito. Ou mesmo que já estivesse, reconhecer que agora poderá ser feito de modo particular e distinto daquele que se realizava até então.

Se observarmos certa defasagem entre os conteúdos abordados pela formação acadêmica e o distanciamento entre o que os profissionais vivem e observam em seu cotidiano, será que podemos considerar essa formação como o momento em que se recebe, apenas, algumas bases para o trabalho? Será por essa razão o questionamento de alguns autores (Lima, 2005; Ronzano & Rodrigues, 2006) sobre o papel do psicólogo no contexto do SUS, em especial na saúde mental? Isso porque, segundo esses autores, não obstante, os psicólogos executam um trabalho normatizador de condutas, que patologiza o cotidiano e é incapaz de dar respostas mais eficazes e integrais à parte significativa da população que os procuram. Seriam essas intervenções baseadas apenas na racionalidade técnica, ofertada pela universidade como se as pessoas, alvo de suas intervenções, não fossem sujeitos políticos inseridos num contexto social? Ora, Bourdieu (1998) ao abordar o processo educacional, sinaliza que este está prenhe do contexto e da origem social do indivíduo que aprende. Considera-se no encontro dessas intervenções realizadas as questões conflituosas e subjetivas entre profissionais e usuários? Isso pois, a influência das experiências subjetivas é capaz de interferir na formação.

Em uma sociedade da mera informação em que estamos inseridos e que tende a reproduzir a tradicional relação de ensino-aprendizagem, a compreensão da subjetividade enquanto aspecto que não se substancializa em atributos universais,

mas que representa uma produção de sentidos inseparável do contexto e das formas complexas de organização social (González Rey, 2004) é fundamental na relação ensino-aprendizagem. Cunha (2005a) afirma que a singularidade do processo de aprendizagem reside na interação que produz subjetividade através da transformação de papéis e de funções sociais daquele que aprende e daquele que ensina. Sendo assim, não podemos desconsiderá-los enquanto sujeitos e sim compreendê-los em inter-relação consigo e com o mundo, em especial na produção das ações de saúde. Tais ações, segundo Carvalho (2007), devem ter por objetivo o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos analisarem os problemas e atuarem, inventivamente, sobre eles – mais que (re)produzir informações e induzir determinados comportamentos visando certa normatização. Para que isso se efetive é preciso certa reconstrução da subjetividade dos trabalhadores do campo da saúde e alteração da cultura organizacional hegemônica. Isso é um desafio para o processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica brasileira: contar com trabalhadores dinâmicos, capazes de transformar o cotidiano (o seu e o dos outros) na medida em que acreditam na possibilidade da emergência do novo (Paim & Almeida Filho, 2000).

Trata-se de ampliar, de acordo com Dimenstein (2007), o exercício da inconformação, da invenção, da resistência perante a servidão e descaso pelo pensar. Portanto, refere-se à produção de um cuidado, um acolhimento incondicional à vida e sua singularidade radical que não passa somente pelo saber da razão e do conhecimento (Dimenstein, 2007). É um novo olhar sobre as experiências vividas, mesmo que incertas. Ora, é justamente a incerteza que pode nos convocar à experiência da invenção, à abertura de novos saberes, à disposição para aprender com o que está sendo construído, mesmo que ainda não tenha sido teorizado. A novidade, com raras exceções, não vem exclusivamente da academia. As alternativas estão surgindo no dia a dia da experiência caótica, singular e imprevista do trabalho na saúde mental e não do lugar exclusivo da teoria e dos saberes instituídos (Lancetti, 2000; Soares, 2005). Temos assistido a produção de alternativas pela própria experiência, sendo a realidade o ponto de partida. Se a própria ciência não é estanque, tampouco porta-estandarte da verdade, é necessário pensarmos a formação para além dos livros e dos saberes academicistas.

Nesse sentido, dentre as várias possibilidades de definição do termo formação, adotamos a que nos ensinou Paulo Freire em sua emblemática obra de 1996, "*Pedagogia da autonomia*" (Freire, 1996). O autor sustentou, através de ações políticas e pedagógicas, um trabalho que se tornou referência para o mundo considerado por ele mesmo uma educação libertadora. Das destacadas ações promovidas pelo educador está a alfabetização ocorrida em 45 (quarenta e cinco) dias num Movimento da Cultura Popular. De acordo com Souza (2006), esse ato revolucionário de Paulo Freire promoveu para além do letramento uma alfabetização política; uma vez que partindo da própria realidade concreta dos educandos buscou-se construir um conhecimento novo. Além da transmissão teórica do educador e/ou da realidade empírica do educando demonstrou que o conhecimento nasce da confluência entre esses dois âmbitos. Um conhecimento nascido da interação entre prática e teoria, capaz de despertar tanto no educador quanto no educando o desejo de transformar a realidade. Tal lição freiriana assume para nós ponto de centralidade, uma vez que nos propomos pensar a formação para além da academia e como processo cotidiano e crítico de construção de conhecimento, possível, frente à determinadas realidades, em especial da política de assistência à saúde mental do SUS brasileiro. Mais que uma proposta pedagógica Paulo Freire (2006) nos apresenta uma radicalidade no que se refere à construção de autonomia e de responsabilidade tecida nos entremeios da relação entre aquele que ensina e que aprende. Desse encontro de subjetividades figura-se como central o diálogo, a ética, a tolerância, a política, a esperança, a indignação e a autonomia, resultando no protagonismo que não prescinde do outro, mas o inclui como sujeito ativo de sua aprendizagem, como co-participativo na construção de saberes que não passa apenas pela figura do mestre.

De tal modo, entendemos a formação como um processo contínuo, dialógico e, de certo modo, involuntário. O ato de ensinar não é mera transferência de conhecimento, mas criação de possibilidades para que o conhecimento possa advir como construção. Nessa perspectiva, para Barbier (2007) aprender é algo mais do que ser informado. É preciso conhecer espiritualmente o mundo, experienciar, transcender, desaprender para estar aberto a novos conhecimentos. O conhecimento não está apenas no saber acadêmico e a compreensão da complexidade do mundo e da vida pode nos permitir a busca de outros

conhecimentos e novas experiências de aprender. Segundo Freire (1980), tal fato só pode ocorrer à partir das interações estabelecidas entre quem aprende, quem ensina e a realidade na qual estão inseridos. Superamos, assim, a partir das trilhas freirianas compreensões reducionistas que associam a formação ao mero processo pedagógico-educacional. Ora, para Freire (1980) o ponto central da educação é o seu caráter de construção e incompletude, devendo também ser transformadora ao aproximar educador e educando cada vez mais da realidade social.

Sob esse ângulo, a formação é sempre crítica e pressupõe protagonismo por parte de “quem ensina”, mas principalmente daquele “que aprende”. Tanto quem aprende quanto aquele que ensina devem construir o saber objetivando transformar realidades e a si mesmos. Sendo assim, a formação é reflexiva e “ensinar não se esgota no ‘tratamento’ do objeto ou do conteúdo, superficialmente feito, mas se alonga na produção das condições em que aprender criticamente é possível” (Freire, 2006, p. 14). Destarte, a formação se estende para além da academia (sem prescindir dela) e transita, também, por outros espaços como os serviços de saúde mental, por exemplo. Porém, espaço primordial para nós onde igualmente algo da formação estabelece seus efeitos é a própria subjetividade, conforme explicitado. Ora, na mesma perspectiva da educação Paulo Freire considera o homem como igualmente inacabado, e, por esse desígnio, em incessante movimento de construção de si mesmo (Freire, 1980; 2006). Deste modo, continuamente em formação de si e do mundo, o homem enquanto agente de mudança transforma a si mesmo e à realidade. Ele inventa e reinventa práticas sustentadas no saber acadêmico mas, especialmente, no saber que advém de sua própria reflexão sobre aquilo que lhe ensinam ou que ele acredita terem o ensinado numa efetiva articulação com o cotidiano.

Ao proferirmos algo sobre formação não estamos nos referindo, exclusivamente, à capacitação de recursos humanos ou amestramento fruto de um processo de transferência de saberes operacionalizado entre professor-aluno no âmbito acadêmico, na maioria das vezes. Destarte, não acreditamos que o esforço do Sistema Conselhos ao se debruçar sobre as questões curriculares da Psicologia nomeando, inclusive, o ano de 2018 como o “ano da formação” seja satisfatório para lidar com questões referentes à uma formação de psicólogos condizente com as demandas da sociedade. A reflexão acerca da formação não pode passar apenas



pelos conteúdos ofertados na universidade. Tampouco, trata-se de operacionalizar adequações nos conteúdos curriculares a fim de responder àquilo que a realidade impõe. Ao contrário, apostamos em uma formação dinâmica que não prescinde da universidade mas que se constrói, também, por outros viéses. Nessa perspectiva, a formação para atuação no campo da saúde mental, objeto de interesse dessa tese, trata-se de uma postura crítica do próprio trabalhador frente o seu agir na saúde mental. Por essa razão, não acreditamos que transformações operacionalizadas, apenas, no âmbito da formação acadêmica seja a saída para lidar com a distância entre o que se ensina e a prática profissional, conforme nos advertem Batista e Gonçalves (2011). Apostamos numa formação que, a partir da lógica freiriana, é produtora de conhecimentos intimamente ligados à vida das pessoas. Destarte, essa formação não se restringiria aos processos vivenciados dentro das instituições educacionais. Tampouco, se reduziria à orientações técnico/políticas que norteiam uma prática, no caso as de saúde mental.

Nessa perspectiva, acreditamos que os profissionais da saúde mental possam ultrapassar modelos prescritivos, instrumentalizados e técnicos para o agir em saúde caminhando para uma ética comprometida com as necessidades do sujeito social adoecido. É trabalhar na perspectiva de buscar em seu cotidiano a possibilidade de ação para produzir interferências na vida das pessoas, indo além das cristalizações e adaptações às formas de subjetivação que estão (im)postas. Ou seja, profissionais que diante do nível de complexidade das questões não se prendam apenas à referências teóricas, muitas vezes, construídas em condições materiais e históricas completamente diversas daquelas em que eles atuam. Contudo, capaz de utilizar-se delas ampliando, assim, a sua prática numa lógica do cuidado e responsabilização junto ao outro se implicando com aquilo que lhe diz respeito e contribuindo para a modificação da assistência intervindo na formação de sujeitos em transformação, em um campo de prática, também, em constante modificação (Boff, 1999; Paulon, 2004; Barros, Oliveira & Silva, 2007). Desse modo, será capaz de romper com a modelagem, serialização e homogeneização das subjetividades que acabam por afastar os profissionais da perspectiva do cuidado. Para Dimenstein (2004), trata-se de uma prática de saúde que considera o contexto em que o usuário vive, as situações de onde surgem os diversos problemas de saúde de uma comunidade e a própria implicação desta enquanto operadora da saúde. Para isso, o trabalhador

deve reconhecer, segundo Freire (1980), o caráter inacabado da realidade e de sua própria formação adequando-a, sempre que preciso, à realidade através de sua *práxis*, num constante movimento pendular de estabilidade e mudança. Ora, se a realidade assim como os homens não está dada *a priori*, a formação, assim concebida, poderia através de aproximações e distanciamentos contribuir para o advento daquilo que ainda está por vir, de algo novo.

#### 4 A METODOLOGIA E OS PROCEDIMENTOS ADOTADOS

A despeito de ser um dos aspectos mais importantes de uma pesquisa, não raramente entende-se por metodologia a definição de métodos e técnicas a serem aplicadas para coleta e análise de dados, capazes de levar o pesquisador ao descobrimento de certa verdade. Entretanto, para Martins (2004) a metodologia deve ser compreendida como conhecimento crítico do fazer científico capaz de elaborar reflexões que superem a mera instrumentalização e aponte para os limites e possibilidades da técnica. Isso porque, há certa tendência em compreender o método de pesquisa como espécie de “protocolo do caminhar” cujo roteiro é definido desde a partida, fazendo-se necessário problematizar o quadro de referência que informa e dá sentido às práticas de pesquisa e os métodos a serem empregados (Moraes, 2014; Romanelli & Basiolli-Alves, 1998). Para Minayo (2007), a metodologia é o caminho percorrido do pensamento até à abordagem da realidade. Ela inclui o método (a teoria da abordagem), as técnicas (os instrumentos de operacionalização do conhecimento), a experiência, criatividade e sensibilidade do pesquisador possibilitando-lhe, segundo Moraes (2014), a reinvenção de si, de seu campo e objeto de pesquisa. Nessa perspectiva, Goldenberg (2011) defende a flexibilização de todas as fases do trabalho investigativo reconhecendo que planejar não corresponde a controlar, principalmente, quando se empreende uma pesquisa social-qualitativa. Todavia, o método é parte importante do processo de pesquisa pois, de acordo com Minayo (2007), vincula a teoria com a realidade empírica. Assim, além de adequado ao objeto e aos objetivos da pesquisa, deve ser passível de operacionalização. Isso não significa compreendê-lo como a metodologia em si.

Nessa perspectiva, tentamos estabelecer uma relação entre o campo empírico e o teórico considerando-os como parciais e fragmentários. Sozinhos ou mesmo muito bem articulados não são capazes de revelar a totalidade do objeto investigado. Ademais, toda pesquisa social é um recorte sobre certa realidade, inclui e exclui determinadas cenas, articula e desarticula textos (Moraes, 2014). Destarte, o objeto em si mesmo não existe. Ele é, antes, desenhado pelo próprio pesquisador sendo impossível extrair dele uma verdade universal. Para Haraway (1995) é necessário admitir as interferências presentes numa pesquisa social e negar a objetividade enquanto um projeto de fronteiras. Nessa visão, não pretendemos o

alcance de uma verdade inquestionável mas, o tensionamento entre o campo da prática e da formação do psicólogo. Por essa razão elegemos os métodos qualitativos para a coleta, construção e análise dos dados dessa pesquisa, considerando o saber como construção advinda da interação entre pesquisador e sujeitos/atores de pesquisa. Isso os torna co-reponsáveis pelo saber produzido. Ora, a realidade pesquisada é fruto da interação e interpretação do pesquisador e dos sujeitos de pesquisa sobre os fatos (Rorty, 1997), portanto, efeito do encontro entre eles.

Sob esse prisma, pensamos a metodologia e o método enquanto atitude política, maneiras de ser e estar com os outros e com o campo de investigação (re)compondo o mundo em que vivemos e pesquisamos (Moraes, 2014). De tal modo, nessa investigação pesquisador e objeto se encontraram em processos desterritorializantes que, a despeito de produzir angústias, desvelou a dimensão subjetiva que atravessa o próprio ato de pesquisar apontando-o, também, enquanto objeto de investigação (Paulon et al., 2015). Dos efeitos advindos do encontro entre pesquisador e sujeitos/atores de pesquisa assumimos implicadamente, que estes incidiram em ato sobre o processo investigativo (Cerqueira, 2014). Com relação a isso, entendemos a aproximação do pesquisador com a realidade a ser investigada. Segundo Haraway (1995) trata-se de romper com o ideal científico positivista e enfatizar “o campo, não apenas como reservatório de dados, mas também como fonte de novas questões” (Deslauriers & Kérisit, 2008, p. 148). Portanto, permanecemos atentos às interferências que, porventura, pudessem emergir e/ou escapar daquilo que pressupunhamos. Sustentando o desejo de produzir a pesquisa e a nós mesmos, como pesquisador, foi fundamental reconhecer que as implicações com o tema investigado constituiu-se como um atravessamento (Cerqueira et al., 2014; Merhy, 2007).

A fim de compreendermos o que produziam os sujeitos/atores de pesquisa e o que traziam de suas realidades – articuladas ao pesquisador e suas implicações – (re)pensamos no decorrer do processo investigativo a maneira ontológica, epistemológica, metodológica, ética e política de se empreender a pesquisa (Montero, 2004). Sob esse prisma, reflexões acerca dos sujeitos pesquisados, da produção e autoria do conhecimento produzido, dos efeitos que a pesquisa pode causar no social, da relação que se estabelece entre pesquisador e realidade

pesquisada e, por fim, do contexto em que a pesquisa se desenvolveu, fizeram-se prementes. Ora, tomamos nosso objeto (a formação) e sua relação com a sociedade como produto e produtor de cultura (Bernardes, 2003), o que nos orientou para além da mera escolha de técnicas capazes de solucionar o problema. Ainda, apontou para a dimensão ética da investigação no que se refere ao encontro localizado entre pesquisador e sujeitos/atores de pesquisa. Por encontro, compreendemos aquilo que se constitui afetando corpos, ainda que sem contato físico direto como pensamentos, afetos e ações capazes de modificar os sujeitos (pesquisador e atores de pesquisa) em suas possibilidades de ação e produção de conhecimento no mundo (Merhy, 2007). Destarte, partimos do pressuposto de que “o conhecimento não é só o que é formulado a partir da reflexão, do exercício com o pensamento e formulações teóricas nos textos e artigos acadêmicos” (Cerqueira et. al., 2014, p. 30), mas, também, é construído pelos sujeitos/atores de pesquisa. Assim, todos os “achados” nessa pesquisa foram pensados à partir de uma perspectiva plural, produzida no encontro entre os atores envolvidos na investigação. Paulon et al. (2015) nomeia de “efeitos de aproximação” a relação participativa, estabelecida entre pesquisador e campo de pesquisa, em prol da produção coletiva de conhecimento, que pode ser considerada um “efeito intervenção da pesquisa”, segundo Penido (2012).

Nos guiamos por uma perspectiva da experiência como aquilo que “nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece ou, o que toca” (Bondía, 2002, p. 21). Logo, ao considerarmos a experiência do outro no pesquisador e do pesquisador no outro, nos deixando tocar e nos transformar através daquilo que nos interrogava. Para tal, Bourdieu (2003) adverte que precisamos ter um olhar sociológico-contextual, interessado e respeitoso sobre o problema. Isso permitiria ao pesquisador compreender a singularidade do campo estabelecendo com ele uma comunicação não violenta que possibilita a produção de conhecimentos “não colonizadora” acerca daquilo que se dispôs a conhecer. E, principalmente, considerando os efeitos inesperados produzidos à partir dos encontros em uma situação de pesquisa. Contrariando a idéia de “não contaminação” do pesquisador com o campo, assumimos a perspectiva do pesquisador “in-mundo”, no mundo com o objeto, pois nossa “implicação é intrínseca à produção do conhecimento” (Abrahão et al., 2014, p. 156).

A implicação, que será melhor trabalhada à frente, consiste na produção de questionamentos pelo pesquisador sobre sua prática, seus movimentos, atos, motivações, afetos, referências, investimentos etc., que emergem em sua relação com o campo de pesquisa (Lourau, 2004).

Nesse sentido, nos afastamos de toda tendência à construção de concepções unívocas sobre a realidade social pesquisada (Groulx, 2008), assumindo uma posição implicada de pesquisador “in-mundo” [imundo] poluído, afetado, impuro, misturado, contaminado ao objeto de pesquisa. “[...] O pesquisador in-mundo emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros” (Abrahão et al., 2014, p. 158). Assim intencionalidade pela produção de conhecimento implicado capaz de decompor práticas e saberes referendou nossa escolha pelo emprego de métodos qualitativos para abordagem do tema/problema e objetivos da pesquisa. Também, para o estabelecimento de uma relação de proximidade entre pesquisador e sujeitos/atores de pesquisa capaz de transformá-los e propiciar certa construção coletiva de saberes aos moldes de uma pesquisa-intervenção (Paulon et al., 2015). Ainda, por estudarmos uma situação particular acreditamos que a metodologia qualitativa (Minayo, 2010) constituiu-se como escolha pertinente tendo em vista a complexidade e a pluralidade da realidade pesquisada. Assim sendo, intencionamos construir um conhecimento possível sobre o tema/problema de pesquisa, numa relação dialógica e horizontal entre os saberes científico e prático-cotidiano. Para tal, além da análise da implicação do pesquisador na produção do conhecimento, fez-se necessário assumir que o próprio campo investigado é complexo “atravessado por instituições outras que não as abordadas diretamente pela pesquisa, o que compõe um campo de interferências ilimitado, sobre o qual se situa[ou] nossa investigação” (Penido, 2012, p. 46).

Finalmente, na tentativa de trazer um ínfimo ato de criação e resistir, em certo ponto, aos modos determinantes de se fazer pesquisa nos quais o rigor é confundido com rigidez e inflexibilidade, tentamos exercitar não apenas uma escrita mais livre como realizar certa intersecção inspirados por perspectivas metodológicas distintas. Visando alcançar os objetivos de pesquisa e a complexidade do campo, circunscrito em contexto sócio-histórico singular, assumimos uma perspectiva metodológica

“integradora” (Nunes e Torrenté, 2013). Nos inspiramos na Psicologia Social compreendendo o sujeito como ator que se constrói em interação, transformando-se por meio dela a si próprio e a sociedade (Farr, 2008), na contribuição foucaultiana acerca da Análise do discurso, na Etnografia e na Análise da Implicação, que serão melhor caracterizados à seguir. Tais escolhas se deram na tentativa de abordar o campo o mais profundamente possível abarcando sua pluralidade e polifonia acerca da temática de pesquisa em questão.

#### **4.1 A implic(AÇÃO): uma postura do pesquisador**

Barbier (1985) considera necessário analisar a influência do sistema formado pelo pesquisador, seu objeto de investigação e o contexto no qual estão inseridos para pensarmos nas condições de produção do conhecimento. Contrariando a noção de neutralidade, objetividade e distanciamento do analista em relação ao seu objeto de investigação, a noção de implicação requer, ao contrário, o reconhecimento de que a simples presença do pesquisador interagindo com o campo faz dele, também, um elemento desse campo. Para além, sua presença produz mudanças tanto no campo investigado quanto nos sujeitos/atores de pesquisa e no próprio pesquisador.

De acordo com Lourau (2004a), a noção de implicação designa todas as condições que atravessam a relação entre analista (pesquisador) e contexto institucional no qual este se insere. Trata desse modo, da relação desenvolvida entre o pesquisador e a instituição (campo)<sup>24</sup>. Assim configura-se como um processo complexo, heterogêneo e marcado por atravessamentos de múltiplas dimensões: a econômica, a política, a social, a ideológica, a desejante, dentre outras que demarcam a relação entre o pesquisador e a sua pesquisa constituindo-se como atravessamentos. Podemos acrescentar que desses atravessamentos, muitos podem ser, inclusive, anteriores ao contato do pesquisador com a realidade a ser

---

<sup>24</sup> A instituição não é o mesmo que um estabelecimento concreto e observável. É uma dinâmica contraditória que se constrói num movimento sócio-histórico e se torna fundamental por atravessar todos os níveis da estrutura social, assim como é atravessada por todos eles. Pode-se dizer delas, no geral, que são as regras, leis e normas sociais pré-existentes que se articulam aos indivíduos, grupos e coletividades (Lourau, 1993; 2004c).

pesquisada (Baremlitt, 2002; Monceau, 2005; 2008; Passos, Kastrup & Escóssia, 2009).

Segundo Barbier (1985), por tratar-se do envolvimento do pesquisador com o seu objeto de pesquisa, cabe considerar a dimensão psico-afetiva da implicação questionando-se sobre os afetos estão envolvidos no ato de pesquisar e o quanto o pesquisador sente-se tocado por sua temática, para além de cumprir as questões academicamente estabelecidas. Admitir que a pesquisa mobiliza afetos no pesquisador facilita o entendimento do próprio ato investigativo, incluindo-se nele a comunicação entre o pesquisador e a comunidade acadêmica, o pesquisador e os sujeitos/atores de pesquisa e entre o pesquisador e o seu campo. Além disso, Barbier (1985) acrescenta que, numa perspectiva histórico-existencial, a pesquisa está intimamente ligada aos movimentos e projetos de vida do pesquisador. Ao desenvolvê-la, o pesquisador trabalha sobre si mesmo, seus valores, saberes, experiências e história de vida, enfim, tudo que o atravessa(ou) e deixa(ou) marcas em seu percurso e formação. Também, questões estruturais, profissionais e acadêmicas balizam as duas instâncias anteriores conferindo sentido à pesquisa sem abandonar o rigor que lhe é cabido e, igualmente, sem desconsiderar que a investigação está enraizada na história do pesquisador e no contexto institucional e social amplo do qual participa.

Nesse sentido, para Nascimento e Coimbra (2008), a implicação é um dispositivo eficaz para a problematização da prática profissional e do ato investigativo implicado com a realidade sobre a qual se pretende conhecer aprofundadamente. Pensar sobre a própria prática e seus efeitos é, também, operar numa lógica política. Ora, refletindo sobre a própria trajetória o pesquisador reconhece as intencionalidades, os pensamentos que o atravessam e, sobretudo, o que possibilita ou impossibilita seu fazer. Ao historicizar suas ações reconhecendo que nenhuma prática é a-histórica ou dependente apenas das vontades individuais ou regras universais (nesse sentido, do fazer científico), o pesquisador admite que sua pesquisa é permeada de discursos, ideologias, forças inconscientes etc. Ela está intrinsecamente ligada ao contexto social amplo que o atravessa no exercício de suas práticas. Por esse ângulo, reconhecer-nos implicados com nossa pesquisa é aceitar que esta não se constitui independentemente dos fatores sob os quais estamos submetidos e, como consequência, a submetemos também.



No contexto dessa pesquisa, representado grosso modo pela temática da formação em psicologia para atuação em saúde mental, as implicações analisadas foram consideradas primárias quando se referiram àquelas implicações do pesquisador com a sua própria trajetória e a incidência desta na constituição do objeto pesquisado, o grupo escolhido como os sujeitos/atores de pesquisa e a situação de intervenção em si – conforme trabalhado no capítulo que apresenta o problema de pesquisa e que serão retomadas ao final deste subitem. Foram consideradas secundárias quando relacionadas às referências eleitas para contribuir com a análise dos dados produzidos em situação de pesquisa. Também, conforme explicitadas em tópico anterior sobre a metodologia, as “escolhas” metodológicas empreendidas no campo de intervenção foram relacionadas ao que se esperava encontrar (Monceau, 2008). Ou, como pontua Paulon (2005), as implicações sociais, históricas, epistemológicas diretamente relacionadas à forma de construir o processo da pesquisa e divulgar seus resultados, conforme as já mencionadas trajetórias pessoal, profissional e as influências teórico-práticas do pesquisador ao longo dos anos. Monceau (2008) acrescenta que se trata justamente do pesquisador pensar na sua própria produção científica, estar implicado e ciente que o que se produz está atravessado por sua história particular e ideológica. Sendo assim, necessário pensá-la dentro de um contexto social amplo constituindo assim um verdadeiro trabalho científico à luz das ciências sociais e humanas.

Pensar sobre as implicações envolvidas em nossas pesquisas, e seus correlatos produtos, é reconhecermos as relações presentes que nos possibilitaram pensar o problema de um modo e não de outro. De tal forma, ao deixarmos claros nossos interesses reconhecendo que eles se constituíram a partir dos vários lugares que ocupamos no tecido social é, também, assumir que tudo que nos atravessa(ou) e nos constitui(u) ao longo do tempo faz parte de nossa pesquisa (Paulon, 2005). Acolhermos esses fatores é, de certo modo, tenso e perturbador uma vez que as pesquisas, em sua maioria, são produzidas no contexto acadêmico e este como representante do discurso da ciência compete com outros discursos e instituições pelo estatuto de verdade exigindo do pesquisador, na maioria das vezes, posturas rígidas e positivadas. Todavia, não havendo nessa pesquisa naturalização ou postura positivada acerca do processo investigativo e daquilo que se pretendeu conhecer, o pesquisador poderia ser acusado de produzir ideologias ou material

pouco científico e, por essa razão, não confiável. Entretanto, faz-se necessário aclarar que não se pode confundir as considerações dessas especificidades que incidem sobre o ato de pesquisar com intuições individuais de quem está implicado no campo (Lourau, 2004c). De qualquer modo, reconhecemos ser um risco que o investigador corre ao admitir que, inexoravelmente, o objeto, os sujeitos de pesquisa e o pesquisador estão imbricados na produção do conhecimento (Lacaz, Passos & Louzada, 2013).

Nessa perspectiva, o que essa pesquisa objetivou não foi descobrir uma verdade oculta mas se debruçar sobre questões que, num primeiro momento (e ainda hoje), interessavam diretamente ao próprio pesquisador estando implacavelmente ligada à sua história, à sua trajetória pessoal e profissional. Seguindo a lógica de Nascimento & Coimbra (2008), as questões de pesquisa e suas possíveis respostas, se dão na interação processual e singular (por partirem do interesse do pesquisador) articulada ao seu caráter múltiplo-coletivo a partir da interação que estabelece com variadas instituições por exemplo, desde o momento em que foi aceita nos moldes de um projeto acadêmico em um Programa de Pós-graduação em Psicologia e, posteriormente, pelos sujeitos/atores que se constituíram como parte do campo de pesquisa. Ora, num projeto de pesquisa e em sua execução o pesquisador traz à tona os seus interesses particulares, seus afetos e sua intensidade mobilizados para as questões a serem investigadas, assim como aquilo que se mostra interessante para outras instâncias institucionais, em nosso caso a academia e os serviços.

Assim sendo, adotamos nessa pesquisa a postura de assumir estarmos diretamente implicados com ela, aceitando que “sou (somos) objetivado(s) por aquilo que pretendo (pretendemos) objetivar; fenômenos, acontecimentos, grupos, idéias etc.” (Lourau, 2004b, p. 148). Ora, faço parte de meu próprio objeto, tanto enquanto acadêmico (pesquisador, aluno de um Programa de Pós-graduação) quanto como professor universitário e, igualmente, pelos vários anos dedicados à prática da psicologia em serviços de saúde mental numa postura declaradamente identificada e militante por reforma psiquiátrica, verdadeiramente, antimanicomial. Nesse sentido, é possível afirmar que meu interesse pela temática de pesquisa está entrelaçado à minha trajetória na graduação, na pós-graduação *latu sensu*, à minha vida

acadêmica (mestrado, doutorado e grupo de pesquisa<sup>25</sup> ao qual me vinculo no espaço da universidade), à minha vida profissional desde a época em que era psicólogo nas equipes de saúde mental até a atualidade como docente de um curso de graduação em Psicologia lecionando disciplinas ligadas, direta e indiretamente, ao campo da saúde mental. E, finalmente, à minha militância na Luta Antimanicomial. Podemos afirmar que todas essas instâncias de atravessamentos diversos e enriquecedores, relatados anteriormente, aliados ao meu trajeto acadêmico-profissional e história de vida relacionam-se diretamente com a formação de profissionais para o trabalho no campo da saúde mental, questão essencial dessa pesquisa de doutorado. Deste modo, a pesquisa foi conduzida, conforme nos incentiva Lourau (1993) e Passos & Barros (2000), num sentido de pensar a atividade científica não como instância isolada da vida, mas, ao contrário, articulada e dependente dela uma vez que a própria “arte” de pesquisar e produzir conhecimento traz consigo interferências para a realidade social investigada e para aqueles que se dedicam a abordá-la.

#### **4.2 A análise do discurso: contribuições foucaultianas**

Apesar de não ser um linguista, mas psicólogo de formação, nessa pesquisa recorreremos às contribuições da Análise do Discurso (AD) francesa (Pêcheux, Leon & Bonnafous, 1993), especificamente, e nas contribuições de Michel Foucault sobre o discurso. Destarte, foi de um lugar externo que a AD foi incorporada a essa investigação como uma de suas inspirações na tentativa de refletirmos sobre a língua, a história e os sujeitos de pesquisa inseridos em contexto particular tal como nos instrui a etnografia. Sobre a AD, em pesquisa empreendida no mestrado, Dias (2012) afirma que é considerada um conceito novo inaugurado pelo filósofo Michel Pêcheux na década de 1960. Acerca da emergência da AD, Caregnato & Mutti

---

<sup>25</sup> Quanto à filiação grupal podemos afirmar que esta tem grande influência na composição da identidade e pensamento do pesquisador. Ainda que esteja inserido em vários grupos durante sua vida, estabelece uma valoração para cada uma de suas afiliações grupais. Desse modo estabelece comportamentos, pensamentos e ações similares ao grupo de pertença, no sentido de identificar-se a ele. Mas também, a fim de distinguir-se de outros grupos distintos do seu (Turner, 1984). Dessa feita, a participação no L@gir e no PRISMA, postura, declaradamente, antimanicomial e à favor da desinstitucionalização, influenciam a pesquisa em questão, assim como a forma de abordagem do problema de pesquisa, produção e análise dos dados.

(2006) afirmam que foi a crença de que Análise de Conteúdo (AC) não era satisfatória para alcançar uma reflexão mais aprofundada e complexa sobre determinados discursos que a possibilitou. Isso porque, a AC considerava o discurso como produção apartada do contexto social, desconsiderando que as relações possibilitam ou não a existência de certos discursos. Assim sendo, a AC se dedicava em encontrar no próprio texto o seu sentido oculto. Já a AD interrogava os sentidos estabelecidos e as diversas formas de produção do próprio discurso e não como um suposto conteúdo objetivo do texto (Dias, 2012). A esse respeito Orlandi (2005) afirma que a AD colocou em xeque a transparência da linguagem, visto que a produção de sentido está intimamente ligada às práticas humanas inscritas num determinado contexto. Para tal, de acordo com Minayo (2010), ancorou-se em três áreas do conhecimento como o Materialismo Histórico Dialético, a Linguística e a Teoria do Discurso e a Teoria da Subjetividade psicanalítica se constituindo como uma nova proposta para tratamento da linguagem.

Todavia, de acordo com Passos (no prelo), são perspectivas distantes da noção foucaultiana de discurso. Para Foucault o discurso é muito mais complexo do que um conjunto de frases ou falas atribuíveis a indivíduos inseridos em grupos sociais específicos e situações concretas. O discurso sempre carrega algo da dimensão de produção da realidade social, não constituindo-se como mero enunciado linguístico (atos de fala ou escrita). Ora, o discurso para Foucault é prática sócio-histórica. Enquanto produção coletiva, contextualizada e anônima ele orienta práticas sociais. Mas, não possui um sentido dado a ser traduzido pois o sentido do discurso só emerge a partir de trabalho analítico, seja sobre textos, frases, ícones ou materiais não discursivos (Dias, 2012; Passos, no prelo). Apenas a partir de trabalho empreendido por Foucault (1987), em *Arqueologia do saber*, podemos dizer de uma análise de discurso foucaultiana, na qual novos constructos como os conceitos de enunciado-acontecimento, formação discursiva, arquivo e interdiscursividade serão forjados (Passos, no prelo).

Especificamente, a ideia de “formação discursiva” proposta por Foucault se distanciou das contribuições de Pêcheux (1998) acerca do deslocamento da noção linguística de fala para a de discurso e de que a análise de discurso viria enfrentar nas teorias da linguagem o distanciamento entre a história e a língua. Também, Foucault distanciou-se da teoria da ideologia e do sujeito do inconsciente como

constitutivos do discurso. Ele não recusou as contribuições de Pêcheux, porém, sugere muita prudência na utilização desses conceitos (Passos, no prelo). Ora, a noção de ideologia pressupõe uma verdade (universal) que ela mesma encobriria, contrariando a ideia foucaultiana de que o que há são produções de verdades e saberes. Além disso, a ideia de sujeito psicologicamente determinado é refutada por Foucault que propõe “modos de subjetivação” enquanto produção social e histórica.

Passos (no prelo) nos adverte que a arqueologia foucaultiana nos remete para a “materialidade” dos discursos que organizam certo contexto histórico como se estivessem num arquivo desordenado, disperso, esquecido e que se constitui por todos os enunciados acerca do que se pôde ou não dizer num determinado campo de práticas, histórico e materialmente circunscrito. As formações discursivas – “conjunto das regras que permitem o aparecimento de certos enunciados e não outros” (Passos, no prelo, p. 08) – é que possibilitam a emergência de certos enunciados e não outros, num determinado contexto ao qual toda prática social está associada. Por essa razão, os discursos produzidos numa mesma formação discursiva podem ser parcialmente delimitáveis. Contudo, podem também se interpenetrar e/ou disputar espaço na mesma ou em outras formações discursivas. Afetado socialmente e influenciado por sentidos pré-construídos sobre o dizer dentro de determinadas formações discursivas, não há discurso novo, puro e inédito (Caregnato & Mutti, 2006). Para Foucault, o enunciado tem existência além de sua materialidade não contendo sentido *a priori*, ainda que possa se apresentar por meio de frases e falas. Em sentido arqueológico ele se refere ao vínculo entre sujeitos e objetos em relação a outros enunciados; por isso pode ser repetido. Entretanto, o sujeito do enunciado não é necessariamente quem o profere, mas é uma “posição de sujeito” sócio-historicamente autorizado a fazê-lo (Passos, no prelo).

Nessa perspectiva, de acordo com Foucault (1987), o discurso não pertence ao autor, não importa o que ele quis dizer ou o que não disse, mas o que está dito. Não está em questão a origem de um discurso, mas o que faz com que algo apareça como verdadeiro quando pronunciado. Não há um sujeito proprietário ou fundador do discurso, tudo o que se diz é de um lugar, a partir de determinadas condições. Ainda, segundo Passos (no prelo), um discurso sempre remete a outros enunciados numa formação discursiva que ao ser repetido e repetível, remonta ao que Foucault chama de prática discursiva que precisa se (re)atualizar para permanecer. Mais que

dizeres, para Orlandi (2005), os enunciados são atos que posicionam o sujeito num determinado lugar evidenciando aquilo que ele pode e deve dizer em situação dada em uma conjuntura dada. Há para os dizeres condições de produção promovendo ou não novos sentidos e outras formações discursivas. Passos (no prelo) acrescenta que, com relação às formações não discursivas (práticas languageiras), o enunciado não as apaga, mas, ao contrário, a elas se associa.

Sendo assim, de modo geral, tomando as contribuições foucaultianas em *Arqueologia do Saber* (Foucault, 1987), podemos afirmar que a AD tem como objetivo identificar as condições que permitiram a emergência de um determinado enunciado e não outro, não havendo, por essa razão, uma busca por sentido oculto. A partir daquilo que foi dito, como foi dito, quem o pôde dizer, em quais circunstâncias e por que foi esse o dito e não qualquer outro que se pode compreender determinado discurso. Também, pode-se compreender porque determinados discursos ganham estatuto de verdade enquanto outros não, quais as condições postas para que isso ocorra, ou seja, como ele se forma – mais que expressa ou significa. A AD numa perspectiva foucaultiana nos possibilita compreender o contexto das condições de produção do discurso, no qual determinada fala é proferida e como e o quê a possibilitou. Isso, pois as palavras não são literais e não nos oferecem um sentido em si, não são portadoras de uma essência verdadeira (Dias, 2012). Destarte, mais que apontar para o que foi dito a AD de inspiração foucaultiana demonstra como o discurso funciona e se articula ao contexto (Minayo, 2010) impedindo-nos de que se empreenda sobre o dizer uma única forma de “interpretação” a fim de extrair uma verdade *apriorística*. Sendo o discurso heterogêneo e polifônico marcado por suas condições de produção uma AD não irá descobrir nada novo, apenas fará uma nova interpretação ou uma (re)leitura sem incorrer a julgamentos entre certo e errado (Caregnato & Mutti, 2006).

Outra contribuição foucaultiana para a AD se deu a partir de sua *Genealogia* apontando para a importância de se descobrir as condições políticas que contribuem para a emergência de certos discursos e como estes ao expressarem determinados saberes visam instaurar uma verdade (Dias, 2012). Para Foucault todo discurso comporta uma “vontade de saber” – que não equivale à conhecimento na medida em que não tenta estabelecer uma distinção entre o verdadeiro e o falso. Tal distinção sinaliza para as relações de poder e para as intencionalidades de um sujeito quando

fala sobre aquilo de que deseja se apoderar (Foucault, 1995a). Nessa lógica, de acordo com Machado (1981) as relações de poder estabelecidas a partir da constituição de determinados saberes tornam-se primordiais para o entendimento do exercício de poder, pois onde há saber há poder e vice-versa.

A partir das contribuições foucaultianas podemos pensar, de acordo com Orlandi (1987), que a AD torna-se uma proposta crítica que busca problematizar as formas de reflexão estabelecidas num determinado discurso. Ou, como sinaliza Passos (no prelo) a AD numa vertente foucaultiana contribui para que seja possível ao analista “elucidar as condições de possibilidade do que se diz e do que se faz dizer, numa determinada época ou formação histórica, bem como do que se vê e do que se dá a ver nessa época” (p. 12). Orlandi (1987) e Brandão (2004) apontam que a AD nos possibilita olhar a linguagem (um dos modos de mediação entre homem e sociedade) como um lugar de debate e conflito (e de relações de poder). Logo, não pode ser estudada fora do contexto uma vez que os processos que a constituem são histórico-sociais. Portanto, sua compreensão não pode se dar desvinculada das suas condições de produção, assim como nos ensina Foucault.

A despeito de a linguagem enlaçar o homem na própria realidade, não podemos desconsiderar que as falas são sempre impregnadas de cultura, submetidas às determinações do contexto social e prenes da intencionalidade do dizer. Por essa razão, comporta ambiguidades, equívocos etc. e leva o analista a ter que decidir por certa interpretação do que foi dito. Destarte, não existe uma análise única do discurso mas produções analíticas fragmentárias e sempre portadoras de opacidades. Para Passos (no prelo, p. 15) “cada época vê/diz aquilo que se dá a ver/a dizer”. Logo, a produção de sentido não remete ao universal, mas apenas a uma leitura possível de textos e contextos, proposta pelo próprio analista. Trata-se, portanto, de uma interpretação (Gill, 2007). O analista do discurso faz uma leitura influenciada (implicada) por suas experiências, inclinações e visões de mundo. Ora, sua discursividade, também, está submetida a regras históricas de produção. Não obstante, é a partir da determinação do recorte sócio-histórico sobre a produção do discurso que as análises se dão. O recorte escolhido pelo analista confere certa identidade ao discurso e ao problema em questão apontando-nos para a impossibilidade de acesso direto ao sentido do que foi dito. Assim, cabe ao analista tomar, também, sua própria interpretação como objeto de reflexão. (Caregnato &

Mutti, 2006; Orlandi, 2005). Contudo, não se trata de uma interpretação ingênua que inventa algo sobre o que foi dito, mas uma interpretação que leva a uma compreensão possível do dizer através da reflexão e problematização do que se interpretou. Se os sentidos não se fecham e não estão dados *a priori*, a interpretação também não (Dias, 2012).

Sendo o discurso complexo e singular, revela a riqueza de nossos intercâmbios sociais e culturais e, por essa razão pode confundir nossos instrumentos de análise. Nesse caso, o analista não deve ambicionar atingir uma interpretação pura e verdadeira reconhecendo que uma AD é sempre controversa e inacabada. Ora, um discurso emerge numa zona de diversidade, incompletude e imprevisibilidade (Mari, Machado & Melo, 2001). Entretanto, isso não faz da AD ineficaz, ao contrário aponta para várias possibilidades de análise. De acordo com Orlandi (2005) é justamente em razão da imprevisibilidade e incompletude que podem emergir determinados sentidos. A relação entre o que se pensa e diz num determinado contexto, comporta fissuras que uma vez abertas só podem ser provisoriamente fechadas por certa interpretação. Calvino (1998) afirma que sempre haverá rupturas e descontinuidades entre o que se fala e o mundo. O que fazemos é apenas inventar conexões, fabricar palavras na tentativa de obturar as fendas. Arranjamos uma leitura possível do mundo, pois o que para nós se apresenta já possui certa cota de significação. Dessa maneira, a linguagem está sempre contaminada e se apresenta “num mosaico de línguas” (Calvino, p. 145, 1998).

Isto posto, nos inspiramos e incluímos a AD foucaultina como contribuição para as análises sobre o *corpus* (pré-existentes e/ou co-construídos pelo próprio pesquisador/analista) selecionados a partir do problema e dos objetivos de pesquisa e constituídos via transcrição literal das entrevistas realizadas com os sujeitos/atores de pesquisa, articuladas às observações de inspiração etnográfica e à análise da implicação do investigador.

### **4.3 A inspiração etnográfica para abordagem e compreensão do campo de pesquisa**



Conforme discutido no início deste capítulo, nossa investigação se orientou por parâmetros da pesquisa qualitativa em Psicologia Social, que por seu caráter interdisciplinar nos autoriza a nos inspirarmos no entrelaçamento de estratégias metodológicas. Nesse sentido, ao aproximar-se da antropologia, a Psicologia Social encontrou na etnografia um dos modos de se fazer pesquisa buscando responder a problemas específicos de maneira mais próxima à realidade a ser estudada, intencionando, segundo Nunes e Torrenté (2013, p. 2861), “desnaturalizar o mundo, evidenciando suas construções sociais, culturais e políticas”.

A etnografia, de acordo com Sousa e Barroso (2008), foi introduzida na Antropologia por Bronislaw Malinowisk que, valorizando a experiência direta com a realidade estudada, nos ensinou que o pesquisador deve realizar a maior parte do trabalho de campo. Por esse prisma, Geertz (1989) define a etnografia como a ciência da descrição cultural de um grupo ou de um povo, acrescentando que o olhar etnográfico em situação de investigação exige do pesquisador um esforço intelectual no sentido de realizar uma descrição densa do problema investigado. Para este autor a descrição densa permite o pesquisador construir sentidos acerca do objeto pesquisado priorizando o contexto em que ele se encontra. Em razão disso, Ludke & André (2005) apontam que a realização de pesquisa de cunho etnográfico pressupõe o contato direto do pesquisador com a situação investigada através do trabalho de campo. Este permite ao investigador compreender a realidade através do olhar do outro que imerso em sua própria cultura, atribui sentido às suas próprias ações. Interessados por estudar uma realidade particular com singularidades e dinamismo próprios, nos guiamos através da etnografia acreditando que o contato com a cultura na qual a pesquisa se inseriu produziria, de acordo com Geertz (2007), saberes locais. Estes, por sua vez, só podem emergir e ser compreendidos no contexto, a partir do lugar de onde foram constituídos, motivo que nos levou a apresentar o campo de maneira analítico-descritiva em capítulo à parte.

Contudo, Viégas (2007) afirma que isso exige do pesquisador flexibilidade e abertura para reorientar seus questionamentos acerca do objeto pesquisado assim como o próprio caminho metodológico eleito. Ainda, de acordo com Neves (2006, p. 4) a inserção da Psicologia Social na prática etnográfica não se realiza “em um vazio emocional, neutra de qualquer subjetividade. É uma prática nas, e sobre, relações humanas”. Essa lógica, acreditamos imbrincada com a idéia de um pesquisador

implicado que atravessa e é atravessado por seu campo de pesquisa, sinalizando para o que Geertz (1989) nomeia de efeito auto reflexivo que a imersão numa cultura produz ao modificar tanto o pesquisador quanto os sujeitos/atores de pesquisa.

Ao se colocar em campo o pesquisador tem a possibilidade de observar o que as pessoas fazem, as suas interações cotidianas e registrar suas observações. Becker (1994) indica que os registros devem ser realizados em Diário de campo, o mais breve possível, de maneira minuciosa, incluindo-se neles as próprias questões, sentimentos e impressões do pesquisador. Seguindo as trilhas de Geertz (1989) sobre a autorreflexão, acreditamos que ao registrar suas questões o pesquisador, também, se implica assumindo que parte do que descreve é fruto de sua interpretação e perspectiva de análise. Isso, segundo Geertz (2001), torna o contato com o campo mais complexo fazendo com que as coisas se misturem. Entretanto, Neves (2006) alerta que ainda que o pesquisador encontre fatos que lhe pareçam familiar, não são necessariamente conhecidos. Logo, estar em campo não se trata de reconhecer um objeto, mas colocar-se aberto ao encontro com a alteridade, familiarizar-se com o que é estranho, estranhar o que parece familiar, abrir-se para descobertas e manter um constante olhar de surpresa para a produção do novo (Neves, 2006). Apesar da difundida concepção de que a empatia para com o grupo social em estudo é uma das atitudes fundamentais do pesquisador, Geertz (2007) adverte, também, para a necessidade de desmistificar tal idéia. Nenhum pesquisador deve se cobrar habilidade quase milagrosa de possuir empatia para com a cultura pesquisada. Fato que suscitou tal reflexão foi a publicação do diário de Malinowski (empreendida por sua viúva) no qual o pesquisador mostrava-se intolerante ao proferir palavras desagradáveis e expressar mal-estar acerca dos nativos com os quais realizou sua pesquisa.

Cabe ressaltar que a despeito de ter se constituído para nós apenas como inspiração, estávamos cientes de que a prática etnográfica é mais do que a mera coleta e compilação de dados observados, implicando, também, “estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário, e assim por diante” (Geertz, 1989, p. 15). Ainda, na tentativa de compreender como variadas situações são interpretadas por diversas pessoas, o pesquisador não busca uma realidade uníssona, mas a pluralidade de vozes (incluindo a sua própria) mesmo quando contraditórias. Para tal, além das

observações, o pesquisador realiza, também, entrevistas semi-estruturadas ou abertas atentando-se para o contexto multidimensional em que os discursos se produzem (Neves, 2006; Viégas, 2007).

Por fim, esclarecemos que a inspiração na pesquisa de tipo etnográfica apontou para a dimensão ética e para o respeito com a realidade dos sujeitos/atores de pesquisa. Ainda que haja na literatura críticas com relação à cientificidade das pesquisas etnográficas, principalmente, no que se refere a sua falta de objetividade e estilo de apresentação dos dados, nos orientamos pela premissa de que não há certezas apriorísticas sobre onde se poderia chegar (Neves, 2006). Todavia, a manutenção do rigor nas observações, nas anotações diarísticas, nas impressões, no contexto das pessoas e de tudo aquilo que caracterizava a realidade particular em estudo afiançam ao pesquisador a validade de suas análises quando da circunscrição de seu objeto em sua perspectiva teórica. A teoria orienta o olhar do investigador sobre a realidade estudada uma vez que os conceitos teóricos não emergem instantaneamente dos dados empíricos, mas são formulados como consequência da relação entre o conhecimento de uma realidade concreta e as exigências de sua descrição. Portanto, acreditamos que se há algo que poderia desmerecer a inspiração em tal metodologia de pesquisa seria a não consideração pela biografia do pesquisador e pela teoria eleita por ele, pelo contexto da pesquisa e, finalmente, pelas situações inesperadas que atravessam todo ato investigativo (Peirano, 1992; Viégas, 2007). Acreditamos que tais fatos não se aplicam à nossa pesquisa, uma vez que nos atentamos para essas questões.

#### **4.4 Fases de desenvolvimento da pesquisa**

##### ***4.4.1 A aproximação formal com os sujeitos/atores da pesquisa, o preparo para as entrevistas e a construção do campo***

Tão logo o projeto de pesquisa foi aprovado pela banca de qualificação, foram realizados contatos com a Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga/MG visando apresentá-lo para a Coordenação de Saúde Mental. Após, obtivemos autorização “formal” para realização da pesquisa, contudo, ainda não documentada em razão

das mudanças que a administração da cidade experimentava à época<sup>26</sup>. Logo em seguida, de posse de documento de anuência da prefeitura submetemos o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG. Enquanto tramitava no COEP realizamos uma reunião para apresentação do projeto de pesquisa e seus objetivos e convidamos a equipe de saúde mental ipatinguense à participação. Também, esclarecemos as condições para participação conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Aqueles que concordaram participar assinaram uma lista de contatos já que o TCLE seria lido, novamente, e assinado no momento da coleta de dados em si (as entrevistas). Consideramos essa reunião inicial como um momento de observação que nos permitiu a identificação daqueles que discorriam com mais propriedade sobre a rede, seu funcionamento (palco para circulação de práticas e discursos acerca da formação do psicólogo), dentre outras questões de interesse para a pesquisa.

A rede de saúde mental de Ipatinga conta 24 (vinte e quatro) psicólogos, dentre eles 01 (um) coordenador municipal de saúde mental e 01 (um) gerente do CAPSi. Na reunião inicial, estiveram presentes 17 (desessete) profissionais e, com relação aos demais realizamos contato posterior para apresentação da pesquisa e convite à participação. Entretanto, as 03 (três) profissionais do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) não se dispuseram a participar justificando não serem da saúde mental. Também, 02 (duas) psicólogas do CAPSi relataram impossibilidade de participação por motivo desconhecido pelo pesquisador. Já 02 (duas) psicólogas que trabalham no hospital geral consentiram com a participação, principalmente a que havia sido coordenadora da saúde mental em tempos anteriores.

É importante ressaltar que à época do convite alguns profissionais demonstraram-se receosos em ser entrevistados por um pesquisador, também, professor. Pareceu-nos que havia certa fantasia de que seus conhecimentos, acerca da temática de pesquisa, seriam aferidos. Em momento posterior, nas entrevistas, isso reapareceu. Apesar de, quantitativamente, pouco expressivo qualitativamente isso nos sinalizou para a implicação do pesquisador. Atravessado pelos discursos e instituições dos quais faz parte, nesse caso como professor de uma IES na cidade,

---

<sup>26</sup> Em razão da espera, o período de coleta de dados se deu durante o segundo semestre de 2017. Antes desse período, realizamos diversas aproximações com o campo, assim como com os responsáveis pela rede de saúde mental na Secretaria Municipal de Saúde para conversas e reuniões que nomearemos, aqui, de “informais” pelo fato de que ainda não tínhamos o documento assinado.

esse fenômeno apontou-nos para um campo de interferência no processo investigativo. Cabe acrescentar que apesar de ter participado da reunião inicial e demonstrar-se acolhedora para com a pesquisa, a Coordenação Municipal de Saúde Mental não concedeu entrevista formal, a despeito da insistência do investigador para que esta acontecesse. Não sabemos o motivo da “recusa”. Esperávamos da coordenação informações acerca da rede de saúde mental de Ipatinga, da suposta implantação de novos dispositivos como o CAPSad (previsto para o ano de 2017) e, também, sobre o olhar da saúde mental acerca da “Associação Loucos Por Você”, frequentemente referida como espécie de Centro de Convivência e sobre a instituição de lógica manicomial existente na cidade. Enfim, esperávamos receber informações sobre a rede de saúde mental como história, constituição, modo de funcionamento, atividades ofertadas etc. Todavia isso não se efetivou. Destarte, essas informações em torno da rede de saúde mental de Ipatinga foram reunidas, através das 18 (dezoito) entrevistas realizadas com os psicólogos que nela atuam. A despeito das entrevistas não orbitarem, primordialmente, em torno disso elas nos forneceram informações ricas para além da questão da formação. Também, as entrevistas nos permitiram a identificação de 02 (dois) psicólogos que foram eleitos como informantes privilegiados da rede.

Além das entrevistas, empreendemos observações de campo. Delas podemos dizer que se realizaram ao longo de todo processo de pesquisa. Iniciaram-se a partir dos contatos e conversas com os profissionais da rede de saúde mental e com aqueles que com ela mantinham contato direto e indireto, e continuaram durante o processo das entrevistas. Também, empreendemos pesquisa bibliográfica a partir de duas (recentes e únicas) dissertações de mestrado, uma sobre as interações estabelecidas entre a saúde mental e a atenção básica em Ipatinga (Barboza, 2009) e outra sobre a construção do caso clínico em saúde mental na rede pública da referida cidade (Medeiros Filho, 2010). Além disso, recorreremos à artigos de autoria de trabalhadores da rede de saúde mental publicados em Revista especializada mantida pelo Centro de Estudos e Pesquisa em Psicanálise (CEPP) existente no município de Ipatinga. Tais estratégias constituíram-se como fonte de informações nos auxiliando na compreensão do contexto de pesquisa.

Também, além das estratégias descritas anteriormente, empreendemos entrevista com um dos idealizadores da ONG “Associação Loucos Por Você”, que a

despeito de não ser da psicologia conhece com propriedade a história e o funcionamento da rede de saúde mental de Ipatinga e poderia nos esclarecer acerca da suposta “função” Centro Convivência exercida pela ONG. Além disso, conhece os processos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial brasileiro e local, constituindo-se, por todas essas razões, como um dos sujeitos/atores de pesquisa. A escolha de entrevistar essa figura emblemática na cidade (não-psicólogo), no que se refere ao campo da saúde mental foi intencional. Além disso, a Associação não conta com profissional de psicologia desde o ano de 2015<sup>27</sup> o que referendou a escolha de um dos idealizadores para dizer a seu respeito.

Sobre a instituição de “lógica manicomial” existente na cidade, conforme relatado no início dessa tese, para construirmos dados a seu respeito empreendemos pesquisa em site institucional, assim como realizamos conversas informais com pessoas da sociedade civil que sobre ela proferem algum tipo de discurso. Para além, nos utilizamos das entrevistas com alguns psicólogos que à ela se referiram uma vez que não tivemos acesso direto à essa instituição. Ademais não deixamos de considerar, embora só pudessem nos fornecer elementos superficiais, os sites institucionais e panfletos de eventos acerca da saúde mental na região, já que cartilhas, linhas-guia, plano local de saúde mental e outras publicações oficiais da rede de saúde mental ipatinguense não obtivemos acesso. Por fim, cabe esclarecer que as informações e levantamentos (prévios à pesquisa em si), acerca da rede de saúde mental de Ipatinga constituíram-se como estratégias importantes para nossa pesquisa qualitativa com pretensões de abordar profundamente a realidade investigada (Gaskell, 2011).

---

<sup>27</sup> O profissional da psicologia “atuante” na ONG já havia sido, previamente, eleito para entrevista por ocupar lugar de exceção na Rede. Porém, diante da inexistência, descobrimos que um psicólogo da Rede de Saúde Mental instituída, concursado pela prefeitura de Belo Horizonte, trabalha na cidade de Ipatinga em permuta. Através de acordo com a prefeitura de Ipatinga dedica 10 horas semanais para a ONG a fim de complementar carga horária. Isso pois, em Belo Horizonte o profissional é concursado para cumprir 40h semanais de trabalho e em Ipatinga os psicólogos cumprem 30h semanais. Como a prefeitura não tem repassado verbas para a ONG, esta tem sido sua única “contribuição” para com o seu funcionamento.

#### **4.4.2 A escolha dos sujeitos para a coleta de dados, a observação e a realização das entrevistas**

Tendo em vista a proposta metodológica dessa pesquisa, elegemos como instrumento privilegiado para coleta de dados empreendida com os psicólogos da rede de saúde mental de Ipatinga, as entrevistas em profundidade. Estas têm sido apreciadas por capturar informações com riqueza e possibilitar ao pesquisador, via interação com os entrevistados, maior compreensão dos objetos investigados (Oliveira et al., 2012). Ainda, a escolha das entrevistas se deu por nosso interesse em realidade social particular que produz narrativas contextualizadas e singulares. Isso exige, de acordo com Godoi et al. (2010), um conhecimento intersubjetivo, compreensivo e em “profundidade”, acerca do “mundo dos entrevistados”, mais que objetivo e explicativo. Desse modo, exploramos nas entrevistas a narrativa dos sujeitos/atores de pesquisa o mais detalhadamente possível, pois não há experiência humana e troca social que não passe pela narração (Gaskell, 2011; Jovchelovitch & Bauer, 2011). Todavia, por tratar-se de um campo denso as narrativas produzidas nas entrevistas foram orientadas, sensível e criativamente, por tópicos-guia (Apêndice B) a fim de atingirmos os objetivos da pesquisa (Minayo, 2007). Para tal, nos inspiramos nas entrevistas semi-estruturadas para a construção dos tópicos-guia por nossa investigação não se tratar de uma pesquisa etnográfica e em profundidade *stritu sensu*.

Todos os psicólogos que atuam na rede de saúde mental ipatinguense foram considerados sujeitos dessa pesquisa<sup>28</sup>. Inicialmente, pensamos em entrevistar os sujeitos à partir da suposta divisão entre os psicólogos “mais antigos” e os “mais novos”. Contudo, o contato de inspiração etnográfica com o campo demonstrou que as entrevistas deveriam se realizar com todos os psicólogos da RAPS de Ipatinga. No que se refere à divisão entre os psicólogos “mais novos” e “mais antigos”, permanecemos atentos uma vez que os primeiros, admitidos após concursos realizados em Ipatinga por volta dos anos de 2007 e 2011, fizeram-se parte da rede

---

<sup>28</sup> A lei da reforma 10.216/02 (Brasil, 2002) destaca o psicólogo como um dos principais profissionais para compor as equipes de saúde mental. E, em Ipatinga, esta é categoria profissional que mais se destaca na equipe de saúde mental, conforme mencionado “psicólogo-centrada”. Ainda, como proferido, o pesquisador é psicólogo e professor em um curso de graduação em psicologia, estando diretamente implicado na questão de pesquisa ao fazer do tema da formação do psicólogo objeto privilegiado de sua investigação.

em momento de reforma psiquiátrica instalada no país e no próprio território<sup>29</sup> enquanto política de Estado para saúde mental. Já os “mais antigos” participaram do processo de implantação da rede de saúde mental do município num contexto de reforma ainda em construção em todo o país. Nesse universo, identificamos durante o contato com o campo 02 (dois) psicólogos que foram, intencionalmente, considerados informantes privilegiados (Gaskell, 2011) acerca da saúde mental de Ipatinga. Desses informantes privilegiados cabe ressaltar que um deles é considerado “mais antigo”, pois sua entrada na rede ocorreu por volta da segunda metade dos anos de 1980, sendo um profissional fundamental para o projeto de saúde mental de Ipatinga. O outro informante pode ser considerado “mais novo” no que refere à sua inserção recente no campo da assistência à infância e adolescência, porém possui trajetória significativa no campo da saúde mental. A escolha desses informantes foi importante, pois uma boa pesquisa qualitativa exige incluir fontes capazes de responder ou falar aprofundadamente sobre o campo e o problema em questão (Duarte, 2005).

Em razão da inspiração etnográfica realizamos observação<sup>30</sup> nos serviços da rede de saúde mental a fim de conhecer a fundo as práticas, empreender conversas exploratórias antes da realização das entrevistas<sup>31</sup> propriamente ditas. Utilizamos a

---

<sup>29</sup> Tomamos por território a área de cobertura e ação dos serviços substitutivos em saúde mental da cidade de Ipatinga. Também, o conjunto de recursos terapêuticos, as interações potenciais a serem exploradas e articuladas pelos profissionais dos serviços de saúde em instâncias que não pertencem a estes serviços diretamente (espaços públicos, vizinhanças, associações etc.). E, principalmente, o território existencial constituído a partir da história pessoal de cada indivíduo apontando para as construções simbólicas e de pertencimento de cada um, sua interlocução com o político e o cultural, nos sinalizando que as fronteiras não estão assentadas apenas na geografia das cidades, mas nos próprios corpos dos indivíduos onde limites e potencialidades se dão articulados à vida e à cultura (Furtado et al., 2016).

<sup>30</sup> A observação, aqui, não tratou, apenas, da usual Observação Participante realizada, tradicionalmente, apenas em momento anterior às entrevistas. Tratou-se, principalmente, de uma postura do pesquisador em todo o processo de abordagem do campo e sujeitos/atores de pesquisa tendo em vista maior contato e aproximação com a realidade do campo empírico, palco para a realização das entrevistas. Além disso, o método enquanto técnica: os “tópicos-guias” que nortearam as entrevistas – aos moldes de entrevistas “profundas/semi-dirigidas” – foi se aperfeiçoando a partir dessa Observação constante que nos forneceu indícios inclusive que sua condução deveria se dar a partir da realidade e contexto de trabalho de cada psicólogo em estudo, inclusão e exclusão de tópicos no roteiro; além de apresentar mais dados sobre o campo ajudando-nos a compreendê-lo e construí-lo.

<sup>31</sup> Conforme, pretendíamos, realizamos “entrevista exploratória” com o objetivo de aperfeiçoá-la enquanto instrumento de coleta de dados. Nesse sentido, foi considerada uma conversa inicial do pesquisador com quem vive a realidade a ser investigada e mais uma forma de contato e aproximação com o campo empírico de pesquisa através do relato de experiência dos sujeitos. Também, conforme recomenda Gaskell (2011), após discutimos e conversamos com a orientadora (interlocutora experiente) para contribuir na definição de como se dariam a condução das próximas a



Observação para aperfeiçoar o roteiro das entrevistas e para apreensão de dados que, porventura, escapassem ou não aparecessem durante as entrevistas (Gaskell, 2011). Porém, em se tratando da pluridade e contingências políticas que atravessaram o campo à época da pesquisa, algumas observações se deram após a entrevista. Nesses casos, recorreremos criativamente à nossa imaginação e crítica, pois associar as entrevistas à outros métodos não retira o rigor do processo investigativo (Thiollent, 1981; Demo, 2001). Sobre as conversas exploratórias, as mantivemos (sempre que possível) por acreditarmos que elas, juntamente à Observação (feitas antes ou depois das entrevistas), poderiam se (des)articular ao arcabouço teórico que dá sustentação à pesquisa (Gaskell, 2011). O próprio Malinowski (1976) ao relatar sobre o trabalho de cunho etnográfico afirma que, além do contato com o campo, o pesquisador deve utilizar-se de suas inspirações teóricas e informações que possui antes mesmo de abordá-lo. Assim, as Observações promoveram, quando realizadas antes das entrevistas, uma maior integração do pesquisador com os sujeitos/atores de pesquisa e certa (re)orientação dos rumos da investigação e seus instrumentos, como por exemplo a necessidade de apresentar o campo de maneira mais profunda e com viés analítico. Já as Observações quando realizadas após as entrevistas, serviram-nos para confirmar ou refutar aquilo que havia sido proferido através delas. No geral as Observações, orientadas pela inspiração etnográfica, contribuíram para compreensão do referencial simbólico, o pensamento, as ações, os sentimentos, o modo de agir e estar no mundo dos participantes da pesquisa (Lima et al., 1996). Num estudo de vida diária para compreendermos os aspectos dos discursos acerca da formação era necessário conhecer, o mais aprofundadamente possível, o campo de pesquisa além de sua mera descrição. Assim sendo, para os registros das observações utilizamos o diário de campo, indispensável em pesquisas etnográficas (Becker, 1994). Nele registramos tudo que foi observado, incluindo-se as nossas impressões consideradas elementos do processo de pesquisa assim como as dúvidas, sentimentos e aspectos que sinalizavam para a implicação entre pesquisador e campo de pesquisa, a fim de produzir sobre elas análise. Também, as interpretações do pesquisador sobre a realidade foram anotadas e assumidas como

---

serem realizadas, na tentativa de nos aproximarmos o máximo de uma "(in)certeza" de que aquele se constituía como um bom instrumento de coleta de dados.

certa perspectiva de análise tendo em vista o posicionamento de pesquisador “in-mundo”.

Com relação ao processo de entrevistas<sup>32</sup>, elas se constituíram como a principal técnica para coleta de dados. Apesar de seu caráter em profundidade, as conduzimos, segundo Minayo (2010) como “uma conversa com finalidade” aos moldes das entrevistas semi-estruturadas (p. 189). Isso para não perdermos o foco de nossa investigação em razão da riqueza, complexidade e polifonia produzidas na interação com o campo de pesquisa. Nos atentamos durante as entrevistas para que a conversa seguisse na direção do delineamento do objeto. Porém, deixamos os sujeitos/atores de pesquisa relatarem, também, acerca de questões que julgassem pertinentes e de suas experiências diretas e indiretas com relação ao objeto. Cabe aqui um parêntesis: o desmonte da política de saúde mental no Brasil e sua influência na rede de saúde mental em Ipatinga, atravessaram constantemente as entrevistas. Isso produziu no pesquisador (inteiramente implicado com o campo) “paixões tristes”. Não raramente, a potência dos encontros com o campo encontrou-se diminuída gerando questionamentos acerca da necessidade de indagar sobre a formação do psicólogo num momento delicado onde questões sobre certo desmonte das políticas nacional e local não cessava de se inscrever. Todavia, noutros momentos, o posicionamento “politizado” de alguns entrevistados e certa confiança de que a pesquisa poderia contribuir para mudanças no panorama da saúde mental em Ipatinga produziram no pesquisador as chamadas “paixões alegres” aumentando nossa potência de agir e existir sinalizando que a luta não estava perdida (Chauí, 2011). Tal fato reafirmou a “obrigatoriedade” de apresentarmos a rede de saúde mental ipatinguense de maneira analítica, além de descritiva. Fechando o parêntesis, nos concentramos, também, para que os temas orientadores das entrevistas contribuíssem para a emergência da visão, dos juízos e da percepção dos interlocutores a respeito dos

---

<sup>32</sup> A condução das entrevistas se deu de maneira diversa para cada psicólogo, sendo (re)elaborada a partir das observações, das conversas iniciais e diante da realidade encontrada na diversidade do campo. Em razão disso, nos guiamos por tópicos, para não nos perdermos. Contudo, vale acrescentar que elas tinham características das entrevistas em profundidade e mais livres por acolher/produzir informações para além do objeto problematizado (tanto que nos ajudou compreender o contexto pesquisado ainda que não fosse seu foco principal). A riqueza e a quantidade de material produzido poderiam, inclusive, se desdobrar em outra pesquisa. Sobre a delimitação do número de entrevistados, qualitativamente, não foi definida *a priori* e embora guiados pelo critério da saturação conversamos com todos aqueles que se disponibilizaram a participar.

fatos e das relações que compunham o objeto da pesquisa (Minayo, 2010). Isso contribuiu não só para coleta de dados, construção do campo e sua compreensão mas, principalmente, para que uma relação de troca entre pesquisador-sujeitos/atores de pesquisa se estabelecesse durante as entrevistas.

De acordo com Spink et al. (2014) as entrevistas com os psicólogos foi compreendida como um momento de interação, como uma situação intersubjetiva tendo como objeto os discursos produzidos, estando o entrevistador totalmente implicado no processo de produção dos dados. Destarte, as entrevistas empreendidas foram instrumentos reflexivos uma vez que não só as experiências dos entrevistados foi fruto de análise e reflexão como também as do próprio pesquisador (Spink et al., 2014). O diálogo nas entrevistas foi considerado como produção de sujeitos que falam de determinados lugares, sendo seus discursos endereçados ao interlocutor (pesquisador), porém nem pesquisador, nem os entrevistados detiveram o controle das entrevistas (Machado, 2002; Minayo, 2010) e todos os enunciados proferidos foram considerados imbricados ao contexto sócio-histórico e subjetivo de seus produtores. Também, o pesquisador tentou exercer em campo a solidariedade, conforme ensina Bourdieu (2003), tomando em determinados momentos como seus os problemas dos entrevistados na tentativa de compreendê-los o mais profundamente possível. Nessa perspectiva, o material produzido pelas entrevistas é rico, diverso, implicado e não-neutro. Isso não significa que o pesquisador se confundiu com os sujeitos/atores de pesquisa, apenas os considerou como principal elemento da relação que se estabeleceu dada à importância central de seus discursos.

A proposta foi entrevistar uma amostra qualitativamente representativa de sujeitos, contudo, uma vez iniciadas as entrevistas consideramos o princípio da saturação, prática muito utilizada em pesquisas qualitativas (Minayo, 2010). E a despeito de termos entrevistado todos os psicólogos que se disponibilizaram (o que poderia ser interpretado como incoerente ao princípio da saturação) nos ancoramos em Gaskell (2011) quando adverte que mesmo sabendo que as experiências são socialmente compartilhadas, devemos dar maior importância ao caráter único e singular de cada entrevista. Tal empreendimento não foi fácil, alguns assuntos e temáticas se repetiram, mas não podemos afirmar que nada novo se produzia tornando-se fundamental para nossa pesquisa. Acrescentamos, ainda, que as

entrevistas foram gravadas e todas as informações que podiam fugir à captura de uma gravação foram anotadas em diário de campo logo após a realização das mesmas, tendo em vista capturar o máximo acerca da realidade investigada. Após, as entrevistas foram transcritas e submetidas à análise. Enquanto textos, elas se constituíram como *corpus* da pesquisa que tem por finalidade máxima identificar e analisar os aspectos dos discursos proferidos pelos psicólogos, sobre a formação que receberam para atuação na saúde mental, num contexto de reforma psiquiátrica em (des)construção. A partir delas é que, de acordo com Maingueneau (2000), buscamos conhecer as regras estruturantes, as variações da linguagem e a retórica dos atores sociais que trabalham nos serviços de saúde mental de Ipatinga a fim de identificar as concepções e sentidos atribuídos à formação para o trabalho em saúde mental.

Para finalizar, ressaltamos que observamos os aspectos éticos, de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde n.466/12 (Brasil, 2012) e anuência dos sujeitos para pesquisa mediante assinatura de TCLE (Apêndice C). A análise do material construído será realizada em capítulos posteriores. Acerca da entrevista realizada com um dos fundadores da ONG constituiu-se para compreensão do contexto histórico, tanto da ONG como da rede de saúde mental de Ipatinga, assim como as relações que estabelecem entre si. Entretanto, não foi empreendida sobre ela a AD, que se debruçou, apenas, sobre as entrevistas realizadas com os 18 (dezoito) psicólogos dos quais intencionamos saber acerca da formação. A esse respeito, ressaltamos que ao analisarmos os aspectos do discurso dos psicólogos entrevistados no que diz respeito à sua formação para atuação em saúde mental, consideramos o período de graduação de cada e o tempo de atuação na RAPS de Ipatinga. A consideração por esses marcos temporais foi importante uma vez que para alguns psicólogos que atuam na RAPS ipatinguense a formação se deu em momento paralelo à construção dos movimentos das reformas sanitária e psiquiátrica, brasileiros. Para outros, se deu em momento dessas reformas materializadas e em prática através da institucionalização do SUS (Lei 8.080 de 1990) e dos serviços substitutivos em saúde mental em várias cidades do país (ainda que anteriores à regulamentação da legislação). Também, pela reforma

instituída através da Lei 10.216 de 2001<sup>33</sup>. Com relação ao tempo de exercício na rede de saúde mental do município de Ipatinga o consideramos em razão de nos apontar os aspectos históricos dessa rede e das práticas que nela se exerceram. Optamos por considerar esses aspectos de forma genérica, uma vez que eles apenas ilustram o nosso objeto de estudo, não sendo, prioritariamente, o foco desta pesquisa. Isso posto, apresentaremos a seguir uma breve descrição dos entrevistados (Quadro 1).

Quadro 1- Descrição dos participantes da pesquisa

<b>Sujeitos entrevistados</b>	<b>Ano de conclusão do curso de graduação</b>	<b>Tempo aproximado de exercício na rede</b>
Sujeito de pesquisa	1985	26 anos
Sujeito de pesquisa	1999	10 anos
Sujeito de pesquisa	1999	07 anos
Sujeito de pesquisa	2006	10 anos
Sujeito de pesquisa	2002	10 anos
Sujeito de pesquisa	1990	05 anos
Sujeito de pesquisa	2006	04 anos
Sujeito de pesquisa	2006	09 anos
Sujeito de pesquisa	2003	05 anos
Sujeito de pesquisa	1997	10 anos
Sujeito de pesquisa	2005	09 anos
Sujeito de pesquisa	2007	05 anos
Sujeito de pesquisa	1990	26 anos

<sup>33</sup> Optamos por não realizar tal distinção para proteger a identidade dos entrevistados. Principalmente, pela investigação ter se realizado em típico município mineiro do interior, onde “todos se conhecem”.

Sujeito de pesquisa	2009	05 anos
Sujeito de pesquisa	2004	04 anos
Sujeito de pesquisa	2010	04 anos
Sujeito de pesquisa	2003	14 anos
Sujeito de pesquisa	1994	07 anos
Sujeito de pesquisa	Não possui curso superior	19 anos

## **5 DELIMITAÇÃO DESCRITIVO-ANALÍTICA DO CAMPO EMPÍRICO DE PESQUISA**

Numa perspectiva implicada, consideramos como campo empírico de pesquisa a prática dos psicólogos na RAPS de Ipatinga/MG, palco para que determinados discursos acerca da formação circulem possibilitando ou não que algumas práticas profissionais aconteçam. Também, consideramos como constituintes do campo as influências da trajetória pessoal e profissional do pesquisador, seu interesse pela formação do psicólogo para atuação na saúde mental e sua militância por uma reforma psiquiátrica brasileira antimanicomial.

Isto posto, informamos que uma breve história acerca da cidade de Ipatinga e sua articulação com a saúde mental se encontra anexa a essa tese (Apêndice A) para o leitor interessado. Já os dispositivos que compõem sua RAPS serão, numa perspectiva etnográfica, descritos e analisados a seguir. Apresentá-los dessa maneira, foi uma necessidade apontada pelo próprio campo que, comparado à orientação da Política Nacional de Saúde Mental, pode ser considerado, radicalmente particular.

### **5.1 O CAPS de Ipatinga: uma Clínica Psicossocial (CliPS) estendida para as Unidades Básicas de Saúde**

Inaugurado no ano de 2004, segundo critérios da Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, O CAPS de Ipatinga, nomeado de CliPS Clínica Psicossocial<sup>34</sup>, tem uma história ímpar a ser compreendida à frente. Localiza-se, curiosamente, em prédio anexo à Policlínica Municipal de Saúde (que se assemelha a um hospital) e não apresenta estrutura física compatível com as necessidades de um serviço substitutivo em saúde mental. É composto de 01 (uma) pequena varanda que serve

---

<sup>34</sup> Sobre o sentido do nome dado pela equipe para o CAPS, faz alusão ao objeto clips que se usa para reunir papéis e por ter a função, diferentemente de um grampeador, de reunir sem fixar. Mais que isso, o simbolismo, representava a ideologia de que a proposta do CAPS em Ipatinga, contrariando a Política Nacional 10.216/01, não seria a de dispositivo central da rede de saúde mental para os cuidados da pessoa com transtorno mental, uma vez que ele se desdobraria simbólica e materialmente, via manutenção de “psicólogos da saúde mental” em atendimentos nas UBS.

como sala de espera, 01 (uma) recepção, 03 (três) consultórios (usados em esquema de revezamento), 01 (uma) sala de enfermagem, 01 (uma) cozinha, 01 (um) banheiro feminino e 01 (um) masculino (compartilhados por funcionários e usuários em consulta), 01 (uma) sala administrativa interna, 01 (uma) sala de reunião (“fechada” por uma divisória, comprometendo a privacidade e sigilo dos assuntos tratados) e 01 (um) salão onde se realizam as atividades de Permanência-Dia (PD), as oficinas e, por vezes, eventos e reuniões de equipe, 02 (dois) banheiros (masculino e feminino para os usuários em PD).

Nos fundos do CliPS, há um corredor para circulação onde se realizavam (noutras épocas) atividades de jardinagem com as pessoas que fazem uso do serviço. Curioso é que nessa parte dos fundos há um portão que dá acesso para a rua de trás. Isso possibilitaria ao serviço ter uma entrada separada da Policlínica e certa demarcação enquanto um serviço que funciona numa lógica diferente da saúde *stritu sensu*. Em observação participante, relatou-se que funcionou dessa maneira, porém, por “falta de segurança” e para “maior aproveitamento do espaço físico” os técnicos decidiram por manter a entrada do CliPS pela Policlínica. Ao nosso olhar, parece certo “desejo de manicômio” que pode atravessar a equipe, ainda que esta não esteja consciente. Isso porque o serviço possui vigia patrimonial à disposição o que desconstruiria, de certo modo, o argumento da falta de segurança. Ainda, acreditamos que um serviço, declaradamente antimanicomial, não permaneceria “harmoniosamente” como anexo a uma instituição hospitalar, ainda que não seja a psiquiátrica.

O atendimento ao público é realizado por equipe multiprofissional de segunda à sexta-feira, de 08 às 18 horas. Sobre essa equipe é composta por 02 (duas) enfermeiras, 02 (duas) auxiliares de enfermagem, 04 (quatro) psicólogos, 02 (dois) terapeutas ocupacionais, 03 (três) auxiliares de serviços gerais, 02 (duas) auxiliares administrativos e 02 (dois) vigias patrimoniais (plantonistas de 12/12horas). É importante evidenciar que, durante a época das observações e entrevistas, não havia no CliPS psiquiatra nem assistente social. Com a equipe mínima reduzida, suas atividades se encontravam comprometidas: “[...] já tem escassez de profissionais [...] Não temos psiquiatra, não temos assistente social, não temos mais técnicos de enfermagem. O psiquiatra [...] a gente ficou um ano e meio sem nenhum, sem nenhuma possibilidade” (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro,



2017). Ainda, com relação às dificuldades geradas pelo desfalque da equipe outro profissional relata:

[...] Tem um carro aí parado, mas não tem o motorista. Aí você [...] cria uma estratégia. Não que vai ser 'a estratégia' mas, às vezes, nem o mínimo a gente consegue fazer. [...] a gente tá num momento político muito delicado [...] nacionalmente né?! No Estado tá ruim, Brasília tá ruim. Ipatinga não tá fora do mundo, do Brasil, tá péssimo (Sujeito 2, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Com relação à ausência da psiquiatria, o município comprou consultas especializadas “[...] eles compram consultas com especialidades e uma das especialidades é a psiquiatria.” (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Isso gerou uma lista para atendimento psiquiátrico em ambulatório, contraditoriamente, justificado para “[...] dar vazão nessa lista de pessoas aguardando psiquiatria [...] precisaria ter regime ambulatorial” (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). A lista “gera” o ambulatório e este vem como solução para exterminar a própria lista. Os atendimentos ambulatoriais da psiquiatria são para toda rede de saúde do município e não exclusividade do CliPS não gerando, assim, melhorias com relação à falta de psiquiatra na saúde mental.

Em regresso tardio ao campo de pesquisa para confirmação de alguns dados, relatou-se acerca do retorno dos atendimentos psiquiátricos no CliPS, todavia, apenas uma vez por semana pela manhã. A prioridade para o atendimento psiquiátrico no CliPS é dos casos mais graves, mas em razão da carga horária reduzida do psiquiatra no serviço e do excesso de demandas, os psicólogos vinham, espantosamente, elegendo espécie de “gravidade da gravidade” para o atendimento. Ora, como pensar num serviço para o atendimento de uma crise psiquiátrica que aguarda dia da semana e horário para ocorrer e ser atendida? Para os psicólogos isso se constitui como um desafio, descaracteriza o serviço e evoca certo sentimento de impotência, pois, na maioria do tempo, o CliPS continua descoberto de retaguarda psiquiátrica.

Nossa! É um desafio muito grande [não ter psiquiatra] [risos]. É fazer um CAPS ser um CAPS. Na verdade, assim, a gente desde que... a gente entrou, a gente luta pra fazer o CAPS funcionar como serviço de urgência dentro da proposta [nacional] de um CAPS (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Se, por um lado, há um desafio posto com a ausência do psiquiatra, por outro

há certa crença na potência e imprescindibilidade da psiquiatria para que um CAPS possa funcionar de forma legítima. Além disso, aponta para certa inoperância desse serviço em Ipatinga, principalmente quando comparado ao que orienta a política nacional de saúde mental.

Acrescenta-se a esse quadro o fato de o mesmo psiquiatra, que atende uma vez por semana no CliPS, realizar ambulatório dentro da Policlínica. Enquanto profissional da rede de saúde mental atende os casos de urgência que, a princípio, não seriam para o CliPS mas atendidos pelo “psicólogo da saúde mental” alocado nas UBS – o que será compreendido à frente. Entretanto, cada UBS tem espécie de cota para esse atendimento o que, também, não contribui para o enfrentamento efetivo da falta de psiquiatra na rede de saúde pública:

[...] a minha unidade é pequena. Eu tenho uma vaga por mês [...] Agora, existe o psiquiatra lá na Policlínica. E a gente tem que marcar. O quê que eu vou arrumar com o paciente tadinho? Isso é um caso que chega todos os dias. [...] hoje chegaram dois pacientes que eu achei importante o atendimento psiquiátrico. Dois. E aí!? (Sujeito 15, entrevista de pesquisa, 13 de novembro, 2017).

Ainda, segundo relatos, as marcações de consultas para esse ambulatório psiquiátrico na Policlínica vinha sendo definida pela recepção e gerência das UBS e, não raramente, quando o “psicólogo da saúde mental” necessitava das vagas estas já haviam sido preenchidas, gerando reflexões acerca dos critérios utilizados para os encaminhamentos, que em sua maioria lhes escapavam. Também, apontando para particularidades e certa amambulatorização da rede de saúde mental ipatinguense se comparada ao que orienta a política nacional e para a pouca autonomia do profissional da saúde mental nos processos decisórios:

[...] seriam as vagas de urgência, né!? [...] ela não tá dentro da proposta da política mesmo de saúde mental. Por quê?! Porque essas vagas da atenção primária não são nem gerenciadas pelos técnicos da atenção primária [...] falaram que existia uma lista de setecentos e oitenta pacientes aguardando atendimento de psiquiatria. [...] a gente não sabe da onde veio essa lista (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Novamente, em regresso ao campo relatou-se que alguns psicólogos, por iniciativa própria, em contato com a gerência de suas UBS e problematizando o fato em reunião geral com a Coordenação Municipal de Saúde Mental, tentaram estabelecer espécie de fluxo para que os casos passassem por eles antes de serem

encaminhados ao ambulatório psiquiátrico na Policlínica. Entretanto, tal ação pontual não se estendeu à todas as UBS e o panorama não mudou em relação ao número de vagas que permaneceu limitado.

A ausência, a rotatividade e certa indisponibilidade do psiquiatra nos serviços públicos de saúde em Ipatinga são históricas, constituindo-se, segundo a equipe, como entrave para a realização de um trabalho efetivo na saúde mental. Houve momentos em que o CliPS pôde contar com maior presença dessa categoria profissional, porém sua atividade não extrapolava a consulta tradicional, sendo

[...] difícil conseguir fazer o profissional médico entrar na equipe como os outros profissionais. Porque todos tem a lógica de ser Técnico de Referência aqui. [...] todo mundo é Técnico de Referência e aí a gente não consegue fazer essa disponibilidade num profissional médico [...] atende paciente que é grave, tá em crise, mas que não entra dentro da lógica. E aí marca os retornos [...] daqui a sessenta, noventa dias [e] tá dentro do CAPS (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Em relação à essa questão, os psicólogos recorrem à hierarquia estabelecida entre os profissionais da saúde para explicação. Além disso se ressentem pelo fato do médico não realizar outras atividades junto aos demais profissionais. Apontam que tal categoria profissional dedica-se, apenas, às consultas para controle medicamentoso dentro de um serviço que deveria ofertar outras abordagens para o sofrimento de seus usuários. Contudo, no panorama em que se encontravam se o psiquiatra se dispusesse à realização de outras atividades não teria como atender clinicamente sequer a “gravidade da gravidade” às quais vinha se dedicando.

Com relação ao Serviço Social, sua ausência no CliPS persiste desde agosto de 2016. Este serviço fora fundamental para o suporte e orientação aos familiares dos usuários, principalmente, no que se referia às dúvidas com relação ao adoecimento mental e a Política Nacional de Saúde Mental (Barboza, 2009). Atualmente, o contato com as famílias encontra-se fragilizado, apesar dos psicólogos tentarem fornecer orientações gerais aos familiares no próprio serviço. Apesar de relatos de que não eram atividades exclusivas da assistente social, à época das observações e entrevistas, os psicólogos do CliPS não realizavam visitas domiciliares. Porém, recoheciam que as visitas são fundamentais para assistência dos casos que se distanciam do tratamento ofertado dentro do serviço. Para eles é necessário saber acerca dos casos mesmo que não estejam frequentes no CliPS,

mas não encontram condições materiais de fazê-lo.

[...] a gente tem que tá por dentro desses casos de alguma forma, né!? Às vezes a gente é cobrado nesse sentido e muita coisa escapa. Aí vem a falta de recursos, às vezes do serviço; pra eu ir lá saber o que tá acontecendo eu precisava ter um carro pra fazer visita domiciliar (Sujeito 2, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Mais uma vez em regresso ao campo, após o período das entrevistas e observações, para confirmação de dados, conversas etc., relatou-se que um dos técnicos havia realizado algumas visitas domiciliares dos casos para os quais determinadas intervenções foram consideradas imprescindíveis. Nos perguntamos se nosso questionamento acerca das visitas domiciliares teria influenciado a conduta. Porém, tais visitas, aconteceram por disponibilidade do profissional que as realizou em carro próprio, não se estendendo como prática para todo o serviço. Foi realizada pelo psicólogo em caráter de exceção. O fato de não ser uma prática rotineira é, insistentemente, justificada mais pela ausência de recursos (falta de um motorista no serviço) que pela ausência do Serviço Social e/ou indisposição dos demais técnicos. Entretanto, ao percorrer as trilhas de Barboza (2009) pareceu-nos ter havido, historicamente, no CliPS certa divisão do trabalho entre essas categorias profissionais. Assim, as visitas pareciam constituir-se como uma atividade precípua da assistente social.

O CliPS, enquanto serviço substitutivo em saúde mental, deve ofertar tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo para adultos em situação de sofrimento mental grave e persistente (psicoses e neuroses graves) durante a agudização da crise. Todavia, à época das observações e entrevistas, parecia centrar suas atividades nas modalidades semi-intensiva e não-intensiva. Com relação à primeira observamos a presença de alguns usuários que, em função da gravidade do quadro, eram acompanhados em atividades além das consultas tradicionais como as oficinas terapêuticas, por exemplo. Sobre elas, apesar de termos escutado recorrentes referências de algumas conduzidas por psicólogos, não as vimos acontecer. No geral, na época das observações, a oferta de oficinas além de muito restrita pareceu-nos ser de responsabilidade, apenas, da Terapia Ocupacional. Sobre o caráter restritivo das oficinas ofertadas, consideramos que havia apenas uma terapeuta ocupacional no serviço. Acerca das oficinas serem responsabilidade apenas da terapeuta ocupacional, em atividade observada, apesar

de alguns psicólogos adentrarem no espaço onde ocorria, eles se dedicavam, no momento aos atendimentos clínicos no consultório. cremos que se fazer presente na oficina (nos intervalos dos atendimentos ambulatoriais) em momento de observação tinha como intenção atestar ao pesquisador que o psicólogo se envolvia com tal atividade, já que isso havia circulado discursivamente. Em uma das oficinas observada na condução estava uma terapeuta ocupacional auxiliada por uma enfermeira e uma artesã voluntária, além do próprio pesquisador. Interessante e referendando nossa suposição de certa especialização do trabalho no CliPS, escutamos que os terapeutas ocupacionais por “gostarem” da intervenção em grupo se dedicavam mais as oficinas e que os psicólogos, por “gostarem” do trabalho individual, se dedicavam mais às consultas. Isso nos pareceu um acordo tácito entre as duas categorias profissionais, acerca da especialização do trabalho.

Com relação à modalidade de atendimento não-intensiva, de modo geral, era o que mais prevalecia no CliPS, via atendimentos clínicos agendados. As consultas ambulatoriais que no CliPS se orientam, hegemonicamente, pela clínica psicanalítica tomava maior parte do tempo dos psicólogos. Ainda que admitam a possibilidade de circulação de outros discursos e saberes, é a psicanálise que norteia as ações no cotidiano de trabalho no CliPS: “Mais comumente é a questão da psicanálise. Mas, não só da psicanálise. E, às vezes, fica aberto mesmo ééé... Ah! eu li isso e eu acho que tem a ver [irá contribuir com a prática]” (Sujeito 3, entrevista de pesquisa, 16 de novembro, 2017). Mesmo que às vezes recorram a outras teorias, a supremacia da teoria psicanalítica é evidente para orientação das ações no serviço. “É a psicanálise. É... a equipe toda assim, na verdade, tem ênfase na psicanálise” (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). A esse respeito, alguns afirmam ter mais intimidade com a clínica que com as questões mais ampliadas e políticas da reforma psiquiátrica, apesar do esforço por compreendê-las:

Realmente falta muito entendimento meu na militância mesmo! Mas eu, pelo menos, tento ter o meu entendimento da política, da legislação, o que garante a gente de alguma forma, né... Pra tentar manter aqui. [Mas] Minha questão é mais clínica, mais com paciente, mais com o familiar. Não é muito da rua né, não tenho isso não (Sujeito 3, entrevista de pesquisa, 16 de novembro, 2017).

Não queremos com isso reduzir as atividades desenvolvidas no CliPS ou que devam prescindir da clínica a favor da política, porém, estando o serviço em

momento político delicado, a nosso olhar deveriam potencializar mais essa vertente. Até mesmo porque recorrem a política nacional de saúde mental para enfrentarem os desmontes locais, para se garantirem conforme relata o entrevistado. No entanto, como reverso da moeda, politicamente fragilizados só lhes restaria o exercício da clínica como atividade precípua no serviço. Aquela que, ainda, conseguiam ofertar com certo nível de excelência e propriedade.

No que se refere à modalidade intensiva observamos certa inércia. Havendo um número reduzido de usuários em PD, tal modalidade pareceu-nos quase inexistente ou desinvestida. Em geral, desde o início das observações e entrevistas aparentava não haver usuários em regime intensivo em todos os dias e horários da semana, o que após se confirmou e se “justificou” pela ausência do médico psiquiatra para avaliar e ministrar a medicação de urgência se necessária. À época da construção desse texto, relatou-se que a PD vinha se ampliando em razão de esforço e desejo da própria equipe. Todavia, centralizava-se no turno da manhã mantendo certa inoperância do CliPS na prestação de serviços integrais para as pessoas que faziam uso da assistência. Via de regra o que se pode afirmar é que, na maior parte do tempo, o serviço apresentava-se vazio. Não apresentava características cotidianas de um CAPS como, por exemplo, as vivenciadas pelo pesquisador na época em que foi técnico, coordenador e supervisor de serviços de saúde mental em municípios distintos. O CliPS não parecia se tratar de um serviço de urgências em saúde mental. A título de ilustração, não observamos a chegada do Serviço Médico de Urgência (SAMU) ou da Polícia Militar (PM) em nenhum dia. No município esses dispositivos já estavam “orientados” a buscarem a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou o HMEM para as urgências psiquiátricas, em razão do funcionamento precário do CliPS, que deveria ser referência para as crises em saúde mental no município e vinha deixando de sê-lo. Além da rede ampla, o próprio CliPS recorria a tais estratégias de encaminhamento pois “[...] às vezes o paciente chega aqui; um paciente que a gente percebe que poderia acompanhar nível de CAPS, mas a gente tem que encaminhar pra outro... pro hospital. Porque a gente não tem recursos” (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Nesse cenário, não observamos no CLIPS, à época da pesquisa, nem mesmo a presença de familiares na condução de usuários em crise, fato recorrente nos CAPS de outras cidades. Não queremos com isso reduzir a noção de crise à

agitação psicomotora e aos fenômenos psicóticos elementares: alucinações e delírios em proporções dantescas. Mas, fato curioso era o silêncio, a quietude, a pouca movimentação e circulação de usuários, a não interrupção das atividades técnicas pelos usuários querelantes, dentre outras características de um serviço substitutivo em saúde mental, conforme aponta Lobosque (2003), por exemplo. É, no mínimo, incomum num espaço supostamente destinado a receber pessoas com quadro psicopatológico grave e em crise, a ausência de tais ocorrências. Uma das hipóteses que levantamos acerca do “esvaziamento” do CliPS, para além da ausência do psiquiatra, é que há certo desconhecimento e desinvestimento da rede ampla no serviço em razão de seu reduzido potencial de resolutividade para os casos mais graves ou crises:

[...] a gente não tem um funcionamento que nos permite atender sempre a crise. [...] tem o dia que a gente consegue atender a crise. Mas, a crise a gente não sabe quando ela vai chegar. E aí a gente tem que mandar pros dispositivos [unidades hospitalares] saber!? E isso nos deixa muito frustrados enquanto equipe [...] (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Soma-se a isso certa crença partilhada entre os psicólogos, mesmo que de forma irrefletida, de que a figura do psiquiatra seria o que sustenta o funcionamento de um serviço substitutivo – o que, de certo modo, contradiz a história da rede de saúde mental em Ipatinga que colocou o psicólogo na linha de frente desde seus primórdios, conforme entenderemos em parte dedicada ao seu processo histórico de constituição.

Ainda, o fato de o serviço permanecer esvaziado no que se refere às crises em saúde mental, não significa que elas não existam na cidade. Ao contrário, além de estarem sendo conduzidas, com frequência, diretamente ao Pronto Atendimento (PA) e/ou ao Hospital Municipal da cidade, têm permanecido na comunidade e algumas delas conduzidas aos hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte pelos familiares. Também, o Hospital Municipal onde há 01 (um) psiquiatra em exercício, dependendo da frequência com que este acompanha e avalia os casos realiza encaminhamentos para os hospitais psiquiátricos de BH. Sobre a internação, ao relatar um caso de difícil condução pela ausência de recursos do CliPS e, principalmente, pela mobilização que despertava na sociedade civil o entrevistado relata:

[...] a gente sentava ali... vamos tentar resolver isso, e nada. Até que internamos, num hospital em Belo Horizonte, com muito atropelo da rede aqui mesmo pra fazer conseguir que ele chegasse ao hospital da FHEMIG [Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais] em BH. Ficou internado lá um tempo e a gente fazendo contato, fazendo contato... ele voltou. A gente achava assim, que ia voltar do mesmo tamanho que foi porque a gente teve outras internações que ele voltava né... [do mesmo jeito que foi] Ele voltou! Virou outro! Perfeito! Não sei como, a família deu mais uma chance e hoje ele está em casa, vindo tomar remédio aqui. Então, assim é o quadro do momento (Sujeito 2, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Interessante é que o mesmo caso parece ter sido internado mais de uma vez. E retornando da internação ia ao CliPS apenas para ser medicado. Das outras internações, não sabemos afirmar se ocorreram em época na qual o CliPS funcionava com equipe completa, principalmente, psiquiatria. Ou se a internação em Ipatinga, ao contrário do preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental foi uma prática recorrente sinalizando para os “desejos de manicômio” dentro da própria rede substitutiva ao hospício no município.

Sobre os casos em crise na comunidade, podemos citar um acompanhado pelo “psicólogo da saúde mental” que atua em uma das UBS da cidade. Em acompanhamento de visita domiciliar, junto ao referido psicólogo, testemunhamos um caso de pessoa em situação de sofrimento mental grave e persistente que estava trancado em casa, gritando, ameaçando vizinhos e familiares devido ao quadro de delírio e persecutoriedade agudos. Questionado se aquele caso não seria para PD no CliPS, foi-nos relatado que esse serviço não teria condições de acolhê-lo. Entretanto, cabe ressaltar que em dia anterior a essa visita domiciliar havia no CliPS, quando da presença do pesquisador no serviço, apenas 01 (um) usuário em PD realizando atividade com uma terapeuta ocupacional. Assim, questiona-se como o CliPS não teria condições para recebê-lo uma vez que estava sendo “acompanhado” pelo “psicólogo da saúde mental” que atuava no posto, teoricamente, com menos recursos que o CliPS.

Em relação ao acolhimento no CLIPS, apesar de não ser necessário encaminhamento formal, não funcionava em regime aberto durante todos os dias e horários da semana. À época da pesquisa, os acolhimentos ocorriam nas segundas e quartas-feiras à tarde e nas quintas e sextas-feiras pela manhã. Eles eram realizados por uma dupla de psicólogos em razão, segundo relatos, de instabilidade política e de gestão. Também, por certa desarticulação da rede e insegurança dos



próprios psicólogos em dizer às pessoas que buscavam o serviço que elas não eram considerados casos graves para inserção no CliPS. Nesse panorama os acolhimentos em dupla objetivavam respaldar as condutas técnicas dos psicólogos:

A gente decidiu que vai fazer acolhimento em dupla. [...] Hoje nós fazemos acolhimento em dupla porque a desorganização é tão grande que... que... que vem da gente também. A gente fica desorganizado diante do que se apresenta; Você não sabe o que dizer ao paciente [risos] né. Se o paciente traz uma questão e você já não sabe mais pra onde encaminhar ou no quê que o dispositivo [o CliPS] vai ser eficiente [...] Então a gente fica muito inseguro de fazer sozinho. Isso, diante da nossa responsabilidade. E aí a gente decidiu organizar a nossa [agenda?]... nosso acolhimento, nossa escala em dupla. Aí a gente desloca dois técnicos pra ficar disponível pro acolhimento em cada turno. Então, aí... já tem escassez de profissionais [fica pior ainda deslocando dois psicólogos para a mesma atividade] (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Disponibilizar dois profissionais para uma mesma ação produzia, segundo avaliação profissional, mais lacuna. Todavia, frente a contexto político delicado era a forma que encontravam para se protegerem. Cabe ainda acrescentar que, nesse cenário, nem todos os psicólogos problematizavam tal questão: “[...] uma coisa legal que a gente tem feito aqui é... a gente tá acolhendo em dupla. Tô achando o acolhimento muito legal assim. Não é todo mundo que gosta” (Sujeito 3, entrevista de pesquisa, 16 de novembro, 2017). Valiam-se desse momento para troca de experiências desconsiderando a lacuna que tal decisão causava num serviço já fragilizado em termos de equipe mínima. Mesmo que a justificativa fosse sentir-se mais seguro para definir condutas e para certa proteção política: “[...] acolher em dupla te agrega muita coisa [...] fazendo isso, a gente tinha respaldo. Então, não foi uma que negou, uma que barrou. De dois a gente tem mais respaldo (Sujeito 3, entrevista de pesquisa, 16 de novembro, 2017), o público-alvo do serviço ficava de certo modo prejudicado. Concordamos que a instabilidade e as mudanças políticas, quase cotidianas, no município, geravam desconforto na equipe. Como exemplo, à época da escrita deste texto relatou-se que o acolhimento havia mudado novamente e estava acontecendo em escala de 3 a 4 vezes por semana. Porém, dependia da disponibilidade de um auxiliar administrativo, apenas, para a recepção. Isso porque dos dois que lá trabalham um permanecia apenas pelas manhãs e o outro, que trabalhava a tarde, era responsável, também, por “trabalho interno”. Destarte não permanecia em período integral na recepção o que inviabilizava o acolhimento aberto. Afinal, não havia funcionários na recepção quando os técnicos, na maioria das vezes, estavam envolvidos com suas atividades dentro do consultório. Intrigante é

que a ausência do psiquiatra todos os dias da semana não apareceu, dessa vez, como justificativa para o não acolhimento aberto em horário integral e durante todos os dias da semana, conforme preconiza a legislação. Das mudanças políticas no município escutamos que quando o resultado da pesquisa saísse já não seria fiel a RAPS de Ipatinga, em razão da velocidade com que as mudanças vinham ocorrendo.

Nos dias em que havia acolhimento, nele os psicólogos avaliavam e decidiam a conduta mais pertinente para o momento; se o caso se enquadrava nos critérios para atendimento no CliPS era inserido para tratamento iniciando-se a construção do Projeto Terapêutico Individual (PTI); se o caso não era para o CliPS realizava-se orientação e encaminhamento (escrito ou via telefone) para a rede ampla da saúde, assistência ou outra. Os casos em que identificavam demanda para intervenção psicoterápica, encaminhavam para as Clínicas-Escola de Psicologia, das Faculdades existentes na cidade. Porém, curiosamente, as pessoas eram orientadas a expressarem o desejo por atendimento de estagiários supervisionados por professores da psicanálise – muitos deles membros do CEPP (Centro de Estudos e Pesquisa em Psicanálise). Isso nos confirmou que a causa e hegemonia da psicanálise atravessa, fortemente, as práticas no CliPS, nas faculdades e na associação da categoria profissional no município.

Segundo relatos, por questões de atravessamentos políticos, não havia na época da pesquisa reuniões periódicas para discussão dos casos pela equipe da saúde mental, conforme ocorrera outrora: “Quando eu cheguei [para trabalhar no CliPS] tinha reuniões grandonas de equipe...” (Sujeito 3, entrevista de pesquisa, 16 de novembro, 2017). Todavia, a comunicação acerca dos casos no CliPS ocorria via interlocução entre os psicólogos em momentos informais como num café, por exemplo. “[...] Poder conversar, nesse sentar pra tomar um café, e vai com o prontuário na mão e o outro te escuta e te... e te ajuda” (Sujeito 2, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Igualmente, na troca de turno e nos intervalos entre as consultas tentavam discutir os “casos clínicos” mesmo sem a “formalização necessária”. Acerca das reuniões mensais (gerais) que, segundo Barboza (2009), aconteciam com a presença de todos os profissionais da saúde mental (CliPS e UBS), à época da pesquisa, quando, esporadicamente, aconteciam eram

burocráticas e destinadas apenas aos informes relacionados às mudanças sobre a prática em exercício:

[...] as reuniões passaram a ser muito administrativas, muito pobres de discussão. Porque nas outras gestões [...] a gente conseguia discutir às vezes até alguns casos [...] Agora ficou um informe. Sabe aquelas reuniões de informes?! [...] eu não sei se a gente também deixou de se articular sabe?! [...] por outras questões, por às vezes até um receio... [político!?] (Sujeito 15, entrevista de pesquisa, 13 de novembro, 2017).

A velocidade vertiginosa com que as mudanças ocorriam nos serviços devido à instabilidade política no município, à época da coleta de dados, parecia despotencializar as ações dos trabalhadores da saúde mental produzindo, também, no pesquisador certa tristeza como se “tudo estivesse dominado” evocando ao desmonte e ataques sofridos pela Política Nacional de Saúde Mental no Brasil. Sobre a situação do CliPS em Ipatinga, acreditamos que a oficialização de um cargo de coordenador pudesse minimizar tais efeitos políticos. Isso pois, a última coordenação havia sido do ano de 2010 até meados de 2016 e, desde então, o serviço encontrava-se sem uma coordenação direta. Havia apenas no início das observações uma gerente, porém, se afastou do cargo por motivos desconhecidos pelo investigador.

Com relação à troca de informações entre a equipe da saúde mental, além de reuniões e conversas, utilizavam-se de prontuários convencionais que ficavam arquivados em pastas específicas para cada usuário no CliPS. Também, os prontuários dos “psicólogos da saúde mental” que atuam nas UBS (espécie de ramificação do CliPS) são tradicionais e ficam arquivados separadamente dos demais prontuários da unidade de saúde. Como não havia prontuário único (eletrônico) na rede de saúde mental, não raramente, as ações profissionais eram fragmentadas e sobrepostas. Todavia, as ESF já utilizavam o prontuário eletrônico, ficando a cargo de cada “psicólogo da saúde mental” dentro da UBS utilizá-lo ou não. Sem uma orientação nos serviços do município à esse respeito, conseqüentemente gerva-se certo obscurantismo sobre a trajetória que o usuário realizava na rede ampla de saúde, dificultando a co-responsabilização pelos casos.

No geral, o que aparece para o “psicólogo da saúde mental” lotado no CliPS é uma situação delicada que o coloca impotente diante das crises e urgências psiquiátricas. Já para o “psicólogo da saúde mental” lotado nas UBS, certa confusão

se os casos por ele acompanhados seriam para o CliPS (o serviço, por excelência, para o acolhimento das crises em saúde mental) ou se são para o NASF que visa apoiar as ESF para condução dos casos mais leves em saúde mental no território. Como extensão do CliPS nas UBS, para referenciar casos graves estabilizados (o que não vinha acontecendo, pois havia muitas crises no território “descobertas” pelo CliPS em si), os “psicólogos da saúde mental” vinham se perguntando acerca de sua função e identidade:

Quem somos? Crise de identidade mesmo sabe? [...] quê público que é de quem? [...] a gente sempre foi o braço da saúde mental, da atenção secundária. E, [somos!?] da atenção primária [também!?]. É como se a gente fosse o braço do CAPS aqui. [...] Ao mesmo tempo que era interessante ter um psicólogo dentro da unidade dando esse olhar pra saúde mental, faz um pouco de confusão também (Sujeito 15, entrevista de pesquisa, 13 de novembro, 2017).

Para compreender essa peculiaridade de Ipatinga, no que se refere à atuação dos “psicólogos da saúde mental” no CliPS e nas UBS se faz necessário conhecer sua história, como veremos à seguir.

### **5.1.2 Da “experiência laboratório” à institucionalização da “Função-CAPS” nas Unidades Básicas de Saúde: a ambulatorização da saúde mental**

Em Ipatinga, a presença dos “psicólogos da saúde mental” nas UBS teve início no final da década de 1980 quando um grupo de psicólogos, influenciados pelas ideias da reforma psiquiátrica, se autodenominou como “equipe de saúde mental” (Barboza, 2009; Medeiros Filho, 2010). Contrariando a idéia nacionalmente difundida de que as ações em saúde mental deveriam centralizar-se nos CAPS, em Ipatinga, a Atenção Primária em Saúde (APS) tornou-se o principal nível de atenção para saúde mental. Após concurso, nos anos de 1990, essa equipe de saúde mental cresceu passando a contar com 12 (doze) psicólogos envolvidos nos atendimentos dos quadros leves: “[...] não era uma demanda da reforma psiquiátrica. Era briga de namorado, menino que fazia xixi na cama [...]” (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017). E 02 (dois) psiquiatras, que atendiam os casos de maior gravidade no Centro de Especialidades Médicas (atual Policlínica do município de Ipatinga). Todavia, a maioria dos casos graves era encaminhada aos hospitais

psiquiátricos em Belo Horizonte e, também, para instituições de lógica manicomial que se instalaram no município que crescia desordenadamente em função da busca pela oportunidade de trabalho. A presença de tais instituições destinadas aos socialmente indesejados foi duramente criticada pela equipe de saúde mental que motivada pelo ideário reformista reunia-se para definir o seu papel. Ainda, tal crítica se estendeu, através de um psicólogo da equipe, até à “Conferência Leste” de saúde mental ocorrida em 1992 na cidade de João Monlevade (que fica entre Ipatinga e Belo Horizonte) que naquela época, assim como a capital mineira, já contava com um serviço de saúde mental bem estruturado. Nas supracitadas reuniões da equipe de saúde mental de Ipatinga já se discutia sobre suas ações, havendo certo posicionamento de que essas não poderiam se confundir com meras ações de cidadania. Para alguns membros da equipe, os princípios reformistas priorizavam mais a cidadania do usuário do que a clínica (Barboza, 2009; Medeiros Filho, 2010). Ao nosso olhar, nessa época, já sinalizavam para certa pré-disposição da equipe a enfatizar a clínica em detrimento do âmbito político da reforma, o que parece se repetir atualmente.

Em 1992, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, tendo o mesmo membro da equipe que a representou em João Monlevade, participado. Isso teria inspirado um “Seminário de Saúde Mental” em Ipatinga objetivando criticar radicalmente o modelo manicomial e hospitalocêntrico, conforme ocorria em âmbito nacional, contudo numa vertente mais clínica. Além disso, nessa mesma época, Ipatinga recebeu intervenção de sanitaristas de Campinas/SP dentre eles Gastão Wagner de Sousa Campos, Emerson Merhy, Florianita Campos e Roberto Tykanori:

O pessoal da UNICAMP, ele teve aqui fornecendo um treinamento pra nós. [...] foi o maior quebra pau porque ninguém se entendia direito [...] na época tinha uma sanitarista muito legal aqui [...] trouxe esse pessoal aqui e disse: olha! Se vocês querem começar o Programa de Saúde Mental, vocês estão demandando muito [...] Tá aí o pessoal da UNICAMP. Mas, não foi muito adiante. Houve muitas dificuldades com relação a paradigmas diferentes, com relações de visões diferentes dentro da própria equipe. O troço não rendeu muito [...] (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017).

Dentre as principais consequências do “treinamento” realizado pelo “pessoal da UNICAMP”, Barboza (2009) cita a reorganização da assistência em saúde no que se referia à territorialização e à produção de um levantamento sobre a clientela

atendida pelos psicólogos na rede pública de saúde no município. Tal ação evidenciou a diversidade de práticas e perspectivas teóricas desenvolvidas, isoladamente, pelos psicólogos dentro dos “Postos de Saúde”:

O Gastão e o Emerson tiveram alguma dificuldade de entender essa coisa do técnico de referência nas unidades; os psicólogos e assistentes sociais nas unidades. Não era parte do menu, do cardápio, digamos, de que eles ofereciam como alternativas à formação de saúde pública [...]. Então houveram essas dificuldades de um vocabulário comum e uma gramática teórica comum no entendimento do quê que seria essa rede por se formar com a presença desses técnicos. Uma porta aberta mas, ao mesmo tempo, sem o CAPS [...] (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017).

Nesse contexto de desentendimentos, o almejado projeto de saúde mental para a cidade não se efetivou com a presença dos sanitaristas dentre os psicólogos ipatinguenses. Isso gerou, por parte do governo local, certo desinvestimento na saúde mental e redirecionamento das ações para outros setores da saúde (Barboza, 2009). Mais tarde, com a questão da saúde mental no município fortemente debatida, levantou-se a possibilidade da construção de um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM). Como argumentos para criação desse serviço substitutivo estavam o aumento significativo nas estatísticas dos casos graves atendidos no Hospital Municipal e na Policlínica de Ipatinga e o encaminhamento em massa para os hospícios de Belo Horizonte (Barboza, 2009).

Diante desse cenário a equipe de saúde mental da cidade composta, majoritariamente, por psicólogos tomou para si a responsabilidade de criar estratégias para o acesso dos casos graves à saúde mental aos atendimentos que naquela época se realizavam dentro dos chamados “Postos de Saúde”:

[...] em... 99, 98... 99, iniciou-se o movimento dos técnicos que trabalhavam na rede [...] basicamente serviço social e psicologia; com a chegada de um governo de face mais de esquerda popular democrática, nós resolvemos então tentar pôr em prática as premissas da reforma psiquiátrica brasileira [...] (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017).

Conhecendo potenciais usuários da saúde mental que circulavam pelos Postos de Saúde para consultas, vacinas etc., agora, inspiraram-se na “intervenção” do grupo de Campinas para estabelecer a lógica da porta aberta nos “Postos” e receber as demandas da saúde mental, a fim de chegar até os casos mais graves. Para tal, empreenderam espécie de triagem dos sintomas objetivando organizar os usuários por prioridades. Logo, passaram a contar com o apoio dos recepcionistas

que encaminhavam diretamente aos psicólogos os casos que solicitavam esse tipo de atendimento. Isso fortaleceu as discussões acerca da possibilidade de um trabalho em saúde mental na APS (Barboza, 2009; Medeiros Filho, 2010). Entretanto, com o passar do tempo, essa prática desenvolvida pelos psicólogos nas UBS não foi considerada substitutiva à psiquiatria e à hospitalização contínuas, provocando novas discussões sobre a necessidade de materializar uma rede de serviços de saúde mental em Ipatinga, em especial um CERSAM tal qual os de BH. Parte da equipe acreditava que um CERSAM, verdadeiramente, substituiria o manicômio. Além disso, argumentava-se que a estrutura das UBS eram inadequadas para atenção aos casos graves de saúde mental (Barboza, 2009; Medeiros Filho, 2010). Entretanto, a morosidade do município em tirar do papel a construção de um Centro de Referência em Saúde Mental, manteve a prática de encaminhar as demandas graves para os hospícios de Belo Horizonte e, também, contribuiu para que o acolhimento dos casos graves de saúde mental se mantivesse nas UBS (Barboza, 2009), mesmo com certa resistência de alguns profissionais que reivindicavam pela implantação do CERSAM (que só se efetiva em 2004 na figura do CliPS, que é o CAPS de Ipatinga, conforme explicitado). O acolhimento dos casos graves de saúde mental na APS tornou-se uma prática defendida e sustentada, principalmente, pelo membro da equipe de saúde mental que, historicamente, a representou em momentos importantes:

[...] a gente pode dizer que de uma forma turbulenta nós protagonizamos aí alguma coisa que não existia na época. E, a nossa ideia [...] na minha cabeça, né!? Não acredito que isso esteja claro para o restante da rede. Até dos colegas porque mudou muito [...] Mas, essa ideia [...] era uma questão de lógica prática. Se eu tenho unidade de saúde funcionando ao longo do município e se essas unidades de saúde tratam do diabético descompensado, da gestante de risco, de neonatais com alguns tipos de agravo, porque não atender o louco? Por que ele não poderia frequentar essas unidades? A gente sabe mais ou menos porquê; Além de questões ligadas ao preconceito, a própria dificuldade de captação do atendimento... mas a questão é que as unidades estavam lá. Elas já existiam. Por que a gente iria desmerecer esse local, esse dispositivo como uma alternativa para o cuidado? Então, os equipamentos já instituídos [...] nos perguntamos: por que não aproveitá-los se eles existiam, né (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017).

Resistente à criação de um Centro de Referência em Saúde Mental esse técnico continuou apostando na adequação das UBS para receber os casos graves da saúde mental. Ele acreditava que um CERSAM se transformaria facilmente num lugar de estigmas e preconceitos caso se materializasse como o centro para o tratamento de pessoas com sofrimento mental grave e persistente. “[...] é o que a

gente vê aí pelos colegas [...] o CAPS era e continua sendo aquele equipamento preferencial no cuidado da saúde mental dos municípios. Aqui, nós fomos um pouco numa perspectiva contrária [...]” (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017). Além disso, esse técnico seguia tensionando a equipe acerca da função de um CAPS na cidade e, principalmente, a respeito do lugar que a clínica ocuparia no processo da reforma psiquiátrica local já que, nacionalmente, a preocupação centrava-se mais na reinserção social e cidadania do louco (Barboza, 2009; Medeiros Filho, 2010). Nesse cenário, esse psicólogo estabeleceu parcerias com uma assistente social e uma médica iniciando, informalmente, por volta do ano de 1999, a recepção dos casos graves de saúde mental na UBS (via encaminhamento ou demanda espontânea). Mais tarde, instituiu-se como prática para todos os psicólogos lotados na atenção básica.

Nesse período o quê que foi feito? Foi começar a atender segundo os critérios da reforma psiquiátrica brasileira, mas sem o CAPS. [...] resolvemos fazer de maneira bem setorializada. Primeiramente, como teste mesmo, como laboratório pra que pudesse haver adaptações quando isso se ampliasse pra rede toda. E, assim foi feito (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017).

De acordo com esse técnico, o vínculo estabelecido entre os usuários da saúde mental com o espaço da UBS e com o próprio técnico na condução dos casos apontavam para a possibilidade da prática que, a partir da teoria psicanalítica, foi explicada através da ideia de manejo clínico da transferência:

Quando eles aceitavam, por exemplo, vir à unidade de saúde, delirantes, o que não existia... um paciente delirante não tinha lugar na unidade de saúde [...] tinha no hospital, na unidade de saúde não. Quando eles, então, aceitaram sentar no banquinho [...] e aguardar mussitando, em solilóquio... mas, sedados e eu abria a porta e eu via que eles entravam, eu falei: Uai! Então dá! É possível! Eu acho que é isso. Eu acho que foi a clínica, sabe. [que sustentou a experiência laboratório] (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017).

Dessa experiência na APS, pode-se dizer que acabou por reafirmar na UBS um “discreto” ambulatório de saúde mental que, persiste até os dias atuais e é fruto de embates com o movimento de luta antimanicomial local.



### **5.1.3 Entre a política e a clínica: a Associação de Usuários e Familiares da Saúde Mental e o ClIPS em Ipatinga**

Paralelamente à “experiência laboratório” (quase solitária) do referido psicólogo no atendimento de casos graves na APS, houve na cidade uma mobilização de atores da sociedade civil. Pessoas ligadas a movimentos populares, familiares de pessoas em situação de sofrimento mental grave e persistente, e alguns trabalhadores da rede municipal de saúde mental reivindicavam uma assistência pública em saúde mental para a cidade de Ipatinga. Acreditavam, também, que esta deveria se materializar num Centro de Referência em Saúde Mental, como ocorria na capital mineira. Esse movimento se desdobrou, no fim do ano de 1999 e início dos anos 2000, em uma ONG que tem como uma de suas precursoras uma mulher, irmã, esposa e mãe de pessoas em situação de sofrimento mental grave e persistente. Relata que acompanhou sucessivas internações psiquiátricas de seus familiares em Belo Horizonte. Ainda adolescente teve seu primeiro contato com o hospício, nos anos de 1970, junto a seu pai que havia levado um dos filhos para internação: “foi a primeira vez que fui a um hospital psiquiátrico. E meu irmão não quis ficar lá. Voltamos com ele para casa [...] foi horrendo” (Sujeito 19, entrevista de pesquisa, 20 de janeiro, 2018). Mais tarde, tendo se casado com uma pessoa que manifestou um transtorno mental grave viu sua vida envolvida numa rotina de internações psiquiátricas. Tal contexto se agravava em razão, também, de desenvolvimento de sofrimento mental grave e persistente por seu filho mais velho, na época, ainda, pré-adolescente. Uma história complexa recheada de tentativas de autoextermínio e inumeráveis autoagressões: “[Ele] arrancava os dentes, enfiava agulha na mão. [...] ele estava arrancando as unhas” (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017). Diante do quadro grave de seus familiares, essa mãe e esposa questionava sobre a possibilidade de serem tratados em Ipatinga, próximo da família e em liberdade “[...] eu não aceitava internação. Ia para Belo Horizonte, voltava... uma vez eu assinei para ele [marido] vir embora” (Sujeito 19, entrevista de pesquisa, 20 de janeiro, 2018).

Diante dessa realidade ela passou a buscar outras vias de assistência. Construiu uma rede de contatos para discussão da situação da saúde mental na região, em especial na cidade de Ipatinga, após ter “ouvido falar”, por volta dos anos

de 1990, sobre a existência de serviços extra-hospitalares para o tratamento de pessoas em situação de sofrimento mental grave e persistente em Belo Horizonte. Desde então, fez inúmeros movimentos junto a políticos do Vale do Aço para que pudesse se constituir um serviço aos moldes belorizontino.

Achei um papel na rua em Belo Horizonte falando sobre essas coisas de reforma psiquiátrica e procurei saber, me informar com uma assistente social [...] aí comecei ir atrás da prefeitura, do secretário de saúde... mas não me recebiam. Eu queria um serviço desses aqui [em Ipatinga] para tratar deles [familiares] em liberdade (Sujeito 19, entrevista de pesquisa, 20 de janeiro, 2017).

Frente às negativas do poder público municipal, justificadas em sua grande parte pela ausência de verbas, continuou se mobilizando junto a outros familiares de pessoas em situação de sofrimento mental grave e persistente. Como consequência, a referida ONG veio a se constituir, mais tarde, enquanto uma associação de familiares e usuários da saúde mental e como o movimento antimanicomial da sociedade civil local. Vale acrescentar que a idealização da ONG contou com a experiência de outra figura importante: um psicólogo que atuou na equipe de saúde mental de Ipatinga e que acreditava na necessidade de um acompanhamento integral ao usuário, além do tratamento ofertado pelas clínicas “psi” (psicológica e psiquiátrica).

Fortalecida no início dos anos 2000, a “Associação Loucos por Você” participou de importantes eventos ligados ao movimento antimanicomial brasileiro, conquistando sua simpatia e apoio. Ainda, manteve como principal ação em Ipatinga a reivindicação por um serviço substitutivo em saúde mental tendo inclusive o apoio e a presença de Paulo Delgado (idealizador da Lei Antimanicomial brasileira) e seu irmão Pedro Gabriel Delgado, à época, Coordenador Nacional de Saúde Mental. Interessante é que nenhuma outra fonte às quais tivemos acesso cita o fato. Não sabemos ao certo se por mero esquecimento, por oposição de parte da equipe de saúde mental feita, naquela época, com relação à construção de um Centro de Referência em Saúde Mental ou se a presença de personagens identificados como “mais políticos” da reforma psiquiátrica não era importante para os precursores da saúde mental em Ipatinga, declaradamente mais dedicados às questões clínicas.

Da presença de Paulo e Pedro Delgado realizou-se “um seminário sobre a importância da construção de um serviço substitutivo em Ipatinga” (Sujeito 19,

entrevista de pesquisa, 20 de janeiro, 2018). Também, o argumento acerca da possibilidade de financiamento catalisou a decisão por sua constituição. Para tal, contou com a consultoria de dois profissionais de Belo Horizonte, Max Moreira e Renato Franco, para reorganização das ações da saúde mental no município, que receberia um CERSAM (Barboza 2009; Medeiros Filho, 2010). Apesar do aparente consenso com relação à criação de um CAPS, enquanto serviço substitutivo à internação psiquiátrica dos cidadãos ipatinguenses, este não se constituiria como dispositivo central. O acolhimento em saúde mental permaneceria realizado pelos psicólogos lotados nas UBS, priorizando-se o atendimento de pessoas em “crise subjetiva” ou em situação de sofrimento mental grave e persistente, o acolhimento se tornaria a via de acesso ao CAPS, inaugurado em 2004. Com o trabalho em continuidade, porém agora referendado e não como uma “experiência laboratório”, constatou-se, ainda, um alto índice de atendimentos e encaminhamentos para os psiquiatras existentes na rede que, frente ao excesso de demandas, abandonaram o cargo. Nesse cenário a gestão contratou um médico clínico para o atendimento das pessoas com sofrimento mental grave na Policlínica “cobrindo” a falta de psiquiatrias (Barboza, 2009; Medeiros Filho, 2010), o que nos parece se repetir na atualidade como um ciclo sem fim em Ipatinga.

Com o CAPS em funcionamento toda demanda por consulta psiquiátrica e psicológica deveria passar, primeiramente, pelo acolhimento do “psicólogo da saúde mental” na APS. A idéia era descentrar (ou despotencializar?) o CAPS ao torná-lo, também, uma função exercida pelos psicólogos nas UBS. A nomeada “Função-CAPS” contrariava as premissas reformistas. Isso porque o CAPS de Ipatinga não se configurou, inicialmente, como porta de entrada para o a pessoa em situação de sofrimento mental grave e persistente na rede. Era preciso ser encaminhado para o CAPS pelos médicos clínicos e, principalmente, pelos “psicólogos da saúde mental” lotados na APS, responsáveis por exercer a “Função-CAPS”: “[...] Cada unidade numa função semelhante a do CAPS sem ser um CAPS”. (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017). Intrigante e trabalhoso é cada psicólogo na UBS ter que se constituir e exercer as funções de um CAPS, serviço que por lei preza pela multiprofissionalidade. Soma-se a isso as recusas das demandas espontâneas feitas pelo CliPS (o CAPS de Ipatinga) que não funcionava na lógica de “portas-abertas”, como nacionalmente preconizado. Para o coordenador da saúde mental

ipatinguense na época – curiosamente, o mesmo psicólogo que representava a equipe e sustentou as discussões e experiência própria sobre o acolhimento e acompanhamento dos casos graves de saúde mental na APS – o funcionamento do CliPS de “portas-abertas” iria superlotá-lo, além de minar o trabalho das referências locais em saúde mental na APS: a “Função-CAPS”. Ao relatar sobre sua idéia de configurar a rede de saúde mental nesse modelo emite o seguinte parecer:

[...] Um CAPS numa cidade com 260 mil pessoas atendendo a toda a população louca da cidade [...] cerca de 3 mil prontuários que a gente tinha na época. O quê que iria acontecer rapidamente? Aquilo iria ficar inchado, inviável e se tornar um grande ambulatório [...] como que um CAPS tipo II iria dar conta desse tipo de público, desse tipo de paciente em estado de sofrimento, muitas vezes urgente, não é!? [...] existia outros dispositivos que estavam subaproveitados. E, ao mesmo tempo, nós visualizamos a médio prazo, na verdade a curto prazo, a inviabilização do CAPS segundo os princípios da reforma [...] Os atendimentos prioritários aos casos graves, tudo isso foi se mostrando pra nós [...] que se nós assumíssemos apenas o CAPS como dispositivo não só preferencial mas único, rapidamente nós não teríamos como atender mais os pacientes da maneira como eles precisavam, né!? (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017).

Aqui cabe pontuar o fascínio e admiração que este profissional exerceu sobre a rede de saúde mental (Barboza, 2009), e ainda exerce, em especial, no que se refere à condução clínica dos casos,

[...] pela riqueza clínica dele [...] pela transferência, sobretudo né! dos colegas em relação a ele acabava [...] ocupando um pouco esse lugar sabe!? Que foi [é] um colega que sempre me recebeu pra discutir caso clínico né. Pra me ajudar, pra me apoiar aí (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

Acreditamos que isso contribuiu para que ocupasse a coordenação, mesmo que esta não tenha se formalizado como um cargo para a prefeitura, para os colegas possuía legitimidade pela experiência clínica e relação transferencial de saber com o técnico. Em razão da não formalização do cargo pela prefeitura, dentre outras questões de interesse da gestão pública do próprio técnico, ele “desinvestiu” da função de coordenador recuando desse lugar. No entanto, estudioso e articulado trazia para a equipe questões importantes como o matriciamento, por exemplo: “[...] nós tínhamos as reuniões clínicas [...] e eu falei: ah! Vou por isso na roda. Vamo tentar fazer matriciamento, né [...]” (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017). Posteriormente, assumiu a responsabilidade pelos matriciamentos junto a um psiquiatra, como veremos mais adiante.

É importante frisar que o posicionamento desse técnico, quando coordenador, gerou questionamentos da “Associação Loucos Por Você” com relação ao modelo de funcionamento, ao não atendimento por demanda espontânea e à inoperância do CliPS no que se referia à barrar as internações psiquiátricas etc., o que gerou uma moção de repúdio contra o CliPS – publicada no relatório final do II Encontro da Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial, realizado em 2007. Duramente advertido pela Coordenação Estadual de Saúde Mental sobre seu funcionamento irregular, o CliPS passou a acolher demanda espontânea, porém relata-se que já o fazia desde o final de 2006 (Barboza, 2009). Além das pressões da ONG e da Coordenação Estadual, parte da equipe de saúde mental ipatinguense acreditava que os atendimentos realizados nas UBS não podiam prescindir da retaguarda de um CAPS (CliPS) com acolhimento de portas abertas. Da querela restou a quase inexistência de parcerias entre a ONG e a rede pública de saúde mental de Ipatinga “sempre foi difícil o diálogo com o CliPS” (Sujeito 19, entrevista de pesquisa, 20 de janeiro, 2017), em especial, com o referido técnico que ocupou o lugar de coordenador. Além disso,

[...] havia problemas internos ligados a divergências em termos de orientação técnica [...] teórica e mesmo política. [...] havia certo grupo menor que acreditava que a orientação primordial dos serviços deveria ser em direção à Reabilitação Psicossocial, ao trabalho com grupos, ao empoderamento das ONGS [...] E, outro grupo, um pouco maior, que via maiores chances [...] se a gente trabalhasse questões da clínica propriamente [...] o que é uma psicose, o que é uma transferência na psicose, o que é o conceito ampliado de loucura, como gerir o dia a dia da prática clínica desse tipo de pessoas que nos chegavam... então havia esses problemas (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017).

Isso nos aponta que a rede de saúde mental, na cidade de Ipatinga sempre esteve às voltas com o equívoco de operar na lógica do binômio: clínica *versus* política.

## **5.2 As Unidades Básicas de Saúde e os “psicólogos da saúde mental”**

Além do CliPS, em Ipatinga mantém-se 10 (dez) “psicólogos da saúde mental” lotados nas UBS cumprindo jornada de 30 (trinta) horas semanais em assistência ao usuário e seu familiar no território. Além disso, são técnicos de referência em saúde mental para as Equipes de Saúde da Família (ESF) que organizam a APS no

município desde o ano de 2002. São ao todo 44 (quarenta e quatro) equipes de ESF composta, basicamente, por médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais (em algumas equipes), auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, gerentes, auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais, vigias e motoristas distribuídos em 19 (dezenove) UBS. Não há um “psicólogo da saúde mental” para cada UBS. Alguns referenciam casos de saúde mental em mais de uma unidade e relatam:

[...] é muito complicado você atender duas unidades. Muito difícil. [...] imagina uma unidade do tamanho do [cita o bairro], aí eu tenho que sair daqui pra ir lá. [...] como que eu vou fazer estudo de caso? Como que eu vou conversar com o clínico que atendeu o paciente? É muito complicado até territorialmente falando (Sujeito 15, entrevista de pesquisa, 13 de novembro, 2017).

Além das diferenças territoriais de cada UBS, cabe ressaltar que 06 (seis) delas funcionam no modelo denominado PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) – que teve seu início nos anos de 1990 como estratégia transitória para o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje ESF. No modelo PACS encontram-se 11 (onze) equipes, nas quais o médico oferta atendimento tradicional e descontínuo aos usuários, aos moldes de consultas especializadas. Ele não é parte integrante das equipes do PACS, como nas ESF: “[...] Médicos aqui onde não é PSF tá no infinito” (Sujeito 7, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Ainda, nas unidades que funcionam como PACS o trabalho do psicólogo é complexo por não existir na equipe ideologia de atenção integral ao usuário, comprometendo a interlocução entre profissionais da atenção básica (principalmente os médicos) e os “psicólogos da saúde mental”:

[...] nessa unidade ainda é mais difícil porque é um PACS [...] não tem uma equipe definida. Por exemplo, o PSF [...] você tem o território dividido por ruas, você tem um médico, uma técnica de enfermagem, uma equipe de agentes comunitários de saúde (ACS) daquele território. [...] tem o NASF, também, para aquele território [...] O PACS é um ambulatório. [...] eu tô aqui com o paciente [...] eu preciso conversar, às vezes, sobre esse paciente. Aí eu chamo o médico. Aí ele não conhece. Ele nunca viu. Ele não sabe da história pregressa desse paciente, porque ele foi atendido por ele só pra dar receita. [...] no outro [dia] ele foi atendido por outro médico [...] isso dificulta muito o trabalho, eu acho, dos psicólogos na atenção primária. Você não consegue, às vezes, construir um caso clínico com a sua equipe porque essa equipe nem conhece esse paciente... é diferente do PSF [...] eles sabem tudo sobre o paciente, a história clínica, [...] a história familiar, porque que ele tá ali, conhece, já visitou. O médico do PSF faz visita, a enfermeira faz... [visitas]. O PACS é um ambulatório grandão [...] marcação de consulta. [...] você vê fila gigante aqui na porta [...] (Sujeito 15, entrevista de pesquisa, 13 de novembro, 2017).

Soma-se às dificuldades enfrentadas pelos psicólogos nas UBS, a rotatividade dos médicos que prejudica o vínculo da equipe com seu território e a realização de ações integradas e entendimento da função da psicologia nas unidades:

[...] muda muito de médico [...] Aí eu vou e explico denovo [sobre a função do psicólogo na UBS] pro médico que chega [...] Mas, mesmo assim, sabe!? Se a pessoa [...] tá chorosa hoje, tá de luto, [o médico] manda pra mim. Solicita avaliação do psicólogo (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017).

Sobre as UBS, em Ipatinga, funcionam para atendimento ao público de 07 às 18 horas e seguem certo padrão estrutural, excetuando-se duas delas – uma que funciona em uma casa pequena e outra que por ser a mais antiga da cidade, foge aos padrões das demais. Em geral, possuem banheiros e bebedouros para usuários, sala de gerência, consultórios de enfermagem, médico e odontológico, salas de acolhimento, hiper-dia, reunião, almoxarifado, expurgo, cozinha e banheiro para funcionários. Em algumas UBS há salas para atendimento da psicologia e para o serviço social, separadamente. Em outras, esses profissionais revezam a sala entre si e com a enfermagem. A área externa das UBS é utilizada de acordo com a demanda de cada unidade: lanches, conversas em horários livres, breves reuniões, atividades de grupo de hipertensos e diabéticos, matriciamentos etc., ou não são utilizadas como é o caso de algumas unidades. Na entrada das UBS, além da recepção, ficam as salas de medicação, vacina, curativo e farmácia.

Com relação à presença dos “psicólogos da saúde mental” nas UBS para o referenciamento das pessoas com sofrimento mental grave, relatam-se algumas dificuldades. Dentre elas a integração de suas atividades com os demais profissionais da saúde tornando o seu trabalho “solitário”. Foi-nos relatado um caso de usuário de álcool e outras drogas que sempre chegava à unidade sob efeito de substâncias psicoativas e era repreendido pelos demais profissionais da saúde, a despeito da psicóloga ter feito várias intervenções para esclarecer o seu papel na UBS e que, inclusive, ali era o local indicado para aquele usuário procurá-la. Contudo, julgamentos morais, resistência e certa desresponsabilização para com os casos da saúde mental permanecem. “Então sempre essa coisa de [...] no encaminhamento de ‘não é problema meu’, de julgamento moral [...] É coisa que

dificulta demais e que impede inclusive, eu acho, o âmbito das políticas públicas [SUS e Reforma Psiquiátrica]” (Sujeito 7, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Também, a rotatividade gerencial é outro problema. Sempre que a unidade está sob nova coordenação os psicólogos precisam explicar e justificar sua presença naquele espaço “[...] às vezes do próprio gerente vir me perguntar: o quê que você faz? O quê que a psicóloga do NASF faz?” (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017). Há certo desconhecimento geral acerca da presença dos “psicólogos da saúde mental” nas UBS. Eles mesmos se questionam acerca de seu lugar nas UBS: são extensão do CAPS no território (a “Função-CAPS”) ou subordinados à atenção básica? “[...] É desafiador sabe? [...] aí é o tempo todo: ‘então nós vamos ser da atenção primária!? A gente vai ficar atendendo tudo!? Ou nós vamos continuar sendo é... especialistas na atenção primária?’ Não é difícil!?” (Sujeito 15, entrevista de pesquisa, 13 de novembro, 2017). O que percebemos é que fica à cargo de cada psicólogo construir, cotidianamente, o seu lugar naquele espaço.

Atualmente o acolhimento de portas abertas é um dos maiores desafios enfrentados pelos “psicólogos da saúde mental” nas UBS. Isso porque, o acolhimento aberto provocaria um excesso demandas. Recebem todo e qualquer tipo de demanda endereçada à unidade em que se julgue necessária a intervenção do profissional da psicologia. “Eu acolho todo mundo, entendeu? [...] demanda espontânea, porta aberta, não precisa de encaminhamento [...] chega de tudo à princípio” (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017). Acreditamos que a presença do “psicólogo da saúde mental” na UBS, mais que “facilitar” o acesso aos casos de saúde mental no território, acaba por produzir certa psicologização do cotidiano. Ainda, o imaginário social do psicólogo como o profissional que atende clinicamente, aumenta a expectativa pelo atendimento psicoterápico dos usuários da UBS. Não raramente, a própria equipe de saúde das UBS espera que eles atendam a todo tipo de demanda, principalmente, as que se supõe de âmbito subjetivo. No entanto, a maioria dos casos que recebem não se constitui como demandas graves para saúde mental:

[...] tudo chega aqui [...] só de chegar aqui já cria uma expectativa na pessoa e já gera um atendimento. Um atendimento que, às vezes, vai se desdobrar em três, quatro até você



entender que aquilo ali não seria uma demanda pra saúde mental (Sujeito 11, entrevista de pesquisa, 18 de novembro, 2017).

Dos vários casos acolhidos, o atendimento de crianças é desafiador. Falta espaço adequado e recursos lúdicos para lidar com essa parcela da população em atendimento com a psicologia numa UBS:

[...] Veja se eu tenho condições de atender uma criança numa sala dessas. [...] se eu não trouxer, se eu não comprar jogos, testes – se for o caso – eu não [tenho] um lápis aqui pra mim pedir ela pra fazer um desenho. Sabe essas pequenas coisas [...] que angustia a gente [...] (Sujeito 10, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017).

O quadro agrava-se, ainda, pois “psicólogo da saúde mental na UBS” responsável por avaliar os casos não conta com dispositivos na rede ampla para lidar com as demandas mais leves das crianças e dos adolescentes. Com relação às primeiras, recebem inúmeras demandas escolares pautadas pelo discurso da “hiperatividade” e suposição de necessidade de intervenção psiquiátrica e/ou neurológica. É sabida a dificuldade para uma consulta psiquiátrica na rede pública de Ipatinga. No caso das crianças e adolescentes, o nomeado CAPSi (ainda não credenciado conforme a legislação brasileira de saúde mental), não conta com psiquiatra o que potencializa as dificuldades com relação à essa parcela da população. Isso será mais bem compreendido à frente, em parte dedicada ao CAPSi.

No caso dos adolescentes outros desafios se impõem no que se refere à (des)articulação de ações que envolvam não só a rede de saúde como a rede ampla como um todo. Sobre as demandas recebidas pelos “psicólogos da saúde mental” nas UBS, por serem muito diversas criam lacunas entre o que deveria ser atendido pelo Clips, pelo CAPSi ou na própria unidade, tornando o cotidiano estressante e desafiador. Ainda, a desarticulação com outros dispositivos do território é alarmante e contraditória já que o “psicólogo da saúde mental” lotado nas UBS encontra-se inserido nele (território), porém o excesso de demandas para atendimento impede a promoção de atividades capazes de articular a rede ampla. “No atendimento, é... eu perdi todo o meu contato com a rede de serviços [...]” (Sujeito 7, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Acrescenta-se, também, que o acolhimento do “psicólogo da saúde mental”

nas UBS acontece, geralmente, em suas primeiras horas de trabalho. Após são realizados atendimentos clínicos agendados dos casos da saúde mental acompanhados por eles nas UBS. “[...] A gente tem o nosso horário que é de acolhimento [...] o meu, por exemplo, é de sete horas até nove e meia. Dez horas começo atender os pacientes que acompanho, que tá agendado. Está na minha lista” (Sujeito 9, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Todavia, tentam fazer valer a lógica da porta aberta acolhendo fora do horário estipulado, perante a necessidade do caso e sempre que possível, porém isso não é uma regra. Alguns o fazem por acreditarem que sem o acolhimento aberto o trabalho do “psicólogo da saúde mental” na UBS ficaria subjugado aos atendimentos clínicos agendados perdendo, assim, o sentido:

[...] se chega uma paciente que precisa, eu atendo... num tem horário pra acolher. [...] Às vezes falam de acabar com o acolhimento [...] essa porta aberta pra mim é o principal. Se acabar com isso, eu acho que acaba com o [...] atendimento. Igual, tem que facilitar o acesso do nosso usuário. Se ele chega toda vez e a porta tá fechada, eu não posso atender... ele num volta mais não, muitos deles (Sujeito 9, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Ainda, outros psicólogos relatam marcar o mínimo de consultas agendadas, possível. Visam com isso ficarem mais disponíveis para os casos de saúde mental sempre que necessitarem, principalmente, os mais graves. Entretanto a estratégia mostrou-se ineficaz. No geral os atendimentos agendados de consultório ocupam a maior parte de seu cotidiano nas UBS.

Hoje eu tô percebendo que eu tô enfurnada dentro dessa sala. [...] não consigo levantar da cadeira pra ir ao banheiro porque vêm essas demandas [em excesso e que não são para saúde mental]. Eu tenho já, às vezes, as marcações que eu faço. Então, eu hoje me tornei totalmente... não digo que é ambulatorial porque não é [apenas] atendimento marcado né!? Não. [porque] Tem o acolhimento. Então, eu acho que sai um pouco disso [do ambulatório]. Dá essa possibilidade (Sujeito 7, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Destarte, paradoxalmente, admitem e negam terem se tornado meros psicólogos clínico-ambulatoriais. A negação aparece na defesa do acolhimento “aberto”, que apesar de provocar desgaste, aponta, ambigualmente, ser a atividade precípua que os distinguiria de um psicólogo clínico tradicional. Por um lado, alguns se ressentem por não conseguirem articular a rede e restringir seu trabalho ao tradicional atendimento psicológico, diagnóstico psicopatológico, laudos e encaminhamentos “[...] sinto falta de articular [rede] intersetorial, sabe!? De não ficar

restrito só a aquela coisa assim: de psicopatologia, diagnóstico, laudo, e atendimento psicológico, sabe!?” (Sujeito 7, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Por outro lado, alguns pouco se questionam sobre isso afirmando, inclusive, que seu lugar na UBS é para os atendimentos clínicos. Entretanto, só o proferem em conversa com o pesquisador após desligar o gravador. Será por terem ciência de que naquele espaço não seria desejável que ele realizasse apenas atendimentos clínicos? Não sabemos ao certo.

Reúne-se a esse contexto o desconhecimento da população, dos demais profissionais da saúde e até mesmo dos próprios psicólogos acerca de sua função lotados nas UBS: “[...] ultimamente a gente tá questionando: qual que é nosso lugar? Porque isso tá sendo colocado em questionamento sabe, em alguns momentos [...] do técnico de referência no território [...]” (Sujeito 11, entrevista de pesquisa, 18 de outubro, 2017). Ora, o que se colhe como efeito da presença do psicólogo no território atendendo à todo tipo de demanda é a reprodução das tradicionais consultas. E, ao acolher tudo e atender em consultório contribuem para certa desresponsabilização das ESF acerca dos casos de saúde mental. Se o que escapa ao âmbito da saúde tradicional é naturalmente encaminhado ao psicólogo, as ações ampliadas e transdisciplinares (necessárias para assistência aos casos mais graves) e que justificaria a presença do “psicólogo da saúde mental” no território não se efetivam.

[...] a gente sabe a nossa importância aqui que a gente conduz muita coisa. Mas, talvez, que isso provocasse uma desresponsabilização das equipes de saúde [...] no acolhimento, começou a chorar manda pro psicólogo! Não escuta nem qual que é a demanda da pessoa ne. E isso vai sobrecarregando a gente [...] impede que a gente faça outras ações que seria prioritária do Programa [de saúde mental] que realmente justificaria estarmos aqui no território. [...] a nossa função aqui é acompanhar o paciente que vem do CliPS né. Ou que já está de alguma forma no território, ajudando [...] nessa inserção na unidade de saúde e na comunidade né?! Ajudá-lo a manter estabilidade. E a gente acaba perdendo um pouco dessa função porque a gente fica aqui num atendimento ambulatorial que não era pra ser (Sujeito 11, entrevista de pesquisa, 18 de outubro, 2017).

Por fim, nas UBS com ESF e que contam com o NASF há, por parte dos profissionais da saúde em geral, certa confusão acerca da função dos “psicólogos da saúde mental” e a dos psicólogos do NASF, ambos lotados nas UBS. Em contrapartida a presença desses dois profissionais da psicologia, com funções distintas, se constitui, em algumas UBS, como espaço rico de interlocução entre eles, como veremos a seguir.

### **5.2.1 Entre distinções e indistinções: a presença do psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e dos “psicólogos da saúde mental” nas Unidades Básicas de Saúde**

O NASF foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria nº 154 de janeiro de 2008 (Brasil, 2008), como um programa constituído por equipes interdisciplinares objetivando aumentar o escopo das ações da APS. Em Ipatinga existem 04 (quatro) equipes do NASF, compostas por fonoaudiólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais e 04 (quatro) psicólogos. A portaria sugere pelo menos um profissional da saúde mental na equipe, não necessariamente psicólogo mas, em Ipatinga apesar da presença do “psicólogo da saúde mental” nas UBS, opta-se por mais psicólogos no NASF como correlatos ao profissional da saúde mental como sugere a portaria. Sobre a presença do NASF na cidade podemos afirmar que ainda é tímida, não se estendendo por todas as UBS: “[...] umas unidades de saúde da família tem NASF, tem algumas que não tem” (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017). Ora, como sabido existem no município equipes de PACS sem ESF, logo sem NASF. Atribui-se isso à questões políticas e de gestão e, também, certa crença de que o PACS seria financeiramente mais viável para o município:

[...] ele não deveria existir mais [...]. Só que o PSF [ESF] pro governo ele é mais caro porque olha o tanto de equipe que tem que vim junto. [...] ele [o PACS] é um médico que vem na unidade duas vezes na semana [...] acho que fica um serviço mais barato. [...] o município já disse várias vezes que vai tornar tudo que é PACS em PSF, mas não transformou ainda. Fala [em transformar] desde que o mundo é mundo, fala (Sujeito 15, entrevista de pesquisa, 13 de novembro, 2017).

Ainda, sobre a não expansão do NASF no município acredita-se que seu trabalho ainda é pouco compreendido pelas equipes de saúde como um todo que, por esse motivo, não lhe dão a devida importância:

[...] é um serviço muito difícil. Difícil no sentido, assim, de ser recebido na unidade, de ter, como eu posso explicar? [...] O NASF tem um trabalho bacana pra caramba. Só que ele não tem o apoio da unidade de saúde, não tem o apoio das pessoas... Não vê, não percebe a importância do serviço do NASF [...] (Sujeito 9, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Relata-se que assim como o “psicólogo da saúde mental”, o psicólogo do NASF precisa esclarecer sobre sua função na UBS. Afinal, com a chegada do NASF já havia no município os “psicólogos da saúde mental” atuando dentro das UBS, reforçando o questionamento acerca da chegada de mais profissionais da saúde mental na APS.

Apesar de termos tido contato com apenas um profissional do NASF, mediante certo “desinteresse” de outros em participar da pesquisa por não se identificarem como profissionais da saúde mental, conforme relatado, acreditamos hoje que tal recusa aponta para o pouco reconhecimento do trabalho realizado pelo NASF. Também, parece sinalizar para a incompreensão com que foram recebidos inicialmente nas UBS – mais profissionais da saúde mental na atenção básica. Com relação à confusão referente à função dos psicólogos do NASF e dos “psicólogos da saúde mental” relata-se: “[...] conversei com a própria psicóloga do NASF pra gente poder ééé... estruturar alguma coisa [...] o quê que fica com ela, o quê que fica pra mim. [...] Até que hoje já caminha melhor [...]” (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017). O reconhecimento do trabalho do psicólogo do NASF pelo colega da “saúde mental”, ao considerá-lo um bom interlocutor para discussão dos casos, dissolve resquícios de qualquer querela da chegada de novos profissionais da saúde mental nas UBS. Em observação percebemos que o psicólogo do NASF constrói, cotidianamente, a sua integração à equipe de saúde como um todo e, conseqüentemente, o seu lugar na UBS. Todavia sua melhor ou mais produtiva articulação – para além dos demais profissionais do próprio NASF, em especial as parcerias com a terapia ocupacional – é com os “psicólogos da saúde mental” na discussão dos casos considerados difíceis. No entanto a demanda excessiva para ambos acaba fragmentando e isolando a tentativa de articulação e construção de ações conjuntas, em especial com a própria ESF.

Interessante é que se os “psicólogos da saúde mental” são associados àqueles que atendem (psicólogos clínicos) os casos mais graves, os do NASF são aqueles que trabalham com os casos mais leves e em grupo. Para o “psicólogo da saúde mental”, os casos de transtornos psiquiátricos mais graves (psicoses e neuroses graves). Já para o NASF os casos mais leves para os quais as estratégias de intervenção são, essencialmente, grupais:

[...] Pra mim né, no caso do psicólogo do NASF é... neuroses mais leves. [...] a pessoa dá conta de conversar, de trabalhar em grupo, de integrar num grupo [...] às vezes, nem é só da psicologia [...] a gente tem da educadora física, por exemplo, arte terapia ou a própria ginástica. [...] Mas é alguém que sempre tem queixas diversificadas [...] está sempre vindo na unidade. Sempre tem alguma queixa que é relativa com o contexto [...] tá passando por um luto, é uma coisa temporária ou criança com... que tem algum transtorno de aprendizagem, ééé TDAH [...] casos de autismo mais leves que dá pra trabalhar em grupos [...] até retardo mental [...] mais leve dá pra tá em grupo. (Sujeito 16, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017).

Ainda por trabalharem com coletivos não são diretamente associados à figura do psicólogo clínico e o escopo de suas ações é maior que a dos “psicólogos da saúde mental”. Eles realizam palestras, articulações com as escolas, trabalhos com gestantes, tabagistas, dentre outros. Desenvolvem ações mais amplas como grupos com crianças, adolescentes e pais, intervenções comunitárias junto da sociedade civil, auxílio na condução de grupos de usuários com algum quadro clínico médico, grupos de pessoas em uso crônico de benzodiazepínicos etc. Por fim, acompanham os casos leves – não considerados para os “psicólogos da saúde mental” que trabalham nas UBS e nem para o CliPS ou CAPSi. No entanto apesar de realizarem ações distintas dos “psicólogos da saúde mental”, para os demais profissionais da saúde e para a população em geral não há diferenças entre as ações desses dois profissionais. Isso requer deles constantes ações para esclarecimentos e, também, acaba por produzir para o psicólogo do NASF demandas significativas para atendimentos clínicos (senhoras poliqueixosas, crianças com dificuldades escolares etc.), assim como ocorre com os colegas da saúde mental. Uma diferença significativa entre esses dois profissionais é que para acessar os psicólogos do NASF é necessário o encaminhamento, seja ele verbal ou formalizado por escrito:

[...] quando já entra pra mim na fila [...] veio encaminhado. O programa do NASF não é porta aberta como é o programa de saúde mental [...] Não chega alguém pra mim: ‘eu quero consultar com você’. Não! A equipe é que identifica a demanda e passa pra gente. Então, quando vem pra mim já tem uma demanda identificada, já veio via encaminhamento, entendeu!? (Sujeito 16, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017).

Já para os “psicólogos da saúde mental” na UBS basta apenas comparecer. Outra diferença é que os psicólogos que atuam no NASF têm numa equipe específica o compartilhamento dos casos, não se sentindo, assim, solitários como relatam sentirem-se os “psicólogos da saúde mental” que trabalham nas UBS:

[...] é muito difícil pra gente aqui sozinho sem equipe. [...] eu precisava da ajuda de outro profissional. Nesse campo eu acho a atenção primária muito solitária [...] a saúde mental, ainda, é uma coisa que paira sabe!? E aqui, nessa unidade, ainda é mais difícil, porque é um PACS (Sujeito 15, entrevista de pesquisa, 13 de outubro, 2017).

Já nas unidades em que há ESF a interlocução entre o “psicólogo da saúde mental” e o do NASF, se não potencializa ações conjuntas, minimiza a solidão relatada pelos primeiros.

Cabe aqui, abrir um parêntesis. A despeito da prioridade dada às atividades mais ampliadas, o psicólogo do NASF, também, se dedica, significativamente, aos atendimentos clínicos agendados. Gera-se inclusive fila, conforme relatado. Isso nos faz levantar a hipótese de que a demanda excessiva pelo atendimento psicológico tradicional em Ipatinga, pode ser resultado de uma saúde mental “psicólogo-centrada”, principalmente em razão da presença dos psicólogos no território. Também, a indistinção (confusão) acerca da função dos profissionais da saúde mental (historicamente mais voltados para os atendimentos clínicos) e do NASF nas UBS, parece fazer com que o psicólogo do NASF sinta, também, os efeitos de certa ambulatorização:

[...] a demanda acaba engolindo o profissional [...] Faço, é... Tem uma... um momento reservado para atendimento individual. Não é o carro-chefe vamos dizer, assim, do NASF. Mas, tem uns momentos que precisa ser individual. Tem demandas que precisam ser primeiro trabalhadas individuais para depois tá no grupo, sabe!? (Sujeito 16, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017).

A nosso olhar esses agendamentos para o NASF é prenúncio de certa ambulatorização como ocorre com o “psicólogo da saúde mental” nas UBS. Todavia esse aspecto mereceria uma investigação pormenorizada e à parte. No geral, o que percebemos nesse contexto de agendamentos é que a realização de atividades mais amplas, ainda que aconteçam, fica prejudicada.

Além disso, acerca da crise (psiquiátrica), que a nosso olhar é um dos aspectos que diferencia o trabalho dos psicólogos do NASF dos “psicólogos da saúde mental”, sua concepção não parece muito clara para a rede de saúde mental como um todo. A título de exemplo, alguns “psicólogos da saúde mental” lotados nas UBS se ressentem por encaminharem casos para o CliPS e os terem “devolvidos”. Curioso é que só conseguem dizer disso após nos solicitar que desliguemos o gravador. Como pressuposição acreditamos que o “psicólogo da saúde mental” que

atua nas UBS, nem sempre considera legítima suas observações e críticas. Ora, se o psicólogo nas UBS é, também, um “psicólogo da saúde mental” (a “Função-CAPS” se materializa nele) por que os casos acolhidos e avaliados por ele, quando encaminhados ao CliPS, necessitam ser (re)avaliados? Eis aí um exemplo de que a noção de crise não está clara, de sobreposição das ações ocorridas na rede de saúde mental de Ipatinga e, o mais intrigante, conforme avaliamos, a evidência de que há certa diferenciação entre a autoridade clínica dos “psicólogos da saúde mental” lotados em serviços distintos (nas UBS e no CliPS). Em contato com o campo percebemos que o imaginário acerca de no CliPS encontrarem-se os profissionais mais gabaritados para o exercício da clínica em saúde mental os autorizaria “negar” os casos encaminhados pelos colegas “psicólogos da saúde mental” lotados nas UBS. Isso, também, produziria certa admiração e submissão dos segundos em relação aos primeiros, ancorada na mesma crença da autoridade clínica.

Outro aspecto interessante, no que se refere à articulação do CliPS com as UBS (que envolve direta e indiretamente o NASF), é que ao longo dos anos a supervisão da rede assistencial de saúde se deu por profissionais do CliPS, através de preceptorias: “[...] começamos a chamar esses contatos intersetoriais, esses contatos com outros tipos de coisa de preceptoria. Preceptoria que é um termo herdado da cultura médica. Na verdade, não tem nada a ver com saúde mental [...]” (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017). Estas preceptorias, mais tarde, se (re)configuraram como Matriciamento em Saúde Mental – função, que deveria, também, ser exercida pelo NASF: “[...] começamos a chamar isso de preceptoria e depois, mais tarde, então nós vimos que na verdade era um matriciamento.” (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017). Contudo em Ipatinga o NASF não realiza os matriciamentos da saúde mental. Ficava a cargo do psicólogo, que protagonizou experiências significativas na rede e iniciou a ideia de matriciamento no município, e do psiquiatra coordenador do CliPS (na época havia um psiquiatra na coordenação e que, também, era responsável pelos matriciamentos). Correndo o risco de sermos simplistas, tendo em vista que não acompanhamos aprofundadamente o matriciamento em razão de ter sido suspenso pela gestão municipal (motivos desconhecidos por nós), quem havia solicitado o matriciamento do qual participamos, para orientação no que se referia à condução



de um caso clínico era a psicóloga do NASF. Ora, não seria essa uma das funções Núcleo de Apoio de Saúde da Família, amparar, inclusive, através de matriciamento as ESF? Embora tenha ocorrido participação ativa das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), da médica da ESF, do “psicólogo da saúde mental” lotado UBS e da psicóloga do NASF conferindo certo caráter interdisciplinar à atividade, o matriciamento pareceu-nos muito com uma tradicional supervisão de caso clínico em psicanálise. Apesar da palavra circular “democraticamente” não nos pareceu apenas uma discussão de caso clínico, mas um discurso clínico que imperava naquele espaço: o discurso da psicanálise apontando para a construção diagnóstica estrutural, para a sintomatologia e saídas possíveis para a construção e condução do caso clínico. Nossa conjectura se confirma em dissertação de mestrado sobre a construção do caso clínico, enquanto contribuição para qualificar a atenção em saúde mental pública, de autoria do psicólogo que realizava os matriciamentos na época da investigação. O mesmo que remetia e ainda remete para grande parte da equipe certo “brilho fálico” e autoridade clínica – que acaba se estendendo aos demais colegas lotados no CliPS que inclusive desautorizam as condutas dos colegas que atuam nas UBS, conforme sinalizado. Retomando a dissertação, o autor afirma: “o matriciamento, que não é nada mais que uma conversação em busca da CCC” (construção do caso clínico) (Medeiros Filho, 2010, p. 78). Além da CCC, o psiquiatra que estava presente orientou com relação à prescrição e manejo de psicofármacos. Sobre esse matriciamento a psicóloga que havia solicitado ajuda para condução de um caso clínico esclareceu que, apesar de não se orientar pela abordagem psicanalítica as elucidações produzidas pelo colega psicanalista acerca do caso foram de extrema contribuição. Assim, para os casos clínicos complexos:

[...] vou buscar matriciamento [...] A gente senta pra fazer matriciamento de casos com a saúde mental, né [...] Então é aquilo ali: é uma conversa com o psicólogo, o psiquiatra [...] lá do CAPS adulto. [...] a gente senta e vai discutir casos. [...] O matriciamento é [...] onde a gente senta pra discutir casos [...] com os outros setores de saúde mental. Mais específicos de saúde mental mesmo. (Sujeito 16, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017).

Essa experiência nos apontou que os matriciamentos em Ipatinga estavam centrados na saúde mental, o que nos fez refletir sobre a função do NASF de realizar apoio e matriciamentos para as ESF e não apenas recebê-los da saúde mental. Isso, também, mereceria um estudo à parte. Por fim, acerca dos matriciamentos foi-nos relatado que os demais profissionais do NASF junto à

psicologia o fazem com as ESF, mas pareceu-nos que quando se trata de casos de saúde mental (os mais graves) o psicólogo do NASF (o profissional da saúde mental desse Núcleo), assim como os responsáveis pelo matriciamento, à época, se utilizavam dele como se fosse uma supervisão de caso clínico, somente. Não desconsideramos que é, também, umas das funções do matriciamento construir questões referentes à clínica, porém, nos pareceu que o matriciamento se reduzia a isso. Acerca da admiração pela condução dos casos por um colega de outra abordagem, demonstra respeito e maturidade mas em Ipatinga demonstra, também, certa submissão à uma suposta autoridade clínica.

### **5.3 Mais que retaguarda, internação: os leitos psiquiátricos no hospital geral de Ipatinga**

Com relação aos leitos psiquiátricos no Hospital Geral, os casos de urgência subjetiva em saúde mental de difícil manejo com os recursos disponíveis no CliPS são encaminhados ao Hospital Municipal Eliane Martins (HMEM) e à UPA. Também, encaminha-se para o Hospital Galba Veloso (HGV) e o Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI), ambos da rede FEMIG e situados em Belo Horizonte. A incidência das internações é justificada, desde outrora, pela ausência de psiquiatras na rede de saúde mental ipatinguense. (Barboza, 2009; Medeiros Filho, 2010).

Sobre os leitos psiquiátricos no Hospital Municipal, relata-se:

Não [estão habilitados]. Recebe como leito normal. E a diferença é tipo de vinte reais pra trezentos reais dia [risos]. [...] Mas nós fizemos os processos. Isso aí eu participei. Tanto que eu encaminhei lá na época que eu tava nesse lugar [de gestão]. [...] pedimos a grana pro incentivo. Recebemos, compramos os equipamentos, aí o hospi... aí teve a questão da UPA né. 'Não, não tem jeito. Tem que esperar a UPA'. Então, esperamos a UPA inaugurar. Inaugurou a UPA e isso aqui [o hospital municipal] ficou mais organizado e humanizado. [...] teve toda uma reforma e tudo. E eu esperando essa reforma. Então tá. Pra habilitar [e receber pelos leitos psiquiátricos] (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

Com a não habilitação dos leitos no município, estes não funcionavam como retaguarda para a rede de saúde mental, ofertando pernamência noturna às pessoas em situação de sofrimento mental grave e persistente que fazem uso do CliPS nos momentos de crise aguda, por exemplo. O HMEM em Ipatinga tem se configurado

com um espaço, literalmente, para internação. Esta modalidade de tratamento não nos pareceu ser utilizada como “último recurso” pela rede de saúde mental no município, conforme preconiza a reforma psiquiátrica brasileira. Cabe acrescentar que Hospital Municipal recebe, também, pacientes psiquiátricos da chamada micro-região de Ipatinga.

Há 02 (dois) profissionais da psicologia no HMEM que tentam priorizar o atendimento dos casos de saúde mental. Contudo, exercem a função de psicólogos clínicos do hospital tendo que atender à toda e qualquer demanda:

[...] a demanda de psicologia hospitalar ela é grande. [...] os casos de saúde mental tomam tanto todo mundo, que é prioridade pra gente. [...] É prioridade pra mim os casos de saúde mental. [...] tem um monte de casos que eu vou ter que passar ainda, que eu não fui. Mas, os de saúde mental, mesmo! Já passei e vou voltar. Provavelmente os outros que é uma demanda é... né!? Mesmo! Não tô diminuindo o sofrimento do outro [caso que não é da saúde mental], mas no sentido de você ter que priorizar alguma coisa. Eu vim pra cá nessa perspectiva. [...] [Contudo] Nós somos psicólogas do hospital (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

Além de priorizarem as ações com usuários da saúde mental por desejo próprio, há, também, certo apelo institucional com relação a esses casos. Isso torna a priorização espécie de acordo tácito entre essas psicólogas e a instituição hospitalar: “[...] além da demanda, tem um... às vezes uma interação da instituição de que é: ‘cale aquele paciente!’ De que acalme aquele paciente. Então, tem muito essa demanda, né!? Às vezes, quando é um paciente que incomoda, que faz muito barulho...” (Sujeito 18, entrevista de pesquisa, 20 de novembro, 2017). Cabe destacar, positivamente a nosso olhar, que no Hospital Municipal não há uma ala psiquiátrica, mas “leitos psiquiátricos”. Com relação a isso, uma das psicólogas que se diz tocada pela saúde mental avalia negativamente. Segundo ela houve uma época em que se tinha um espaço definido para os usuários da saúde mental dentro hospital o que dava à eles mais liberdade, inclusive para fumar (havia um jardim de inverno no espaço destinado apenas à psiquiatria). Pareceu-nos que isso fazia parte de um acordo (uma ala psiquiátrica) na época em que havia mais articulação do hospital com a rede de saúde mental. Todavia pareceu-nos desconsiderar o estigma que uma ala psiquiátrica poderia produzir dentro do hospital geral. Além disso, novamente, o “desejo de manicômio” parece ter atravessado a equipe de saúde mental, ainda que involuntariamente. Ora desejar uma ala específica para psiquiatria num hospital geral sem fazer esse tipo de reflexão nos pareceu, no mínimo,

contraditório. À esse respeito, relatou-se:

[...] vai ser a 'ala C', lindo! Briguei pra caramba pra ser naquele lugar porque são boxes assim... não são quartos fechados. [...] É uma ala, mas não é totalmente fechada [nem totalmente aberta]. [...] queria que tivesse uma área externa [...] Pra que eles pudessem fumar; que a gente pudesse pensar numa terapêutica ali. [...] funcionou durante alguns meses e decidiram fechar lá. [...] Falta de funcionário. [...] teria que juntar mais o público porque um técnico de enfermagem que deveria dar conta de uns cinco, hoje tá tendo que dar conta de oito, dez. [...] teve uma problemática mesmo de RH aqui no hospital, trabalhando tudo assim... espremidasso. Não só no hospital né. Acho que na saúde inteira" (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

No geral, em observação, os pacientes da saúde mental circulam com certa liberdade pelo HMEM. Não sabemos se por falta de controle institucional, em função de quadro funcional reduzido ou por crerem, realmente, que possam circular com mais liberdade. Com base no histórico da cidade e seus serviços de saúde, apostamos mais na primeira hipótese. Com relação a presença dos pacientes psiquiátricos no hospital geral, a providência tomada é que devem ser "internados" em alas onde se encontram pacientes com quadros clínicos gerais menos agravados, o que pode contribuir para a ocorrência de certa "liberdade" para circulação nas dependências internas do hospital. Entretanto permanecem internados. Há no folclore institucional relatos de um caso que permaneceu internado por mais de 01 (um) ano e meio no HMEM. Dos motivos dessa internação inclui-se, para além das questões psiquiátricas, a desresponsabilização rede de saúde mental e da família pelo caso que não tinha para onde ir. Ainda, podemos acrescentar que a ausência do SRT na cidade contribui para tal internação de longa permanência. Por fim, sobre o Hospital Municipal, ressaltamos que o mesmo psiquiatra que cumpre meio horário no CliPS e faz o ambulatório na Policlínica exerce, também, o ofício de psiquiatra do HMEM<sup>35</sup>.

#### **5.4 O Núcleo de Saúde Mental Infantojuvenil: o nomeado CAPSi**

Existe na cidade um Núcleo de Saúde Mental Infantojuvenil (já nomeado pela equipe de CAPSi) que iniciou suas atividades no ano de 2010, através de uma

---

<sup>35</sup> Porém, os horários que cumpre no CliPS e na Policlínica fazem parte de um mesmo cargo. Já sua carga horária cumprida no HMEM faz parte de outro vínculo trabalhista.

equipe específica para o atendimento de crianças e adolescentes, anexo ao CliPS. Esse serviço ainda não foi credenciado como um CAPSi segundo a legislação nacional de saúde mental, porém relata-se que há certo interesse da gestão municipal para que ocorra. Funciona, desde o ano de 2015, em unidade separada do CliPS com uma equipe composta por 04 (quatro) psicólogos (um exercendo o cargo de coordenação/gerência), 01 (um) terapeuta ocupacional, 01 (um) médico pediatra especialista em psiquiatria infantil, 01 (uma) fonoaudióloga, 01 (uma) enfermeira, 01 (uma) assistente social, 01 (um) auxiliar administrativo, 01 (um) estagiário na função administrativa e 03 (três) auxiliares de serviços gerais. Sobre sua estrutura física, o Núcleo encontra-se instalado em uma casa com terraço mas, em razão de segurança para as crianças e adolescentes, funciona apenas no térreo. Ainda, relata-se que a casa havia sido alugada, inicialmente, para a instalação de um CAPSad no município. Porém, como isso não se efetivou foi destinada para o funcionamento do Núcleo encontrando-se alocada, no andar de cima, a mobília que seria para o CAPSad. Ainda sobre sua estrutura, possui 01 (uma) sala de recepção, 01 (uma) espécie de brinquedoteca (sala com material e objetos lúdicos para as crianças aguardarem pelo atendimento), 03 (três) consultórios (divididos em horários distintos, entre o médico, os psicólogos, a terapeuta ocupacional e a fonoaudióloga), 01 (uma) sala de enfermagem, 01 (uma) sala administrativa, 01 (um) banheiro misto para usuários (em função de outro encontrar-se desativado), 01 (um) banheiro na área externa, exclusivo para funcionários, 01 (um) espaço adaptado para sala de reuniões e 01 (uma) cozinha.

Aos fundos, numa casa menor, acontecem as atividades mais coletivas e lúdicas desenvolvidas tanto pela terapia ocupacional quanto pela psicologia, fonoaudiologia e serviço social, de acordo com a demanda. Esse espaço é utilizado, também, para atendimentos individuais sempre que necessário. Além disso nos fundos encontra-se uma grande varanda subutilizada que, em época anterior às observações, foi utilizada por um educador físico, cedido pelo extinto Programa de Esporte e Lazer na cidade (PELC), para realização de atividades livres. Ao lado da construção principal do Núcleo existe outra varanda que é usada como “espaço de convivência” e para realização de atividades em grupo, por exemplo.

O nomeado CAPSi não funciona com acolhimento totalmente aberto em razão do excesso de demandas que ainda não consegue responder. Também, devido as

agendas cheias com os casos (menos agravados) atendidos desde à época em que funcionava como Núcleo anexo ao CliPS. Nesse cenário relata-se: “[...] a gente precisa cada vez mais falar sobre o lugar do CAPSi né?! Pra minimizar os encaminhamentos que não são pra cá. [...] [a demanda] que pode ser acompanhada em outros lugares” (Sujeito 5, entrevista de pesquisa, 30 de outubro, 2017). O excesso de demandas equivocadas de casos que não seriam para o CAPSi denotam que a função desse serviço, ainda, não é bem conhecida pela rede ampla de atenção à infância e adolescência. Por outro lado, aponta que o serviço vem se tornando cada vez mais “conhecido” na cidade e, por isso, têm recebido encaminhamentos de toda a rede: saúde, escolas, judiciário, abrigos, conselho tutelar, Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) etc.

Nesse contexto, com o intuito de qualificar as demandas para o CAPSi, os encaminhamentos devem ser realizados pelos profissionais das UBS. Poderíamos pensar que repetem a história do CliPS com o acolhimento não aberto e com as demandas tendo que passar, antes, pela atenção básica. No entanto o Núcleo não é oficialmente um CAPSi. Está em processo de montagem de equipe e qualificação para seu funcionamento enquanto tal. Além disso, qualificar as demandas a fim de evitar a superlotação do serviço pelos casos leves é uma importante estratégia desenvolvida pelo Núcleo nas UBS. Junto de atores diversos da rede de saúde e da rede ampla, a equipe do CAPSi efetiva, via matriciamento em saúde mental, o esclarecimento acerca do funcionamento e público-alvo do serviço. Também, realiza a discussão dos casos que se encontram no território das UBS.

O nosso matriciamento a gente começou é... [...] sempre dizer desse lugar do encaminhamento qualificado [...] A gente traz o paciente da gente mesmo nas discussões lá na ponta né. Se é uma situação urgente, o paciente vem no acolhimento né!? Mas se não, a gente agenda pra gente na próxima semana receber esse paciente aqui né. E aí em cada encontro a gente vai, a partir do caso, fazendo essa construção: porque esse caso a gente considera, vamos receber lá. E esse outro não. Pode ficar aqui na ponta por enquanto (Sujeito 5, entrevista de pesquisa, 30 de outubro, 2017).

Fato curioso é que ao contrário do matriciamento dos adultos, o infantojuvenil continua em pleno funcionamento. Outra novidade é que o matriciamento do CAPSi é realizado por duplas de sua equipe: sempre um psicólogo e outro profissional (terapeuta ocupacional; fonoaudiólogo; assistente social). Tais duplas dividiram as

UBS do município em 03 territórios ficando cada uma delas responsável por matriciar os casos de suas microregiões juntamente aos “psicólogos da saúde mental” que trabalham nas UBS e aos psicólogos do NASF (nas equipes que contam com seu apoio). Ainda participam dos matriciamentos, enfermeiros, conselheiros tutelares, assistentes sociais, profissionais da educação etc., discutindo sobre a melhor conduta a ser adotada para os casos. Todavia, notamos, talvez como “resquício cultural” e histórico da constituição da rede de saúde mental de Ipatinga (psicólogo-centrada), a presença de um psicólogo em todas as duplas matriciadoras.

Apesar da presença de um psicólogo em todas as duplas, nas observações dos matriciamentos pareceu-nos que a equipe da CAPSi possui clareza de que o acompanhamento de crianças e adolescentes é, necessariamente, intersetorial. Todos os participantes dos matriciamentos observados possuíam autonomia para proferir algo sobre o caso, ainda que a palavra do psicólogo ocupasse certo lugar de destaque. Quando identificados os casos graves são encaminhados para um profissional no CAPSi, que esteja disponível para acolhimento (já que não é aberto). Para os casos em que não se identifica uma urgência para “pronto atendimento”, é agendada uma data para acolhimento e avaliação do psicólogo. E, por fim, para os casos que não são para o CAPSi a dupla matriciadora, juntamente do “psicólogo da saúde mental” lotado na UBS e dos profissionais da rede ampla, tenta construir outras alternativas para lidar com as demandas. Há também entre a equipe do CAPSi certa pactuação de que os matriciamentos devem ser utilizados, igualmente, para apresentar o serviço e sua ideologia para a rede ampla:

[...] a gente fez uma apresentação no CAPS. Apresentamos pra gestão né!? [a gestão] É nova! É... apresentamos pros colegas. E agora, cada matriciamento a gente vai apresentar com slides, bem padronizado... [sobre o que é a reforma psiquiátrica, um CAPSi, legislações etc.] Porque é algo que, vez em quando, a gente tem que retomar mesmo (Sujeito 5, entrevista de pesquisa, 30 de outubro, 2017).

Deste modo nos matriciamentos do CAPSi as questões do nomeado âmbito político da reforma psiquiátrica, também, ganham certo destaque. Com o intuito de “capacitar” a rede ampla e de saúde, discutem e constroem conjuntamente os casos identificando aqueles considerados graves para saúde mental e orientando sobre o que fazer para aqueles que não o são: “[...] esse caso não é pra cá [CAPSi]. Pra onde que é?” (Sujeito 5, entrevista de pesquisa, 30 de outubro, 2017). E, assim vão

esclarecendo as funções do serviço e tecendo redes para para as demandas que se apresentam.

Acrescentamos que não há no matriciamento realizado pelo Núcleo Infantojuvenil a presença do médico. Isso se explica em função do número incipiente desse profissional no serviço e na rede como um todo. Também, pelo mesmo motivo, não participa dos acolhimentos no CAPSi: “O acolhimento todo mundo faz, menos psiquiatra [médico especialista em psiquiatria infantil] né, na realidade... [risos]” (Sujeito 5, entrevista de pesquisa, 30 de outubro, 2017). Todavia apesar dos psicólogos se ressentirem sobre a ausência do psiquiatra em algumas atividades, no caso dos matriciamentos eles não recuam diante de seus desafios e o realizam prescindindo da presença de um médico contrariamente ao CliPS. Sendo assim, afirmamos tratar-se de uma equipe aguerrida que, segundo relatos, já ensaiou até algumas PD frente às demandas de um caso mais grave: “[...] a gente não tem PD. A gente teve que inventar um jeito de fazer PD” (Sujeito 6, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017). Frente aos desafios colocados pelo caso grave e sua falta de recursos, a equipe se articulou à rede ampla para que uma criança frequentasse um abrigo para PD: “[...] com uma referência boa com o serviço [o CAPSi], mas precisando de muitos outros recursos que a gente não tinha pra oferecer. Então, tivemos que inventar né. E aí a invenção foi: ‘Ele ficou num abrigo e fazendo PD, também, lá... (Sujeito 6, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017). A criança voltava para casa no fim do dia e era assistida pelo abrigo com o apoio da equipe do CAPSi durante os dias e horários que lá permaneceu. Tal equipe se ressentia por não ter condições, à época das observações e entrevistas, de ofertar a modalidade intensiva de tratamento que se materializa via PD. Porém nos apontou certo potencial ao inventar uma PD e, pelo menos, em parte, não depender tanto do médico psiquiatra para realizar suas ações.

Retornando à questão do acolhimento no CAPSi, não são apenas os profissionais “psi” (afora o médico especialista) que o realizam para o encaminhamento dos casos. Contudo, ainda, mantém-se no serviço certa especialização e divisão do trabalho. Num movimento pendular, ora a equipe apresenta-se na lógica da transdisciplinaridade e ora “especialística”: “Tem especificidades né!? Que aí atende como TO [terapeuta ocupacional], mas todas acolhem” (Sujeito 5, entrevista de pesquisa, 30 de outubro, 2017). Mesmo que a



terapia ocupacional e a fonoaudiologia possam acolher os casos, só se tornam referência para eles quando a própria criança ou adolescente elege um desses técnicos da equipe como sua referência. Ou seja, vincula-se mais à eles do que a outros. Do contrário, na maioria das vezes, é o psicólogo quem conduz o tratamento como referência. Para os casos em que a especificidade profissional fica em segundo plano se justifica através do conceito de transferência (a própria criança e adolescente que faz uso do serviço elege inconscientemente quem vai acompanhá-lo). No geral, nas observações, pareceu-nos que os psicólogos se dedicavam mais aos atendimentos psicoterápicos, assim como o terapeuta ocupacional enfatizava mais as oficinas e as atividades de grupo.

[...] todos atendem e ficam referência do caso mesmo. Mas, o que a gente tenta depois é localizar a referência com aquilo que o caso dá né. Às vezes tem três pessoas atendendo o paciente, aí então a gente tenta na distinção identificar quem que ele elegeu como referência. Isso pra fazer a coisa mais adaptada né!? (Sujeito 5, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017).

Nos perguntamos se a “coisa mais adaptada” seria o psicólogo fazer psicologia, a terapia ocupacional oficinas etc. Também, nos indagamos se isso reproduziria no CAPSi a manutenção de certo lugar de destaque para a psicologia, assim como ocorreu e ainda ocorre na rede de saúde mental de Ipatinga como um todo (“psicólogo-centrada”).

Cabe ressaltar que, assim como no CliPS, o discurso que orienta a prática da maioria dos psicólogos no CAPSi é da psicanálise. A questão diagnóstica e dos atendimentos clínicos aparecem com mais ênfase que as questões sociais dos casos. Sobre alguma outra orientação para o trabalho e condução dos casos, relata-se: “Que me orienta a prática... Não. Além da psicanálise, não” (Sujeito 5, entrevista de pesquisa, 30 de outubro, 2017). Mas ao mesmo tempo, contraditoriamente, admite que conhecer outras abordagens e vivências contribui para a prática principalmente, na interlocução com algum colega não psicanalista. A título de exemplo relatou-se caso de um adolescente usuário de drogas, no qual a prioridade dada aos fenômenos intrapsíquicos em contraponto ao contexto social vivido pelo usuário fica clara:

Quando por exemplo, eu faço o trabalho sobre o uso da droga é muito mais localizado. Enquanto saída, escolha né [do sujeito do inconsciente]. É... pra ajudar o sujeito em relação

às vozes. É muito mais numa visão clínica do que numa visão do social, do impacto da droga no contexto social (Sujeito 5, entrevista de pesquisa, 30 de outubro, 2017).

Ainda, num movimento pendular existe certo discurso de que a clínica na saúde pública exige ampliação, realização de atividades diversas e atenção para vários âmbitos da vida do usuário. Contudo a clínica tradicional, ancorada no discurso psicanalítico, parece se destacar. Por outro lado, percebemos certo esforço para que a psicanálise se articule a outros discursos fazendo com que no CAPSi, apesar da incidência das consultas tradicionais, ações mais ampliadas aconteçam. Também, um olhar mais político para as questões da infância e adolescência apareçam, conforme a reflexão que fazem sobre seus desafios que enfrentam.

Com relação aos desafios enfrentados pelo CAPSi, relatam a chegada cada vez maior de casos complexos, a própria implantação de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes (defasada se comparada a dos adultos), a lógica da classificação, medicalização e disciplinarização que impera com relação às crianças e aos adolescentes em nossa cultura. Esses desafios apontam para o outro lado do pêndulo. Há no CAPSi certo discurso ampliado e político:

[...] eu acho que um grande desafio é implantar uma política de saúde mental infantojuvenil, porque isso veio muito tardiamente dentro da política de saúde mental, nível nacional. A gente já tem uma forma que as pessoas lidam com essas questões de saúde mental infantojuvenil, já existe uma cultura, né. Coisas que as pessoas pensam, que os profissionais reforçam... O lugar da criança, do adolescente, né. Qual que é? Então, as pessoas [responsáveis pelos cuidados das crianças e adolescentes] já chegam com muitas ideias prontas e com as coisas muito definidas [...] (Sujeito 6, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017).

Também, o trabalho ampliado com as famílias e com as escolas, a articulação com a rede ampla de proteção à infância e adolescência são vistos como desafiadores, principalmente, no que se refere à compreensão do que seria um caso grave para acompanhamento na saúde mental e o que deveria ser encaminhado para outros tipos de intervenções. Isso torna o trabalho no CAPSi fatigante, a escassez de dispositivos na rede ampla para o referenciamento dos casos que não são para saúde mental. No caso dos adolescentes parece se agravar: “Construir um lugar pro adolescente... acho que isso é um grande desafio, né!?” (Sujeito 6, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017). É notável como os desafios elencados por alguns profissionais do CAPSi apontam para uma dimensão ampla da questão

da infância e adolescência, como uma “clínica necessariamente ampliada” (Vincentin, 2006).

Acrescentam, também, ao rol de desafios enfrentados no CAPSi o excesso de atendimentos (consultas tradicionais) em razão de terem permanecido por muito tempo com casos que atualmente não são considerados graves para um CAPSi e que geram, como consequência, o estrangulamento da agenda dos psicólogos:

[...] a gente não tinha clareza. A gente recebia o caso e ficava com ele [...] [Com o passar do tempo questionavam] gente esse caso não é pra cá, pra onde que é? Ah! mas não tem nenhum lugar que vai cuidar disso. [Então] A gente acabava ficando mais tempo [acompanhando o caso] até a alta [...] Então hoje já fica mais claro pra gente [que precisam priorizar os casos graves] (Sujeito 5, entrevista de pesquisa, 30 de outubro, 2017).

Com relação a problemática de certo estrangulamento da agenda, vinham tentando lidar com ela mas, até à época das observações e entrevistas, não se tinha uma “solução” sobre o que fazer com os casos já identificados e que não deveriam continuar a ser atendidos no CAPSi. Frente a isso estavam tentando construir caminhos possíveis para lidar com os casos que deveriam receber alta por não se enquadrarem nos critérios de gravidade para atendimento no CAPSi.

À época das observações o CAPSi não possuía um espaço formalizado para reuniões, discussões e estudos de casos. O compartilhamento acontecia, na maioria das vezes, nas trocas de turno entre os profissionais, porém, vinham tentando se estruturar para que tais atividades se tornassem contínuas no serviço. Assim como no CliPS as reuniões mais frequentes, quando aconteciam, acabavam se debruçando em função de questões mais administrativas:

Aqui a gente já tentou, enquanto equipe, aproveitar as reuniões pra levar sempre um texto, discutir um artigo né!? Pra não ficar só em questões administrativas e discussão de caso. Em alguns momentos a gente conseguiu. Já tem um tempo que não. A própria reunião geral da saúde mental [...] já tem um tempo que também não consegue [se realizar] (Sujeito 5, entrevista de pesquisa, 30 de outubro, 2017).

Entretanto no caso do Núcleo (o CAPSi de Iaptinga), ainda em constituição como serviço substitutivo em saúde mental, para além do cenário político delicado do município (sempre lembrado pelos profissionais da rede de saúde mental no geral), acreditamos que seu momento de se credenciar enquanto um CAPSi tende a fazê-lo debruçar-se mais sobre questões de cunho “administrativo-burocráticas”.

Ademais é importante acrescentar sobre o CAPSi que, à época em que funcionava como Núcleo anexo ao CliPS, teve como “coordenação informal” uma psicóloga que por sua trajetória em cargos de gestão em outros municípios e, também, em Ipatinga mostrou-se engajada e atravessada pelas questões políticas da reforma psiquiátrica. Atualmente faz parte da equipe como técnica de referência. Porém sua experiência em gestão, engajamento político, comprometimento com a saúde pública etc. pareceu-nos contribuir para a construção de ações mais ampliadas no CAPSi. À medida do possível e delicadamente a experiência dessa profissional agrega-se ao caráter coletivo das construções do CAPSi. Além disso essa técnica de referência participou do percurso formativo da RAPS, na qual o município de Ipatinga foi contemplado para ir até a cidade de Recife realizar intercâmbio com a rede de saúde mental pernambucana. Para essa psicóloga a vivência fora fundamental e gerou como fruto reflexões e discussões acerca da saúde mental Infantojuvenil na cidade – naquela época, Núcleo anexo ao CliPS e à Policlínica. Ela acredita inclusive que a mudança do Núcleo para sede própria e sua nomeação como CAPSi (mesmo efetivamente não o sendo) é um dos efeitos de tal experiência:

[...] o percurso formativo nos ajudou muito. [...] Porque o último momento do percurso formativo da RAPS, que é o momento de engrenagem das redes, cada município tinha um representante... E eu que era representante [de Ipatinga]. Então, o processo de construção do trabalho... eu participei muito disso, né. [...] Aí voltava pro município, levava isso, principalmente, pra equipe do CAPSi. E [...] foi um grande orientador do nosso trabalho. Eu acho que o CAPSi, hoje, é um dos efeitos... é o grande efeito do percurso formativo. Se a gente não tivesse passado por esse percurso acho que a gente era Núcleo ainda, funcionando lá na Policlínica (Sujeito 6, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017).

Essa experiência teria ampliado o olhar da equipe de saúde mental infantojuvenil de Ipatinga, dando início à várias articulações como a realização de uma oficina no final do ano de 2014, que além de contar com a participação de diversos setores ligados a infância e adolescência, deu origem a implantação do Fórum Intersetorial da Criança e do Adolescente (FICA). Este não teria se sustentado após a última mudança de gestão municipal, sendo um dos desejos da equipe do CAPSi reativá-lo em futuro próximo.

Por fim, há relatos de que pautados pela Política Nacional de Saúde Mental, ainda que receosos (em razão de alguns recursos que lhes faltam por não serem um CAPSi credenciado), a equipe desse dispositivo reconheceu a necessidade de

assumir o nome e o lugar de CAPSi para a rede de atenção à infância e adolescência ipatinguense como um todo. Assim o fizeram visando consolidar socialmente o seu trabalho frente ao contexto político delicado que a cidade vinha enfrentando e para reafirmação de seu trabalho na rede:

[...] tinha uma crise de identidade assim... a gente com medo de assumir um lugar de CAPSi. [...] Mas, também, não se reconhecendo como Núcleo, né. E numa dessas oficinas [fruto do percurso formativo] [...] foi caindo a ficha, né. Que quem não tem nome fica uma coisa muito mais fácil de você desconstruir; e a gente assumiu de CAPSi. [...] antes da gestão falar que reconheceu isso, a gente reconheceu que a gente precisava assumir esse lugar com tudo que falta ainda pra ser de fato um CAPSi. [...] Se a gente não assumisse esse lugar ia ser difícil. Então, acho que isso fez um giro né!? Toda equipe perceber isso e assumir isso. Foi muito bacana! (Sujeito 6, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017).

Isso posto, apesar do CAPSi priorizar os atendimentos de consultório e ainda se utilizarem da internação, contudo, declaradamente como último recurso, acreditamos que está caminhando para a construção de estratégias que incorporam a política nacional de saúde Mental brasileira. Esse serviço tem sido, inclusive, visto entre a maioria dos psicólogos da rede de saúde mental da cidade como a “menina dos olhos da saúde mental”. Por fim, destacamos que o encontro entre o pesquisador e alguns profissionais do CAPSi suscitou trocas de experiências a respeito da articulação da rede. Isso porque, o pesquisador foi psicólogo e coordenador de um CAPSi, conforme sabido. Desse encontro, além da produção de paixões alegres no pesquisador em razão da potencialidade do CAPSi, acreditamos em seu caráter intervencionista através da troca de experiências, para além da mera coleta e apropriação dos dados produzidos pelo campo.

### **5.5 A ausência do Centro de Convivência, do CAPSad e do Serviço Residencial Terapêutico como sustentação de serviços de lógica manicomial em Ipatinga**

A rede de saúde mental de Ipatinga não conta com Centro de Convivência, CAPSad e SRT. Em razão à ausência de Centro de Convivência, a referida rede faz uso da Associação “Loucos Por Você” por desenvolver atividades para ressocialização e convivência das pessoas que fazem uso dos serviços que compõem a rede de saúde mental. Todavia, a Associação “[...] é um espaço de articulação política para usuários, familiares, profissionais e simpatizantes com a luta

antinamancional” (Sujeito 19, entrevista de pesquisa, 20 de janeiro, 2018). Apesar de ofertar oficinas e atividades lúdico-recreativas, ser um Centro de Convivência não é sua finalidade: [...] Nós não somos um Centro de Convivência. Somos um movimento político, um movimento de usuários e familiares [...]” (Sujeito 19, entrevista de pesquisa, 20 de janeiro, 2018). Trata-se de uma associação mista de usuários, familiares e profissionais.

Sobre o funcionamento da “Loucos”, como é conhecida em Ipatinga, encontra-se precarizado em razão do rompimento do convênio com a prefeitura que lhe destinava verbas, desde o ano de 2016. Atualmente, não conta com profissional da psicologia apenas com trabalhos de voluntários e estagiários – supervisionados pelo pesquisador, também professor de psicologia no município, conforme sabido. Conta ainda com o apoio da comunidade acadêmica em geral e da sociedade civil para angariar fundos e manter o seu funcionamento. Em especial, parceiros de luta antimanicomial como alguns professores universitários do Vale do Aço, incluindo-se também o pesquisador, mobilizam-se junto da “Loucos” para promoção de eventos, palestras e seminários que além de difundir a cultura antimanicomial no município e região, arrecada fundos para sobrevivência da Associação.

Dos eventos realizados cabe destacar um que sinaliza para a ausência em Ipatinga de outro dispositivo importante da RAPS: o CAPSad. Em março de 2017, organizou-se um seminário para discutir questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas na cidade, assim como a política de atenção preconizada pelo Ministério da Saúde. Nesse seminário estiveram presentes como palestrantes, o pesquisador e a Coordenadora Estadual de Saúde Mental, daquela época. Em momento de livre debate com o público a antiga coordenadora expôs seu espanto e desapontamento por não conseguir compreender o que ocorria em Ipatinga que a política de saúde mental não avançava. Para exemplificar, disse que parecia haver “uma cabeça de burro enterrada”<sup>36</sup> no município. Além da rede configurar-se de forma peculiar (“psicólogo-centrada”), da ausência “crônica” de profissionais da psiquiatria e, especificamente, da existência de um projeto para implantação de um CAPSad na cidade em andamento desde meados de 2008, arrastando-se até os dias atuais. Outrora foi montada dentro do CliPS uma “equipe específica” (02

---

<sup>36</sup> Expressão utilizada para sinalizar quando algo não flui, não vai para frente em determinado local e/ou quando as coisas não acontecem como deveriam por motivos, “aparentemente”, inexplicáveis.

psicólogas e 01 terapeuta ocupacional) para iniciar o atendimento das demandas relacionadas ao uso abusivo de álcool e drogas: “[...] eu vim pra cá com a proposta de trabalhar com a equipe do CAPSad. [...] tinha uma proposta de abrir o CAPSad naquele ano [...] aí eu vim pro CliPS. [...] não tinha casa, não tinha nada”. (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Tal equipe foi nomeada, assim como ocorrido com o serviço Infantojuvenil, de Núcleo. A “[...] equipe CAPSad, chama[va] Núcleo AD, que ficava por aqui [no CliPS] porque não tinha onde ficar” (Sujeito 2, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Nesse contexto, iniciaram algumas ações para se prepararem para o enfrentamento das questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas como “[...] fazer capacitações com a rede né. Inicialmente era assim: ‘o CAPSad vai abrir ontem, só que até hoje não abriu’” (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Com o passar do tempo essa equipe específica foi sendo incorporada ao CliPS, deixando de atender, exclusivamente, os casos de álcool e outras drogas. Estes casos foram sendo assumidos por toda equipe do CliPS, assim como a equipe CAPSad passou, também, atender outras demandas da saúde mental.

Como a coisa foi ficando...[sem perspectivas!?] [...] vai acontecer! Calma! E aí, começou a precisar de, de pessoas, profissionais para atender os outros casos que tavam chegando [...] Aí quando foi ver a gente absorveu [a demanda do CliPS], a gente diluiu os casos de álcool e drogas pra todo mundo, pro serviço. Parou de ter essa divisão [entre psicólogos do CliPS e do Núcleo AD]. Paramos também de acreditar que o CAPSad iria inaugurar [...] (Sujeito 2, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Da ausência de um CAPSad para acolher e tratar os usuários abusivos de álcool e outras drogas – demanda expressiva na cidade, tendo inclusive regiões onde se concentram focos de problemas relacionadas à questão – abre-se espaço para existência e força das comunidades terapêuticas no município e região. Como forças que se retroalimentam a presença de número considerável de comunidades terapêuticas justifica, de certo modo, tal desassistência e desinvestimento do município no CAPSad. Para exemplificar, empreendemos levantamento, via Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas (COMPPUD) – que também encontra-se despotencializado – e constatamos que existem em Ipatinga aproximadamente 15 comunidades terapêuticas que com viés religioso, filantrópico e lógica manicomial abrigam usuários que poderiam ser beneficiados por um CAPSad.

Além disso, conforme relatos, a própria equipe do Núcleo CAPSad desinvestiu no projeto desse tipo de serviço ou nas promessas da gestão municipal de que ele se materializaria, ao contrário da equipe do Núcleo InfantoJuvenil que hoje se encontra em vias de se tornar um CAPSi, funcionando, inclusive, em espaço que teria sido destinado ao CAPSad.

Por fim, além das comunidades terapêuticas, que de certo modo, se sustentam pela ausência de um CAPSad, existe em Ipatinga uma grande instituição de lógica manicomial que, dentre outros motivos, para os casos de saúde mental se mantém pela ausência de um SRT, por exemplo.

### ***5.5.1 A presença da instituição de lógica manicomial de Ipatinga: impasses para uma rede de saúde mental incompleta e para a luta antimanicomial***

Conforme relatado, acreditamos que a ausência de um SRT em Ipatinga sustenta, de certa forma, a existência de instituições que atuam numa “lógica manicomial”. Como contrapartida, a existência dessas instituições contribui para a não implantação de serviços referentes à residencialidade para os usuários da saúde mental. Dessas instituições, de acordo com relatos da sociedade civil e segundo pesquisa empreendida em site institucional, uma se destaca. Foi fundada no início dos anos de 1990 – época em que a equipe de saúde mental de Ipatinga se manifestou contrária à existência de instituições manicomiais na cidade, porém sem sucesso – e possui como mito fundador o afeto de uma senhora por uma criança com paralisia cerebral. Após adotá-la essa senhora fundou uma creche passando atender quatro crianças expandindo seus serviços, desde então. Isso, sob nossa perspectiva, a aproxima da Associação “Loucos Por Você” uma vez que foi, igualmente, o amor de uma mãe e esposa por seus familiares que sustentou sua fundação. Todavia a característica antimanicomial e libertária da “Loucos” a distancia, radicalmente, da lógica asilar e manicomial da outra instituição.

A instituição de lógica manicomial realiza suas ações em uma grande construção com considerável espaço de área verde. É socialmente conhecida como uma ONG de caráter filantrópico e, por essa razão, conta com significativo apoio da comunidade para o atendimento de pessoas com necessidades especiais. Relata-se



que pessoas da sociedade ipatinguense como professores aposentados, engenheiros, comerciantes, dentre outros cidadãos dedicam parte de seu tempo desenvolvendo trabalhos voluntários na instituição. Além disso, conta com parcerias de outras entidades da iniciativa privada e com doações financeiras da sociedade civil que pode, se assim desejar, realizar débitos em conta bancária, conforme divulgado em site institucional. Deste modo, mantém o atendimento de adolescentes e crianças em situação de vulnerabilidade, pessoas com sequela de paralisia cerebral, síndrome de Down, cegueira, idosos, com transtorno mental além daquelas consideradas social e economicamente abandonadas. Cabe aqui um parêntese: com relação às pessoas em situação de sofrimento mental grave e persistente, segundo a Associação “Loucos Por Você” o caso do usuário da rede de saúde mental ipatinguense que se envolveu em um homicídio (conforme relatado no início dessa tese) lá se encontra asilado. Fechado o parêntese, acrescentamos que a instituição realiza ações diversas como a promoção de festas, atividades circenses, artísticas, lúdico-pedagógicas etc., consideradas como forma de inclusão de seu público por contar com ampla participação popular. Além disso, oferta assistência médica e odontológica, cursos, seminários, palestras, distribui cestas básicas às famílias carentes, dentre outras ações.

Sobre os casos recebidos por essa instituição, consta em seu site que são encaminhados pelo campo da justiça, Conselho da Infância e Adolescência, por familiares e comunidade em geral. Há, também, relatos no costume popular de que algumas pessoas buscam o serviço por iniciativa própria tornando-se residentes da instituição. Enfim, sob a insígnia da proteção e integração social tal instituição sobrevive “harmonicamente” em Ipatinga, cidade que carece de serviços e ações para maioria do público atendido por essa instituição de lógica manicomial. Ora, se não há outro tipo de assistência no município e a sociedade civil se vê amparada por essa instituição sua existência está legitimada. Destarte, apesar de radicalmente antimanicomiais, não podemos dizer nada além dessa instituição uma vez que não a acessamos para uma conversa, em razão de tempo hábil para término dessa tese.

Sobre a relação da instituição de “lógica manicomial” com a rede de saúde mental ipatinguense constitui-se, ao nosso olhar, como um dos entraves para o processo de reforma psiquiátrica antimanicomial no município. Primeiro porque alguns profissionais da saúde que atuam em algumas UBS referendam o

funcionamento de instituições de lógica manicomial:

[...] as pessoas não perceberem que aquilo é um manicômio... [elas acreditam que] é uma caridade, é amor [...] fiz aqui o ano passado... [um trabalho] sobre isso: sobre a questão do manicômio de cada um [...] e a comunidade trazer que [...] é um manicômio. Perceberem saber? [...] é interessante saber!? E, às vezes, o próprio profissional aqui [na UBS] não perceber (Sujeito 9, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

O mito da desassistência caso as instituições manicomiais deixem de existir é reproduzido em Ipatinga, assim como em outras locais. Soma-se a isso a pouca efetividade dos serviços substitutivos em saúde mental ipatinguense. Isso, certamente, contribui para a sustentação de argumentos a favor dos manicômios. O desconhecimento da “lógica manicomial” e a associação do manicômio apenas à estruturas e práticas de maus-tratos, confunde o imaginário social. Tal confusão faz com que profissionais e sociedade civil percebam as instituições de “lógica manicomial”, exclusivamente, pelo seu viés caritativo e pela nobreza de seu trabalho. Ainda, no caso de Ipatinga, se não possui dispositivos na rede ampla para acolher determinados casos, a instituição de lógica manicomial os acolhe. Logo ela é desejável para obturar os hiatos da assistência ao cidadão em geral.

[...] as pessoas que demandavam que era ali que tinha um apoio, que era necessário. Mas, por outro lado, era uma resposta muito pronta à institucionalização. Porque é a primeira saída que todo mundo pensa. Porque culturalmente nós somos assim, né. [...] Então, aqui [em Ipatinga] a gente tem muito essa cultura de institucionalização. Seja asilo pra idoso, pra criança, pra doido [...] (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

A despeito de certo “desejo cultural” pelo manicômio em Ipatinga, relata-se que houve uma intervenção, a pedido do Ministério Público (MP), nessa instituição por volta do ano de 2015. O objetivo era que ela se (re)organizasse com relação ao seu público-alvo, estabelecendo uma prioridade. Isso porque, segundo relatos: “[...] qualquer coisa que a cidade não quer, tá ali né. Naquele lugar” (Sujeito 9, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Nesse cenário, a rede de saúde mental do município foi convocada pelo Ministério Público para participar da chamada “reordenação” da instituição:

[...] O Ministério Público convocou a Secretaria de Saúde, a Secretaria da Assistência Social pra fazer um diagnóstico de todos os casos [...] que tão lá dentro e responder à eles: o quê que é [da] saúde mental? O quê que é transtorno? O quê que é idoso? O quê que é adolescente? Separar tudo [...] pra poder tipo ficar enquanto o que eles quiserem ser, mas

não pode ser tudo, né?! [...] (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

A iniciativa do MP teria gerado na sociedade civil, certo sentimento de perplexidade: “[...] absurdo! Como assim acabar com [...] um trabalho tão bonito” (Sujeito 9, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Contudo com o início da intervenção por determinação da justiça a entrada de novos casos na instituição foi interdita: “[...] foi proibido de entrar qualquer pessoa, né” (Sujeito 9, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Além da rede de saúde mental, participou da intervenção a Assistência Social (representada pelo CRAS) que foi convocada pelo MP, anteriormente à saúde mental, à participar da “inspeção”. Como ação já havia encaminhado diversas crianças que lá se encontravam para outros espaços e serviços: “[...] antes tinha criança, agora que não tem mais, né. Agora é só adulto” (Sujeito 9, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Sobre as crianças parecem que, atualmente, são apenas atendidas em alguma atividade e após retornam para casa. Sobre a ação conjunta realizada quando se deu a entrada da saúde mental junto da assistência social na inspeção, relata-se:

[...] A gente avaliou paciente por paciente [...] pra ver qual é a demanda dele, porque que ele estava ali né? Se era questão neurológica, psiquiátrica, física... E a partir daí estar pensando né, repensando [para onde encaminhar] [...] Depois disso ééé fizemos contato com os familiares [...] (Sujeito 9, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Entretanto a situação permaneceu praticamente a mesma (excetuando-se o fato das crianças que foram redirecionadas à outros serviços) uma vez que a intervenção foi interrompida. Há relatos de que o forte apoio midiático local e de artistas, nacionalmente conhecidos, assim como o apoio do sistema judiciário, lideranças religiosas, familiares, comerciantes teria contribuído para que a intervenção cessasse. Cita-se, também, como consequência visível da intervenção realizada certo processo de revitalização e melhoria das condições dos alojamentos e da instituição como um todo, além do fato pouco esclarecido de que crianças não podem mais permanecer como moradoras da instituição. Aqui, levantamos a hipótese de que outra consequência de tal intervenção pode ter sido certa potencialização, ainda que indireta, do chamado CAPSi. Este ganhou, curiosamente, sede própria e se desvinculou do CliPS enquanto um Núcleo anexo à ele, na mesma época em que se relata sobre a “reordenação” da instituição de “lógica manicomial”.

Ora, se as crianças e adolescentes realmente deixaram de ser acolhidas por tal instituição, em algum lugar da cidade elas produziram demandas para atendimento e assistência.

Também conta-se que as intervenções geraram desconforto entre a instituição e a rede de saúde mental. A decisão da coordenação da saúde mental daquela época de assumir junto ao Ministério Público que sua equipe faria parte da inspeção para “reordenação” institucional a deixou numa posição delicada. Relata-se que parte da equipe teria recuado justificando que, outrora, já haviam tentado intervir e nada se resolvera. Ainda, por tratar-se de período delicado no município (atrasos salariais para os servidores municipais, dentre outras questões) a decisão da então, coordenadora de saúde mental de que sua equipe participaria da difícil missão de “auditar” a instituição de “lógica manicomial”, a despeito de solicitada pelo Ministério Público, instaurou certo mal-estar e cisão da equipe. Porém a necessidade da intervenção justificou-se sob os seguintes argumentos:

[...] Como que eu não ia fazer esse projeto [a intervenção]? Como? Se isso me incomoda desde sempre que eu tô em Ipatinga [...] como que eu vou fechar os olhos pra isso? [...] Não tive o apoio da equipe [toda]. E uma das perguntas que fizeram pra mim foi: ‘Mas por que que a gente vai ter que fazer isso?’ E eu [pensei] assim: ‘essa pessoa não consegue entender porquê? Eu vou responder o que ela tá querendo’. Falei assim: ‘[...] Porque eu, enquanto coordenadora de saúde mental, falei que a gente ia fazer’. Cê ter que usar isso no... no meio de profissionais da saúde mental? [risos] Então você vê que a reforma psiquiátrica ela é muito capenga, ela é... A questão [manicomial] tá muito enrustida [na equipe de saúde mental ipatinguense] [...] A militância, trabalhar no CAPS [...] Mas e se você não estiver nessa perspectiva toda de saúde mental? [da cidadania e do tratamento em liberdade?!] Aí a equipe se partiu. Eu entendi plenamente o descaso que... que as pessoas tiveram com esse projeto porque já tinham passado por isso antes e não tinha dado nada. [...] me avisaram que mexer nisso é mexer em marimbondo. [...] Todo mundo falou: ‘mexe nisso não!’ Mas como que eu não mexo? Primeiro porque eu fui convocada e outra que eu tenho uma responsabilidade de fazer isso... e se não for um gestor assumir como é que os colegas vão assumir? [sozinhos?] E aí a equipe partiu [...] (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

Nesse contexto a equipe que, até então, apoiava ou ao menos parecia apoiar a coordenação cindiu-se ainda mais. Pontos de vistas e posicionamentos foram se revelando numa equipe de saúde mental em que nem todos se dispunham a problematizar a instituição conhecida (porém, de modo velado) no folclore popular como o “manicômio da cidade de Ipatinga”. Isso apontou, naquela época, que os princípios da reforma psiquiátrica antimanicomial não estavam incorporados entre todos os trabalhadores da própria RAPS de Ipatinga. Após o ocorrido a coordenadora de Saúde Mental desinvestiu até ser afastada do cargo. Além do mais

o mal-estar se estendeu para a Associação “Loucos Por Você”, principal representante do movimento antimanicomial de Ipatinga. A fundadora da Associação, naquela época, participou enquanto membro do Conselho Municipal de Assistência de algumas ações da referida “reordenação” da instituição de “lógica manicomial”. Também, pelo fato da Associação posicionar-se contrariamente à instituição de “lógica manicomial” na luta pela desinstitucionalização de pessoas, sejam elas pacientes psiquiátricos ou não.

Assim se configurava, à época da investigação, a rede de saúde mental de Ipatinga: (in)completa, complexa, com poucos recursos e investimentos por parte do poder público, sinalizando para o desmonte e ataques que têm ocorrido nas políticas de saúde mental no país. Como efeito desse desmonte nacional podemos citar a defesa da ambulatorização da saúde mental, a inclusão do hospital psiquiátrico e seus leitos para internações como parte da RAPS, a previsão de financiamento para as comunidades terapêuticas, a perda de recursos para SRT (que agora passam a ter como orientação para implantação “preferencialmente” na comunidade, abrindo lacunas para que este tipo de serviço possa se vincular às instituições de intento manicomial), dentre outras mudanças que têm sido “apresentadas” para a RAPS no Brasil. Tais mudanças são nocivas para uma reforma psiquiátrica, verdadeiramente, antimanicomial no país. Ainda essas alterações na RAPS ferem a Carta de Bauru (1987), marco importante da reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira, que defende que trancar ou mesmo impor técnicas de tratamento à revelia dos sujeitos não é tratar, mas desconsiderar sua condição de cidadania, conforme preconizam a Constituição e o SUS.

Consideramos, nesse contexto, que o manicômio é a expressão não apenas de uma estrutura hospitalar psiquiátrica, mas está presente nos diversos mecanismos de opressão da sociedade; sejam as indústrias, as instituições de educação, o sistema carcerário, a discriminação e a repressão contra negros, índios, mulheres, adolescentes infratores, população LGBT, dentre outras minorias. Como oposição à lógica manicomial, optamos por manter em nossa pesquisa, na identificação das entrevistas, perguntas sobre a identidade de gênero e situação marital dos entrevistados. Isso causou certo espanto nos entrevistados que relataram estar habituados a responderem a que sexo pertenciam e não a qual se identificavam. Assim o fizemos para que desde o início das entrevistas o

posicionamento e a implkicação antimanicomial se fizessem perceptíveis, além de apontar para nossa intenção de conferir à pesquisa certo caráter reflexivo, cidadão e engajado.

Por fim, reafirmamos que a luta antimanicomial é cotidiana e se encontra nas sutilezas da convivência. Ela é política e deve ser conquistada através da defesa da democracia, dos direitos sociais e “por uma sociedade sem manicômios”, não só com relação à loucura mas, com relação a toda e qualquer diferença que constitua o tecido social. Igualmente, também acreditam os milhares de trabalhadores que nos dias 08 e 09 de dezembro de 2017 se reuniram na cidade de Bauru (30 anos depois) para reafirmarem os princípios da reforma e se posicionarem contra o desmonte da política pública de saúde mental brasileira.

No que se refere à Ipatinga os trabalhadores acreditam que seu panorama atual é, em certa parte, reflexo do cenário nacional. No entanto, acrescentamos que sua trajetória peculiar é histórica e anterior ao desmonte nacional. A rede de saúde mental ipatinguense foi, desde sempre, “psicólogo-centrada” e cindida entre a clínica e a política. Soma-se a isso a divisão entre os profissionais “mais antigos” e os “mais novos” que nos apontou para questões relativas à certa autoridade clínica e não necessariamente para práticas diferenciadas atreladas à formação em si. Tentamos ser o mais fiel e rigorosos possível no que condiz à realidade da RAPS ipatinguense para efetuarmos sua descrição e apresentarmos nossa perspectiva de análise (que não se pretende verdadeira ou falsa). Ainda, na tentativa de fidedignidade e certa reflexividade, na época da escrita sobre a rede de saúde mental de Ipatinga, estivemos com pelo menos 01 (um) profissional de cada dispositivo a fim de esclarecermos algumas dúvidas, elucidar pontos obscuros, apresentar e construir parte deste texto conferindo a ele certo caráter coletivo de construção.

## **6 O CAMPO E OS ASPECTOS DOS DISCURSOS ACERCA DA FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA ATUAÇÃO NA SAÚDE MENTAL EM IPATINGA**

Alicerçados nos textos transcritos a partir das entrevistas realizadas com os psicólogos inseridos nos diferentes dispositivos da rede de atenção à saúde mental de Ipatinga, empreendemos a análise dos aspectos do discurso acerca da formação. Nossa inspiração adveio da AD, especialmente, das contribuições de Michel Foucault (1987) para a identificação e análise dos enunciados fundamentais, concernentes às formações discursivas sobre o que pensa o psicólogo acerca de sua formação para atuação em saúde mental, em contexto de reforma psiquiátrica em construção.

Sendo o discurso o elemento da realidade social privilegiado nessa pesquisa, para realização da análise de seus aspectos ficamos atentos à literalidade do que foi dito pelos psicólogos entrevistados. Estes não foram identificados por razões éticas e por não nos interessar a identidade pessoal de quem falava, mas o que falava, como falava e quais as condições sociais de produção do dizer (Foucault, 1987). Foi fundamental a compreensão do contexto sócio-histórico em que os discursos foram produzidos pelos sujeitos/atores de pesquisa. Também, foi importante reconhecer as entrevistas empreendidas como momento de interação social no qual interferências se produziram tanto por parte do pesquisador quanto dos sujeitos entrevistados, influenciando as nossas análises. Destarte, numa perspectiva engajada o investigador se reconhece responsável pelas construções interpretativas que propõe. Isso, pois, as possibilidades de análise dos aspectos do discurso sobre a formação, produzidos pela pesquisa, são inesgotáveis e o que o pesquisador apresenta é apenas um recorte intencional. Ainda que as entrevistas tenham sido transcritas em sua literalidade, o trabalho efetuado pelo investigador na seleção dos textos e na tentativa de torná-los inteligíveis para transmitir ao leitor já possui, inevitavelmente, certa intencionalidade e orientação. Ademais, o discurso não é transparente, tampouco portador de uma verdade a ser revelada. Ele é produto e produtor das condições sociais. Assim, não se pode empreender sobre o discurso nada que o aprisione enquanto verdade absoluta (Bourdieu 2003; Minayo, 2010; Passos, 2009).

Nessa perspectiva, a pesquisa de campo na RAPS de Ipatinga levou-nos à identificação de três aspectos distintos do discurso (porém em interlocução) acerca da formação do psicólogo para atuação na saúde mental. Para melhor compreendê-los, optamos por categorizar os discursos da seguinte maneira: a) o discurso crítico acerca da universidade: a insuficiência da formação para saúde mental enquanto campo de saber e a (in)suficiência da formação para saúde mental como oposto da doença mental em uma vertente clínica; b) o discurso da formação nas redes de solidariedade: a troca de experiências entre os psicólogos como exercício formativo em ato; c) o minoritário discurso sobre a formação inventiva ancorada nas ações da vida cotidiana dos psicólogos da RAPS ipatinguense. Ressaltamos que a tipificação dos aspectos do discurso não corresponde a entidades pré-existentes no contexto estudado, mas se constitui como uma aproximação possível do que diz o psicólogo sobre sua formação para atuação em saúde mental num contexto de reforma psiquiátrica em construção. Desse modo, a tipificação dos discursos é um recurso analítico criado pelo próprio pesquisador que, juntamente com a riqueza do *corpus* produzido pelas entrevistas, de modo algum esgota outras possibilidades de análise. Tampouco, as tipologias sugeridas pelo pesquisador/analista significa que os entrevistados sejam representantes de um único tipo de discurso. Uma pessoa pode ser enunciadora de mais de um tipo de discurso, uma vez que não pode ser confundida com o sujeito do enunciado que é produzido pelo próprio discurso. O autor do discurso é produto e produtor da realidade social investigada. (Brandão, 2004; Calvino, 1998; Caregnato & Mutti, 2006; Gill, 2007; Orlandi, 2005; Passos no prelo).

Isso posto, a seguir, apresentaremos as análises dos aspectos dos discursos sobre a formação produzidos em contexto local e em interação com o campo de pesquisa.

### **6.1 O discurso crítico acerca da universidade: a insuficiência da formação para saúde mental enquanto campo de saber e a (in)suficiência da formação para saúde mental como oposto da doença mental em uma vertente clínica**



A análise dos discursos proferidos acerca da formação do psicólogo para atuação no campo da saúde mental aponta para certa insuficiência da universidade no que se refere ao preparo para lidar com as demandas que emergem no cotidiano da prática. A maioria dos entrevistados atribuiu tal insuficiência ao fato de não ter tido contato com questões referentes à saúde pública brasileira e à reforma psiquiátrica durante o curso de graduação, nos casos em que tiveram afirmaram ter sido de maneira superficial, pouco aprofundada.

Dos entrevistados que se formaram em época na qual a discussão a respeito da saúde pública e mental no Brasil era embrionária, afirmaram não ter tido nenhum contato com a questão dentro da universidade durante a graduação. Sobre isso, um deles afirma: “Jamais! Pra você ter uma ideia [...] não existia nada [...] eu não me lembro de nenhuma disciplina [...] nada de doutrina do SUS, de saúde coletiva... [...] Isso não chegava na época à universidade” (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017). Outro entrevistado completou dizendo que, durante a graduação em psicologia, não manteve contato com questões referentes à saúde pública. “Nada, absolutamente, nada. Naquela época não existia, saúde pública. Não existia saúde pública” (Sujeito 13, entrevista de pesquisa, 16 de novembro, 2017). A inexistência da saúde pública mencionada por ele refere-se à saúde pública enquanto direito de todos e dever do Estado, garantida apenas com a promulgação da Constituição em 1988 e do SUS em 1990. Igualmente, tal inexistência se refere à ausência de discussões sobre a temática dentro da universidade.

O caráter embrionário das discussões acerca das reformas (sanitária e psiquiátrica) no Brasil contribuía para que o debate não chegasse aos cursos de graduação àquela época. Quando a temática aparecia na universidade era ligada a outros espaços e não a grade curricular. Sobre esse fato, um entrevistado relatou que seu contato com a temática da saúde pública e mental na universidade se deu via professores de psicanálise que vinculados a instituições do movimento psicanalítico inseriam de forma tímida a discussão entre os acadêmicos. Contudo, iam “[...] trazendo isso pra dentro da universidade [...] como uma discussão teórica de vanguarda: ‘Olha gente! Tem um negócio chamado de saúde pública, coletiva, tem um negócio chamado SUS... Será que isso interessa pra gente ou não?’” (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017).

Mesmo aqueles formados em época na qual as reformas (sanitária e psiquiátrica) estavam instituídas no país, relataram que as discussões a respeito delas dentro da universidade foram tímidas. Afirmaram presenciar a temática da saúde pública e mental durante a formação, entretanto, criticaram a superficialidade e a exiguidade dos conteúdos. A esse respeito um dos entrevistados relatou que o que recebeu da universidade não contribuiu para sustentação da prática. “Hummm... trazia o tema da reforma. Dizia disso, porém, a cara da *práxis* mesmo ali, não! Como fazer a reforma na prática [risos], [o que] fazer com isso não! [...]” (Sujeito 8, entrevista de pesquisa, 22 de setembro, 2017). Por essa razão avaliam a formação universitária para lidar com o cotidiano de trabalho como contraproducente: “[...] eu sempre penso que foi insuficiente, pra esse... pra essa situação prática” (Sujeito 15, entrevista de pesquisa, 13 de novembro, 2017). Para os entrevistados, de maneira geral, a formação em pouco ou nada contribuiu para o exercício da profissão na saúde mental: “Acho a formação muito ruim. Ah! que eu tô baseando pela minha [...] não ajuda não. Fica aquém... [da prática]” (Sujeito 8, entrevista de pesquisa, 22 de setembro, 2017).

Apontaram, também, com criticidade para a distância entre o que acreditam ter lhes ensinado a universidade e o que o cotidiano de trabalho na saúde mental lhes exige. Assim, asseguraram que a formação acadêmica foi distante da prática. A esse respeito o entrevistado apontou que a formação oferecida pela universidade foi ilusória, pouco condizente com a realidade de seu trabalho na saúde mental:

Em alguns momentos bem... bem fantasioso, inclusive, assim. Formou nada! Nessa saúde mental que era muito simples: o caso ficou em crise, vai pra lá, vai pra cá... como se fosse uma linha muito desenhadinha, reta [...] que tava muito lindo. Não é tão simples assim, não! Tem outros atravessamentos nessa linha que sobe e que desce... que ninguém falou deles né. Assim... de desafios de casos mesmo. Tem outras coisas que atravessa, que não é só encaminhar que vai descer e vai voltar, não. [...] tá em crise vai pro CAPS. Sai da crise vem pro posto. Não é tão linear assim. Eu acho que envolve muito mais questões [...] não acho que é tão simples como foi colocado na graduação não” (Sujeito 8, entrevista de pesquisa, 22 de setembro, 2017).

Além de criticarem a incongruência entre o que se ensina nas universidades e a realidade dos serviços em que atuavam, apontaram que a linearidade com que as questões referentes à reforma psiquiátrica foram tratadas no contexto acadêmico desconsiderava a complexidade daquilo que precisavam enfrentar cotidianamente na prática profissional. Isso nos apontou para o afastamento entre teoria e prática.

Igualmente, acrescentaram que as poucas disciplinas e discussões em torno da temática da saúde mental foram tratadas superficialmente: “[...] eu tive uma... uma disciplina de saúde mental. Foi muito superficial. Mais assim, eu estudei história né da reforma psiquiátrica. [...] vi um pouquinho o quê que é o SUS, assim... uma coisa muito superficial né!” (Sujeito 11, entrevista de pesquisa, 18 de outubro, 2017).

Nesse panorama, não negam que lhes foi ofertado alguns conteúdos da saúde mental na universidade, contudo, de uma forma inócua ou pouco eficaz para o trabalho. Em contrapartida, houve entrevistados que relataram não ter visto na universidade nada a respeito das políticas públicas de saúde, em especial sobre a reforma psiquiátrica, nem mesmo incipientemente. Com relação a isso, emblemáticos foram os casos em que a formação universitária se deu em período no qual a reforma já se encontrava materializada nos serviços substitutivos em Belo Horizonte, por exemplo, e em outros municípios brasileiros. Nessa conjuntura, alguns ironizaram a formação: “[...] Ôh gente! Se falou da reforma psiquiátrica, eu faltei no dia. Porque eu não me lembro disso [risos]. [...] Na minha época de faculdade eu nunca tinha ouvido... assim, eu fui saber de reforma psiquiátrica bem depois, sabe?” (Sujeito 18, entrevista de pesquisa, 20 de novembro, 2017). Com relação ao SUS, o entrevistado completou: “Eu fui saber de SUS quando eu fui estudar pra concurso. Aquele negócio da Lei 8.080... Quando eu fui estudar pra concurso. [...] Nó! Nem sabia que isso existia” (Sujeito 18, entrevista de pesquisa, 20 de novembro, 2017). Deste modo, ignorando a existência da reforma psiquiátrica e do SUS na graduação, não associaram diretamente suas práticas atuais na saúde mental ao que acreditavam ter recebido da universidade. Com relação a isso outro entrevistado completou: “[...] eu não posso dizer que hoje a minha atuação na saúde mental foi a... graças à faculdade, não. Eu acho que, inclusive, a faculdade tenha me ajudado muito pouco nesse sentido [...]” (Sujeito 11, entrevista de pesquisa, 18 de outubro, 2017). No que se refere a ter recebido pouco da universidade para a atuação profissional na saúde pública e mental, um dos entrevistados narrou ter constatado a insuficiência de sua formação ao realizar prova para concurso público:

[...] fiz a prova e não sabia nada de saúde pública. Aí, depois que eu fui né, um fracasso nessa prova de saúde pública... [Porque] eu fui bem em português, fui bem em psicologia, mas em saúde pública não! E aí eu fiz um cursinho de saúde pública. E aí fiz um cursinho específico para o concurso [...] (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017).

Cabe ressaltar que para grande parte dos entrevistados, de certo modo, a universidade ofertou conteúdos da saúde pública e mental. Portanto, podemos refletir, aos moldes freirianos, sobre o que fizeram com aquilo que a universidade lhes ofertou, ainda que considerassem pouco. A maioria dos entrevistados não negou ter recebido tais conteúdos da universidade, apenas sinalizaram que foi incipiente no que se refere à complexidade do campo da saúde mental. Acrescentaram, ainda, que o conteúdo recebido durante a formação acadêmica, no que diz respeito à política de saúde mental, se deu marginalmente (disciplinas fora da grade curricular instituída) nas universidades em que se formaram, levando-os a uma formação deficitária: “No sentido de não ter nenhuma disciplina é... formal, vamos dizer assim, sobre saúde mental. Nenhuma” (Sujeito 7, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). A inserção marginal dos conteúdos referentes à saúde pública e mental dentro das universidades foi sinalizada e problematizada por grande parte dos entrevistados, conforme sinalizou um desses entrevistados:

Era uma outra disciplina e eu não sei porquê teve um módulo de saúde pública. A gente teve uma noção do quê que era o SUS, de... o quê que era a saúde mental. [...] tive isso de contato na minha faculdade. Porque fora isso, assim... [nada] além de psicopatologia, né (Sujeito 7, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

As temáticas do SUS e da saúde mental apareceram dentro de uma disciplina geral que abordou em um módulo a saúde pública não tendo, portanto, um espaço prioritário para elas no currículo acadêmico. No entanto a psicopatologia apareceu como contato principal e em alguns casos único com a saúde mental.

Ainda, sobre a ausência de disciplinas específicas e/ou discussões acerca da saúde pública e mental no espaço acadêmico, relataram que o contato com a reforma psiquiátrica se deu por iniciativa própria. “Na época, eu tive uma experiência com a saúde mental porque eu busquei um estágio extracurricular... no CAPS né” (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Igualmente, dessas iniciativas próprias, relataram que na graduação ouviram falar algo sobre o assunto a partir de pesquisas de professores, engajados com a saúde pública e mental:

Aí, foi que eu fiquei sabendo da pesquisa [...] Aí eu tive contato [...] quando a gente iniciou a pesquisa [...] eu fazia perguntas assim... [...] Como é que vai fazer? Aquele paciente que é crônico... e ele vai dar crise... Eu perguntava isso [...] Como faz [risos] com o paciente que é

assim? [...] 'vai estudar! Vai estudar que tem essa lei assim, assim'. Aí que eu comecei a buscar por conta própria (Sujeito 7, 24 de outubro, 2017).

A fala dos entrevistados nos sinaliza para a secundariedade destinada à temática da saúde mental nos cursos de psicologia. Demonstra, também, que a saúde mental possui certa condição na universidade: o desejo e iniciativas próprias de alguns professores e alunos. Também aponta para o despreparo com relação à temática a ponto de um dos entrevistados sentir-se envergonhado, com as perguntas que endereçou ao professor coordenador da pesquisa no campo da saúde mental, naquela época. Suas perguntas, igualmente, apontaram para a incipiência da discussão sobre a saúde mental enquanto política e não correlata à psicopatologia dentro da universidade. Nessa conjuntura, teceram críticas ao fato de que as disciplinas sobre saúde mental apareciam para eles como opção e não como parte da grade curricular do curso de psicologia, conforme assinalou outro entrevistado: “Eu não tive, no currículo [...] Foi muito depois, na hora das optativas [...]” (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

Diante do exposto, não raramente, no discurso dos entrevistados é a psicopatologia que aparece associada à saúde mental. Parece que a psicopatologia teria compensado, de certo modo, a ausência de outras disciplinas e discussões em torno da saúde pública e mental durante a formação. Assim sendo, a saúde mental parece concebida como oposto da doença mental e não como um campo de saber ou uma política de assistência em saúde. De modo compensatório, ao discorrer sobre saúde mental, um dos entrevistados diz que na ausência de outros saberes acerca desse campo: “Tinha um curso de psicopatologia. [...] num hospital psiquiátrico eu fiz, tive algumas aulas [...] na psicopatologia” (Sujeito 13, entrevista de pesquisa, 16 de novembro, 2017). As aulas teóricas de psicopatologia e sua correlata prática no hospital psiquiátrico aparecem no discurso de todos os entrevistados como o que lhe ofereceu a universidade com relação à saúde mental.

O contato precípuo com as questões da saúde mental se deu pelo viés teórico-prático da psicopatologia. Tanto aqueles que se graduaram anteriormente à implantação da reforma psiquiátrica quanto os que se graduaram com essa reforma já implantada no país, tiveram como experiência fundamental com a saúde mental, a teoria e a prática de psicopatologia no espaço asilar que a reforma visa superar. Ao

que tudo indica, isso se constitui como uma característica marcante na formação dos psicólogos da RAPS de Ipatinga e produz neles certo paradoxo acerca desse aspecto da formação ancorada na psicopatologia. Acreditam ter tido uma formação para saúde mental associando-a à psicopatologia: “Da saúde mental sim, que a gente faz psicopatologia. Faz umas aulas no... no hospital Raul Soares. Faz umas entrevistas bem direcionadas. Não o dia a dia no hospital psiquiátrico, também, não!” (Sujeito 2, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Por outro lado, acreditam que essa formação não foi suficiente, como veremos mais à frente.

No caso do entrevistado acima, ao relatar que não experienciou o dia a dia no hospital psiquiátrico, mas apenas participou de algumas aulas de psicopatologia pareceu-nos associar paradoxalmente o fato de não experimentar o cotidiano de um hospício como uma das lacunas em sua formação no sentido de que participar de apenas algumas aulas e “entrevistas direcionadas” no espaço asilar foi insuficiente. Logo, um contato mais aprofundado seria suficiente ou formador? Nessa perspectiva, outro entrevistado relatou que o contato com a doença mental dentro do manicômio (mesmo que não diariamente) conferiu certa potência para a formação. Ora, se a universidade não os formou para saúde mental enquanto campo de saber e uma política pública de saúde, ofereceu a eles vasto conhecimento no que se refere à doença e sua condução clínica dentro do hospital. A esse respeito o entrevistado acredita ter saído da universidade como uma formação suficiente para atuação na saúde mental, conforme relatou:

Na faculdade eu tive um percurso grande na saúde mental. [...] eu fiz quando a gente começou a ter aula prática [de psicopatologia] no Raul. Eu continuei lá. Ééé aí eu fiquei como estágio voluntário. Eu e uma colega. A gente ficou no Raul três anos de estágio voluntário, duas vezes por semana, na oficina do hospital-dia. [...] Eu saí pura saúde mental (Sujeito 5, entrevista de pesquisa, 30 de outubro, 2017).

As aulas práticas de psicopatologia e a passagem pelo manicômio são associadas pelo entrevistado à um grande percurso para atuação em saúde mental. Sair “pura saúde mental” da universidade pareceu-nos equivaler a sair formado, preparado para o enfrentamento das práticas cotidianas nos serviços de assistência à saúde mental. Nesse sentido, estar preparado para atuar em saúde mental pareceu-nos equivaler a ter conhecimentos em psicopatologia e à condução da doença mental. Assim, acreditavam que a disciplina de psicopatologia lhes ofertou

conhecimentos sobre as doenças mentais, fundamental para condução dos casos nos serviços. Porém, há que se considerar que as práticas efetivadas no Hospital Raul Soares eram inovadoras para a época. O primeiro Centro de Convivência de Belo Horizonte nasceu das práticas no Raul Soares, as oficinas, o funcionamento do hospital-dia era de fato novo naquela época.

Entretanto apesar da psicopatologia ter, de certo modo, lhes preparado para a prática profissional tecem críticas a essa formação focada na clínica psicopatológica. A esse respeito, outro entrevistado salientou:

[...] as aulas de psicopatologia. Elas eram muito sedutoras né. Foi nessa época que a gente foi ao Galba Veloso, fomos ao Raul Soares... [hospitais psiquiátricos] [...] No Raul Soares era meio que um atendimento. Nem sei se [hoje] posso dizer que aquilo era um atendimento. Era mais assim pra conhecer o paciente, ver o que rolava ali dentro [...] E no Galba, eram essas entrevistas naquelas salas grandonas [apresentação de pacientes] (Sujeito 18, entrevista de pesquisa, 20 de novembro, 2017).

As aulas de psicopatologia e as tradicionais apresentações de pacientes ofertadas pela formação universitária causavam certo deslumbramento. Todavia, para o entrevistado, hoje em dia elas são colocadas sob reflexão e crítica não podendo-se afirmar delas que se tratavam de um atendimento, de uma assistência em saúde mental. Também, teceram críticas com relação a formação ter prioritariamente se assentado no ensino da psicopatologia e na prática dentro do espaço asilar que a reforma visa superar. Por essa razão a maioria relatou que o conhecimento acerca da saúde mental e dos serviços substitutivos aos manicômios se construiu após a formação universitária, conforme ilustra a afirmação de outro entrevistado “[...] Se eu ouvi falar CERSAM, que é né!? O hospital psiquiátrico de Belo Horizonte, [foi] depois que eu tava aqui” (Sujeito 2, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Interessante que ao criticar a formação recebida e sinalizar que só tomou conhecimento das questões reformistas após sair da universidade, o entrevistado referiu-se a um serviço substitutivo confundindo tal equipamento de assistência à saúde mental com o hospital psiquiátrico. A nosso ver isso aponta para uma formação enraizada ao espaço manicomial, uma formação que associou desde sempre a saúde mental à psicopatologia, à condução clínica das doenças mentais.

A crítica com relação à insuficiência da formação universitária para atuação no campo da saúde mental é uma característica marcante entre todos psicólogos da

RAPS de Ipatinga. Porém, se não formou em seu aspecto político, formou em âmbito clínico (tendo umas das vias a disciplina de psicopatologia). Assim, podemos afirmar que a formação dos psicólogos que atuam nos serviços públicos de saúde mental ipatinguense, oscila entre certa suficiência por um lado e insuficiência por outro, conforme apontou um dos entrevistados:

Eu acho que na graduação não contemplou, praticamente, nada de saúde mental. Me lembro de poucas coisas assim, né. Igual, quando você me perguntou o quê que você estudou lá que te ajudou... acho que foi psicopatologia, as questões da clínica mesmo [...] que me ajudam até hoje. Mas, de formação em serviços públicos... essa dimensão do público, de como é trabalhado isso, de que como é trabalhado na saúde mental, acho que muito pouco pra quase nada (Sujeito 3, entrevista de pesquisa, 16 de novembro, 2017).

A universidade ofertou aos psicólogos da RAPS de Ipatinga a clínica psicopatológica na qualidade de formação para atuação em saúde mental enquanto a política pública de saúde mental foi ausente ou inconsistente no espaço acadêmico, conforme observado em relatos mencionados anteriormente.

Sobre o paradoxo em torno da formação em psicopatologia podemos afirmar que ora apareceu de modo compensatório, associada à experiência clínica (em especial a psicanalítica), dando certo tom para a formação em saúde mental através do estudo e condução das doenças mentais, e ora apareceu como insuficiente nas críticas dos psicólogos.

Ali a gente via aquele esquemazinho de sentar... ai chamava, buscava um paciente... onde que faziam os diagnósticos e a gente assistia a entrevista do professor com o paciente, né!? [...] E paciente circulando, babando, aquela coisa sem vida né!? Opressora. Então, eu tive assim um contato com um manicômio. [...] Aí tá! Ninguém nessa... em psicopatologia, quando a gente teve essa disciplina ninguém nunca falou sobre reforma psiquiátrica. [...] lembro que tinha outra professora da área de hospitalar que falava assim que esse modelo era desassistência, né (Sujeito 7, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

O caráter manicomial, opressor e violento dessa prática de entrevista com pacientes sustentada pela clínica psicopatológica e centrada no hospital psiquiátrico foi impeditiva para o conhecimento de outros modos de cuidado, em especial no que se refere à ideologia reformista de um tratamento humanizado e em liberdade. Ainda ideias contra-reformistas circulando na academia acusavam a reforma psiquiátrica brasileira de produzir desassistência. Nesse viés de crítica a uma formação assentada na psicopatologia se ressentem e censuram o fato da universidade ter



lhes ofertado, majoritariamente, uma “formação manicomial” centrada no saber/poder médico-psiquiátrico para atuação em saúde mental conforme afirmou o entrevistado.

Importante é que, a despeito do caráter crítico dos discursos sobre essa formação associada à psicopatologia e das experiências individuais com o manicômio, a formação acadêmica passou por ele despertando sentimentos contraditórios: ora a universidade é formadora para atuação em saúde mental correlata ao adoecimento e ora é insuficiente para a prática em saúde mental, justamente por ter priorizado o estudo das doenças mentais dentro dos hospícios. A formação centrada na psicopatologia foi alvo de críticas e, também, de reconhecimento

[...] então, foram professores excelentes. Mas, muito daquilo é... a clínica com a psicose. A questão ééé... num viés, numa abordagem muito psiquiátrica mesmo. A gente atendendo os pacientes ali dentro do... do hospício né. No Raul é aquelas entrevistas [apresentação de pacientes] né assistidas ali que não tinha devolutiva nenhuma pro paciente. É uma coisa que eu e uma colega criticamos bastante [...] (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro de 2017).

No tocante à clínica, todos os entrevistados afirmaram que a formação recebida na graduação em psicologia foi essencialmente clínica tradicional se comparada a outros modos de abordagens do sofrimento humano: “[...] dentro da faculdade é praticamente clínica assim [...]” (Sujeito 11, entrevista de pesquisa, 18 de outubro, 2017).

Acrescentaram, também, em relação ao aspecto dual e privatista da formação clínica que esta contribui para manter a crença na prática liberal do psicólogo em detrimento de outras possibilidades de atuação. Assim adicionaram:

Eu acho que era só consultório. Era uma coisa mais de consultório. De que consultório era tudo. Não pensava nem em concurso! Eu falo que na época não tinha essa ideia de estudar pra fazer concurso não. Que concurso era uma coisa interessante... que podia ser um emprego no serviço público. Por isso que eu te falo: eu acho que o público aparecia tão pouco, o SUS aparecia tão pouco na minha formação que a gente não pensava nem em concurso (Sujeito 3, entrevista de pesquisa, 16 de novembro, 2017).

A essa característica clínica da formação, a maioria dos psicólogos entrevistados (principalmente os lotados nas UBS) atribuiu os desafios para a

atuação na política pública de saúde mental no que se refere à incoerência e pouca efetividade de uma formação hegemonicamente clínica para lidar com as demandas da reforma psiquiátrica, conforme apontou um dos entrevistados:

[...] porque toda formação que a gente tem em clínica, por exemplo, a formação clínica de faculdade ela é insuficiente pra isso [para os desafios da prática] sabe!? [...] Porque eu acho que a faculdade [...] ainda é muito consultório. Muitos colegas nossos saíram e abriram consultórios, assim, sabe!? [...] eu vi isso muito forte ainda. [...] eu não sei como é que tá hoje. Eu não sei. Era muito... [clínica] (Sujeito 15, entrevista de pesquisa, 13 de novembro, 2017).

Se, por um lado, essa formação clínica que acreditam ter recebido contribui pouco para enfrentar os desafios na saúde mental, por outro, os ajuda a lidar com um sujeito interiorizado. Ela contribuiria de acordo com um dos entrevistados para “[...] escutar o quê o outro tem pra te dizer né. [Isso] Acho que a faculdade me deu. [...] agora o leão que eu ia matar todo dia aqui [na saúde mental] nem de longe”. (Sujeito 11, entrevista de pesquisa, 18 de outubro, 2017). Aqui, se produziria outro paradoxo com relação à formação clínica recebida, potente para as questões do sujeito (interiorizado) e impotente para as demandas complexas da saúde mental no sentido de assistir às pessoas em situação de sofrimento mental grave e persistente numa perspectiva integral.

Dessa formação clínica recebida, destacou-se o viés psicanalítico. Igualmente, com certo tom compensatório essa clínica viria obturar as lacunas deixadas pela formação no que se refere ao contato com a saúde mental, enquanto política pública de saúde:

Apesar da gente não ter a... prática específica [com a saúde mental] lá na formação né. A gente tinha algumas disciplinas que davam é... falavam pra gente sobre a questão da estrutura. Mas, a gente não tinha a prática de lidar, ali, com [...] a questão do transtorno [...] a reação ali de cada estrutura (Sujeito 10, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017).

A esse respeito estrutural do sujeito (neurose, psicose e perversão) como estratégia para lidar com a condução dos casos clínicos da saúde mental, parte expressiva dos psicólogos entrevistados relatou ter aprendido com a psicanálise: “Eu me formei melhor na questão teórica da psicose né, da estrutura pelo viés da psicanálise” (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017). Assim, associaram a prática em saúde mental à formação psicanalítica que receberam no

que diz respeito ao acompanhamento singular dos casos. “[...] Dentro da própria psicanálise também, essa questão da singularidade aí né. Essa relação do sujeito também, que eu acho que é algo muito... é uma contribuição muito importante no [para o] campo da saúde mental” (Sujeito 14, entrevista de pesquisa, 08 de novembro, 2017). Além disso, a formação psicanalítica junto à psicopatologia contribuiria para a condução dos casos clínicos em saúde mental, principalmente, na realização das

[...] construções diagnósticas né, que a gente estudava das estruturas, da psicopatologia... Eu acho que isso dá sim embasamento pra, pra nortear o que é urgência ou não né. [...] isso a gente estuda muito na faculdade né, de saber o que é um psicótico [...]. Eu acho que isso a formação me ajudou (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Por fim, num movimento pendular, parte dos psicólogos (em especial os lotados nas UBS) acreditam também que a ênfase na lógica clínica individual contribuiu para que a formação para atuação na saúde mental se tornasse insuficiente pois, receberam da academia apenas conhecimentos acerca do diagnóstico, da condução clínica dos casos em detrimento de uma discussão mais ampliada em torno da saúde mental. Assim sendo, um dos entrevistados relatou que recebeu em sua graduação:

[...] teoria enquanto diagnóstico né, a clínica, o atendimento né. Mas, isso que é aqui do social... não vou nem dizer do social, isso que a família traz, a questão de querer a internação... não era algo que lá eu lembro de ter discutido isso não (Sujeito 5, entrevista de pesquisa, 30 de outubro, 2017).

## **6.2 O discurso da formação nas redes de solidariedade: a troca de experiências entre psicólogos como exercício formativo em ato**

Diante de relatos que apontam para certa “insuficiência” da formação acadêmica para lidar com as questões da saúde mental, fica evidente que para os psicólogos atuantes na RAPS de Ipatinga a formação se deu no cotidiano de trabalho. A esse respeito, relatam que o contato com a realidade da saúde mental, enquanto uma política de pública de saúde constituiu-se como formadora. Foi pela via da experiência que a formação se deu: “Então, foi assim, é... Eu aprendi o trabalho que eu faço, do jeito que eu faço hoje, fazendo! Fazendo!” (Sujeito 8,

entrevista de pesquisa, 22 de setembro, 2017). Apesar de reconhecerem a importância da formação acadêmica, constatada nos próprios discursos acerca de sua “insuficiência”, no que se refere à saúde mental revelam a importância do aprendizado na própria experiência de trabalho como formadora:

[...] eu vejo assim a... a formação é uma base né. Mas, quando a gente chega na prática é que a gente realmente vai [aprender] [...] na prática é que vai surgindo as coisas diferentes pra gente, que vai surgindo casos e, às vezes, tem casos que são muito complicados (Sujeito 16, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017).

Ao relatarem sobre a complexidade dos casos com os quais lidam cotidianamente, reconhecem que a vivência das realidades locais também é formadora. “[...] Então eu acho que assim, quando você pergunta: o quê que cês fazem pra poder construir um trabalho, né coerente? É no despertar do dia a dia né... no micro, no individual” (Sujeito 7, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Ainda, sobre a construção cotidiana em ato para o acompanhamento de casos complexos, um entrevistado exemplifica:

[...] agora nesse tempo de ausência de psiquiatra na rede [...] tem casos de paciente resistente à medicação e assim com a prescrição muito antiga que o médico não sabia direito [...] prescrever né. [...] [Existem casos] da gente ter que ir na casa do paciente convencê-lo a fazer a medicação. [...] até a enfermagem perguntar assim: ‘mas e aí o quê que eu dou’, sabe? ‘Mas e aí toma haldol’. ‘Num sei, já vi o psiquiatra uma vez prescrever haldol por questão de peso’. [...] e a gente ter que tentar de alguma forma manejar essa medicação [...] a gente tinha acionado a polícia pra fazer uma contenção e demorou tanto que a gente desistiu e entrou na casa do paciente [...]. Até a abordagem [...] foi inusitada nesse sentido desses arranjos que a gente tem que fazer né, na saúde mental o tempo todo. De ter que vencer colega fazer, de ter que se arriscar em alguns momentos [...] um trem muito doido assim [...] Um medicamento, eu virar pra pessoa e falar assim: [risos] ‘aqui ôh! uma vez no matriciamento o psiquiatra perguntou o peso do paciente pra poder delimitar o quanto de haldol que ele ia tomar. Ele falou que era mais ou menos pelo peso. Então acho que a gente pode ir por esse caminho’ [também]. Deu certo [risos]. [...] É quantas miligramas é, né? E a médica não sabia qual que era [risos] aí falei assim: ‘vai! A gente pode tentar por aí’ [risos]. [...] E olha que responsabilidade! E é uma questão ética, inclusive, das coisas que a gente assume (Sujeito 11, entrevista de pesquisa, 18 de outubro, 2017).

Dessa formação em ato, acrescentam que é fruto da construção diária, processual no próprio serviço. Assim, sempre que os entrevistados relataram algo em que foi preciso algum manejo especial, completaram que aprenderam na prática. Com relação a isso um deles sinaliza: “Mas isso foi no dia a dia... aprendi aqui” (Sujeito 2, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Nesse sentido, os psicólogos da RAPS de Ipatinga concebem a formação como um processo. Apesar de buscarem se especializar na tentativa de obturar a lacuna que acreditam ter ficado da graduação em psicologia, afiançam que a formação se construiria, igualmente, na prática cotidiana:

Olha! Acho que dia a dia. Justamente porque o quê que vai te aparecer ali... [na prática] que o paciente vai tá te trazendo [...] compreender como é esse cara, que é essa situação assim, assado. Acho que isso aí vai fazer a gente se movimentar pra fazer a formação. É sempre um processo. Não tem como a gente falar eu tô formado, né. Assim, eu fiz o curso de especialista e tal, mas, o dia a dia ali eu acho que é fundamental [para minha formação] (Sujeito 10, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017).

Como um processo que ultrapassa a educação formal, tornar-se um psicólogo para trabalhar na saúde mental requer contato com a realidade e desprender-se de certo ideal de formação pronta e acabada, transmitida pela academia, apesar de não poder dela prescindir. Por conseguinte, um dos entrevistados descreve:

A minha formação foi muito na militância, nos movimentos sociais, nas experiências, no trabalho, no fazer. Aquele negócio, você se forma na luta [diária do trabalho], sabe. Não tem isso: você se capacitar [antes] pra depois fazer, sabe. É um ideal que as pessoas não largam disso. Eu não sei se é um certo comodismo, uma expectativa. É um ideal né!? É um ideal mesmo, propriamente dito. Então você acha que vai se formar, alguém vai vir te ensinar e vai aprender e aplicar. Ôh! beleza de [abordagem] Comportamental [risos]. É porque é o ideal né, que as pessoas acreditam. Mas não é não. [...] Só tem que de fato, eu acho que algumas informações são necessárias. Quem vai sem ser apresentado? [à prática sem a formação teórica da academia sobre a saúde mental] E eu acho que isso falta. Falta na faculdade e falta também na... [prática] (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

Assim, ao apontarem para uma formação processual e em ato, construída no dia a dia, assinalam que esta não prescinde da academia. Entretanto, uma formação para saúde mental não se sustentaria, apenas, nas (in)formações acadêmicas o que faria dela mera idealização.

Sobre a necessidade de se ter algum conhecimento ofertado pela academia ou pelos serviços para o início da prática profissional, os psicólogos afirmaram que ao ingressarem no serviço público em Ipatinga não havia uma orientação acerca do trabalho a ser desenvolvido. Isso teria, de certo modo, dado início às experiências formativas sustentadas na troca e no contato com o outro na RAPS do município, conforme é ilustrativo o relato de um deles:

Eu cheguei. Vou falar na real né. Eu cheguei: [risos] ‘olha só! Você vai pra tal lugar’. [...] ‘E aí você vai trabalhar com saúde mental’. Foi assim [risos]. Foi desse jeito. Isso: ‘E aí você chega lá, você vai fazer tudo que envolve isso’. Tudo que envolve isso? Não sabia o quê que era... quê que era envolver isso? (Sujeito 8, entrevista de pesquisa, 22 de setembro, 2017).

Frente a certo despreparo sugeriu-se a observação da prática dos colegas psicólogos que já compunham a rede de saúde mental, afim de que os novatos compreendessem o trabalho que era desenvolvido:

Então, o que você faz pra você entender um pouco: ‘passa um dia e tenta você, marcar um dia com as psicólogas que já atendem pra você saber como que é. As que você conseguir, os telefones são esses aqui’. E as que eu consegui agendar, eu fui (Sujeito 8, entrevista de pesquisa, 22 de setembro, 2017).

Desse experimento, acrescenta:

Eu passei por três colegas [...] foi o contato que eu tive com o... com o que era o... de como era o fazer né, que até então eu não tinha. [...] Aí eu conheci do quê que era o formato. Aí eu vi que eles acolhiam os casos, atendiam, faziam atendimentos. E conheci um pouco dos encaminhamentos que eram feitos. [...] aí eu fui ver os movimentos, como que faziam. [...] Nessas vivências que eu fui nessas três colegas né, nesses contatos que fiz aí eu vi o que elas faziam. Eu vi que uma tinha oficina terapêutica, aí eu vi que faziam acolhimento, aí eu vi que tinha atendimento, aí eu vi como funcionavam os atendimentos, os encaminhamentos pra outros colegas e outros serviços (Sujeito 8, entrevista de pesquisa, 22 de setembro, 2017).

Essa “solução” de observar a prática do colega para o enfrentamento de certo despreparo dos psicólogos que chegavam à rede de saúde mental ipatinguense se estruturou como espécie de estágio. O objetivo era que a observação (estágio) se tornasse uma prática estendida à todos os novatos dos serviços que compõe a RAPS de Ipatinga. Isso teria se dado, de acordo com um dos entrevistados, “[...] pra organizar melhor a passagem do... [estágio] tipo isso de observação” (Sujeito 8, entrevista de pesquisa, 22 de novembro, 2017). Assim, instituiu-se em Ipatinga a proposta de que todo psicólogo que chegasse para trabalhar na RAPS realizaria essa espécie de estágio junto dos colegas que estivessem na rede há mais tempo:

[...] a proposta era de todo o colega novo que chegava, o primeiro momento se chegava na unidade de saúde, fazia [também, num segundo momento] um percurso de passar uma temporada no CAPS pra ver, participar da atividade ali do CAPS. Não chegava trabalhando direto [...] ficava um tempo com a [cita uma colega de trabalho] pra acompanhar a atividade uns dois dias lá. Depois, conhecia as unidades todas pra ver como é que era a lógica de funcionamento. [...] era um intercâmbio [...] tipo um intercâmbio pra conhecer né. Uma apresentação digamos assim (Sujeito 14, entrevista de pesquisa, 08 de novembro, 2017).

De tal modo, esse intercâmbio inicial configurou a observação e a troca de experiências entre colegas como exercício formativo em ato para os psicólogos que atuam na RAPS de Ipatinga. Os colegas tornaram-se formadores uns dos outros até a atualidade, conforme percebemos em um dos relatos: “Os meus próprios colegas hoje em dia, acabam sendo muita fonte assim, né. [...] discutir casos, pensar em intervenção [...] com o próprio colega mesmo. A gente vai desenhando, conversando pela prática deles mesmos” (Sujeito 8, entrevista de pesquisa, 22 de setembro, 2017). De uma experiência realizada com a chegada de novos profissionais a partir de concurso público que, por sua vez, ampliou a RAPS de Ipatinga, a observação e a troca de experiências se fortaleceram a partir dos laços de colaboração e solidariedade firmada entre os colegas até a atualidade. Solidário por não estar instituído e depender da disponibilidade e investimento de cada profissional uns para com os outros.

Extrapolando a espécie de “estágio inicial”, amparar-se na prática e solidariedade dos colegas tornou-se uma marca importante para a formação dos psicólogos que atuam nos serviços públicos de saúde mental em Ipatinga. Relataram que cotidianamente trocar experiências com os colegas os prepara para lidar com o trabalho:

[...] nesse poder conversar, nesse sentar pra tomar um café e vai com o prontuário na mão e o outro te escuta e te... e te ajuda. [...] ‘Tá difícil isso? Vão marcar pra gente atender junto?’ ‘Qual o horário que eu vou atender junto com você?’ [...] o outro disponibiliza a tá junto. Então, é nessa troca aí que eu acho que a... [formação se dá] eu falei observando, na verdade não é só observando passivamente, [é] trabalhando junto mesmo (Sujeito 2, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Nessa estratégia formativa dos psicólogos da RAPS de Ipatinga, alguns colegas se destacam dispendo-se, num ato solidário, a partilhar com os demais sua experiência.

Igual a gente aqui, aprendo muito com [cita um colega de trabalho], com todo jeito dele. Coisas que eu concordo e não concordo sabe!? Acho legal isso! [...] Sempre que eu precisava eu sentia que ele me dava suporte. Me dava uma ideia. [...] acho que isso aí foi me formando, né (Sujeito 3, entrevista de pesquisa, 16 de novembro, 2017).

Acrescentaram, ainda, com relação a formação para saúde mental se concretizar no compartilhamento de experiências com o outro:

Porque uma coisa que eu aprendi muito com [cita outro colega] do olhar com o paciente e, principalmente, do meu olhar enquanto psicóloga aqui, eu não ser um manicômio, né. Eu não ser uma profissional que vou aqui prendendo ele [o usuário] dentro da sala aqui, né. Então assim... eu trabalho, eu tento estar mudando o meu olhar pra isso sabe!? Eu não ficar tendo uma visão manicomial (Sujeito 9, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Completa ainda que a partir dessa mudança de perspectiva propiciada pela troca de experiência com um colega psicólogo tem trabalhado com familiares de pessoas em situação de sofrimento mental grave e persistente e com outros profissionais da saúde acerca do manicômio mental a fim de garantir o tratamento integral, a liberdade, a circulação e a inclusão social das pessoas atendidas na RAPS de Ipatinga, segundo os preceitos da reforma psiquiátrica.

[...] às vezes meus colegas de trabalho, a própria família eles acham que manicômio é só estar numa instituição fechada. E muitas vezes, igual essa própria mãe que me procurou na semana passada né, falou que o filho está dopado. Ela está fazendo um manicômio dentro de casa né, e num percebe né!? Ah! Não eu tô cuidado do meu filho com carinho, amor. Não, que bom! Melhor que tá com ela [do que numa instituição manicomial]. Mas é trabalhar, mudar essa visão mesmo sabe!? Da família né. Aqui, igual quando o paciente vem pra cá pra unidade. Ah! fulano tá vindo pra cá, tá incomodando muito, muito né, tem que ficar em casa. [Ela responde] Ele num tem que ficar em casa não. Ele tem que ficar na rua, onde ele quiser né. Então assim, é muito difícil eu mudar a visão das pessoas, da sociedade e dos colegas de trabalho né. De enfermeiro, técnico de enfermagem, de médico né. Eles têm essa percepção, que paciente da saúde mental num tem que ficar circulando o tempo todo, num tem que ficar nos lugares né. Isso incomoda né!? Chega paciente mais alterado aqui na unidade: paciente é da [se auto referencia]. Paciente é meu? Paciente é nosso né. É de todo mundo, né (Sujeito 9, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

A nosso olhar, isso confirma a potência da troca de experiências enquanto estratégia formativa para atuação do psicólogo na saúde mental em Ipatinga. Cabe ressaltar que esse tipo de formação baseada na troca de conhecimentos expande-se através do contato com psicólogos e outros profissionais que trabalham em dispositivos diversos ou mesmo distintos da saúde mental. Discutir com os colegas da rede ampla e da própria saúde mental contribui para o aprendizado para a prática profissional na saúde mental, conforme apontou o entrevistado:

[...] discuto com os colegas né. Vou no CAPSi, converso com as meninas lá. A própria [cita uma colega] aqui que é psicóloga do NASF, a gente está sempre conversando [...] pra poder estar pensando, construindo. Vou no CRAS também conversar com as meninas porque tem uma questão social [...]. E tem a [cita outra colega] também, que é T.O [terapeuta ocupacional] do NASF. Ela tem uma experiência muito grande em saúde mental (Sujeito 9, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).



Além da formação solidária a partir da troca de experiência com aqueles que possuem maior trajetória na saúde mental, evidenciou-se certa lógica intersetorial e transdisciplinar nessa formação. Novamente, é ilustrativo a respeito da troca solidária de conhecimentos o relato que se segue:

[...] fiz uma capacitação virtual pela universidade lá de São João del-Rei. E aí eu trouxe pra gente estudar aqui. Porque era exatamente isso, o atendimento da crise, o reconhecimento do ambiente da crise, fazer a leitura da cena da crise e entender o tanto que você pode intervir ou não (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Ainda que busquem algo da formação sistemática, alguns profissionais se dispõem a compartilhar o aprendizado com os colegas uma vez que essa também é importante para ajuda-los em suas vivências no cotidiano de trabalho.

Acerca dessa formação, que se dá via trocas de experiências e conhecimentos com o outro, as reuniões de equipe para discussão e estudo de casos foram evocadas com frequência. Elas se constituíram, segundo relatos, como espaço potente de formação tendo como marca a troca de conhecimentos entre os psicólogos atuantes nos diversos dispositivos que compõem a RAPS do município. Dessas reuniões, relata-se que propiciavam o apoio dos colegas uns para com os outros, principalmente diante de uma formação acadêmica que vacilava: “O suporte que a gente tinha assim, por outro lado [não acadêmico], era muito dos colegas né, inclusive nas reuniões de sextas-feiras a gente ter espaço pra discutir os casos emblemáticos e discutir um pouco e tal” (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

As reuniões foram consideradas por todos os entrevistados como espaço rico de aprendizagem. Nelas, além de aprenderem com os colegas de trabalho, se articulavam e se fortaleciam enquanto equipe de saúde mental. Nesse sentido, acreditamos que a troca de experiências e o apoio entre os colegas sustentou em Ipatinga uma formação em rede de solidariedade. Todavia, cabe acrescentar que a troca de experiências nessas reuniões se dava em torno da discussão clínica dos casos que enfrentavam no cotidiano da saúde mental, conforme sinaliza um dos entrevistados:

Um bom lugar pra gente aprender muito é nas reuniões clínicas dentro de CAPS. [...] Ééé aqui a gente trabalha em equipe mesmo! Equipe assim, no sentido de que é um por todos e todos por um. [...] a ideia da equipe o que a gente consegue chegar num denominador comum, nessas reuniões, nessas conversas. Quando a gente se posiciona é porque a gente

conversou. Não é que convenceu todo mundo. Ninguém pensa... [igual] tem momentos de embate, mas a gente afina, se afina, sabe?! E a gente vai junto. Então, é nesse sentido (Sujeito 2, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Além disso, nessas reuniões de equipe para discussão e construção de casos clínicos, o fato de não terem a figura formal de um supervisor fez com que elegessem um colega que desde sempre se destacou na equipe para ocupar tal lugar.

[...] não tinha uma figura de supervisor. O [cita o colega] pela riqueza clínica dele, pelo perfil também, pelo desejo. Eu acho até que também pela transferência, sobretudo, né dos colegas em relação a ele. Acabava suprimindo um pouco, ocupando um pouco esse lugar sabe!? (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

Apesar do caráter solícito do colega, no que se refere à disposição e solidariedade em compartilhar com os demais suas experiências, acreditamos que sua presença como supervisor (informal) fortaleceu o caráter clínico das reuniões que já apresentavam essa tendência. Sua riqueza clínica, orientada pela psicanálise, de certo modo deu o tom para as reuniões. Ademais, acreditamos que isso reforçou a prioridade dada aos atendimentos clínicos nos serviços da RAPS ipatinguense. Afinal, a equipe é quem lhe conferiu e ainda confere, transferencialmente, certo lugar de supervisor em razão de sua disponibilidade para acolhê-la em momentos de interlocução acerca dos casos clínicos. “Que foi um colega que sempre me recebeu pra discutir caso clínico né, pra me ajudar, pra me apoiar aí” (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

Isso também nos sinaliza para certa tendência da equipe de saúde mental orientar suas ações mais em torno da clínica, conforme nos mostrou o contexto da investigação. Não desconsideramos o fato de o momento político do município, à época da pesquisa, não lhes possibilitava, de certa forma, a oferta de uma assistência mais ampla. Porém, é importante demarcar que a equipe de saúde mental de Ipatinga recebeu uma formação mais clínica da universidade, a mantém em seu processo de formação na troca de experiências nas reuniões e, por conseguinte, em sua prática profissional.

Relatou-se também que nessas reuniões se formou um grupo de estudos. Dessa feita, além de discutirem os casos complexos que enfrentavam no cotidiano,

iniciaram a leitura e o estudo de textos e materiais referentes à saúde mental e à reforma psiquiátrica brasileira. Do início do grupo de estudos:

[...] A gente tinha uma reunião clínica e uma reunião administrativa, vamos dizer... E uma outra que a gente estava chamando de [grupo de] estudos. Nessa a gente tava conseguindo puxar algumas coisas a mais, um colega puxava algum tema. E aí a gente tava fazendo esse grupo de estudos [...] que, também, suspendeu. Estava acontecendo a cada quinze dias (Sujeito 8, entrevista de pesquisa, 22 de novembro, 2017).

Reunir-se para estudo coletivo se tornou outra estratégia formativa, baseada na troca de conhecimentos, dentro das reuniões de equipe da saúde mental. O grupo de estudos, de certo modo, compensaria as lacunas deixadas pela formação universitária da qual relataram terem recebido pouco ou quase nada para o trabalho em saúde mental. Acerca da formação acadêmica, um dos entrevistados comenta

[...] eu lembro pouca coisa na verdade porque eu tive mais contato mesmo foi depois que eu vim trabalhar aqui. E aí, a gente teve uma época que a gente estava fazendo um grupo de estudos de 15 em 15 dias. Aí a gente levava, a gente selecionava alguns textos, estudava em casa, discutia no grupo. Foi aí que eu fui ter mais contato mesmo [com estudos sobre temáticas da saúde mental], antes disso não (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017).

Interessante é que o grupo de estudos, enquanto iniciativa dos trabalhadores da saúde mental ipatinguense, manteve o foco na clínica como já ocorria nas reuniões para discussão dos casos. Todavia, esse grupo foi um potente espaço de formação coletiva como nos apontou um dos entrevistados:

Esse eu acho que foi, sempre foi um grande carro [chefe] assim, pra gente suportar essa clínica difícil que é essa clínica da... não vou nem falar da psicose mas da saúde mental mesmo, que passa por tantas e tantas dificuldades, impasses e tal (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

Aqui se evidencia uma saúde mental que tem na clínica sua correlata e objeto de estudo. A esse respeito, a psicopatologia em alguns momentos criticada por ter se constituído como via central nos estudos graduados em psicologia (como vimos anteriormente), aparece associada à clínica psicanalítica como uma das temáticas dos estudos em grupo: "Igual autor, um que a gente tem estudado por último é o Dal... é o Dalgarrondo. Mas, muito mais pela questão da psicopatologia, né [...] ver

essas questões né, principalmente neuroses obsessivas graves que chegaram pra nós” (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Ora, não queremos afirmar que não seja importante o conhecimento em psicopatologia. Mas é interessante que a constante referência à estrutura do sujeito, ao reconhecimento dos sintomas, à condução e manejo do caso clínico parece destinar à política de saúde mental um lugar secundário em Ipatinga. Mesmo quando se referem a ela é sempre em função do caso clínico. Afirmaram ser de fundamental importância compreender a política, entender suas diretrizes etc., mas não raramente o entendimento da política apareceu associado ou submetido à condução clínica do caso, conforme é ilustrativa a fala de um dos entrevistados:

[...] o entendimento da política né, assim, porque não é uma clínica qualquer né. É toda uma história por trás disso né. E eu acho que isso é muito importante. E eu acho que a disponibilidade, disponibilidade pra... pra entender a cena [do caso] [...] (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Nesse cenário, tanto as reuniões de equipe para discussão e construção de casos quanto o grupo de estudos se constituíram como espaços de formação fortemente atravessados por questões clínicas de orientação psicanalítica. Primeiro, na figura do colega que foi “eleito” pela equipe de saúde mental enquanto supervisor e, posteriormente, com uma supervisão formal conduzida por uma renomada psicanalista a fim de “capacitar” os psicólogos da RAPS de Ipatinga na época em que a implantação de um CAPSad era eminente na cidade. Dessa supervisão, em razão do espaço reduzido de uma tese, afirmaremos apenas que ela se constituiu, igualmente, como atividade formadora sustentada na experiência do outro. Em especial, na experiência da própria supervisora: “[...] a gente teve uma supervisão. Nó! achei muito massa. [...] a supervisão foi muito boa. A gente aprendeu muito! Muita coisa a gente usa ainda. É muita coisa da prática dela né?! [da supervisora psicanalista]. [...] agregou muito pra nossa formação”. (Sujeito 3, entrevista de pesquisa, 16 de novembro, 2017). Sobre a troca de experiências na supervisão, enquanto estratégia formadora, podemos afirmar também seu caráter mais clínico:

[...] a gente pegava um caso clínico que a gente não tava conseguindo um direcionamento de tratamento na equipe. Ou então, o direcionamento que tava sendo dado [...] não tava tendo efeito nenhum. [...] [Então] tentava estudar o eixo teórico, dentro do caso clínico (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Em geral, podemos dizer das experiências formativas operadas nas reuniões de equipe, no grupo de estudos, nas supervisões (concedida pelo colega e pela supervisora oficial) que elas mantêm em comum, além da troca de conhecimentos entre os colegas e o viés clínico psicanalítico.

Outra prática significativa para os psicólogos da RAPS de Ipatinga, e que remete à troca de conhecimentos entre colegas da saúde mental enquanto formação é conhecida como “intercâmbio de Recife”. Com relação a esse intercâmbio, um entrevistado esclareceu:

[...] a gente teve uma oportunidade é que foi o percurso formativo do Ministério da Saúde que a gente fez um intercâmbio com Recife. Aí, eu participei desse intercâmbio. Fiquei um mês lá. [...] Teve essa troca de experiências. [...] eu considero assim, foi pra mim, foi muito bom saber!? [...] o Ministério da Saúde pegou alguns municípios que seriam modelo em alguns temas específicos da saúde mental. No caso, Recife ficou como referência para álcool e drogas e pra saúde mental infantojuvenil. E selecionou alguns municípios que iam nesses ‘municípios modelo’ pra poder aprender com ele. Então, Ipatinga foi pra Recife [...] pra poder aprender com a experiência deles. [...] lá em Recife tinha profissionais de várias cidades do Brasil. Nós éramos vinte e aí o pessoal de Recife mostrava a rede deles como era o funcionamento e tal. E a gente trocava experiências com os outros profissionais de outros municípios, também. Então tinha uma noção de como que era, né. Uberlândia, algumas regiões do sul, Salvador, trocava ideia com o pessoal, Belém... é pra saber como que era lá e ver como que era em Recife, como que funcionava a rede de atenção deles (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017).

Percebemos que o intercâmbio realizado em Recife, por possibilitar também a troca de experiências, se constituiu como movimento importante na formação dos psicólogos da RAPS de Ipatinga. Esses já haviam se “habitado” ao aprendizado cotidiano através das trocas realizadas entre si. cremos que tal fato potencializou os relatos acerca da experiência na capital pernambucana fazendo com que ela aparecesse expressivamente nas entrevistas realizadas. Acreditamos que tal expressividade se deva à ênfase dada ao estabelecimento de relações e trocas de conhecimentos no intercâmbio conforme sinalizaram:

Foi bacana, porque foi muito mais uma questão de trocas de experiências mesmo! Ééé durante um ano, cada mês duas duplas ficavam um mês em Recife, que tem uma rede... [considerada modelo] aí tem muita diferença da rede de lá, até mesmo a questão da cidade né, com a dimensão dela e a rede daqui (Sujeito 14, entrevista de pesquisa, 08 de novembro, 2017).

Relataram que a riqueza desse intercâmbio se deu não apenas pelas trocas de experiências com os profissionais pernambucanos. Também, a interação com trabalhadores da saúde mental de outros estados e cidades brasileiras marcou o percurso formativo dos psicólogos da RAPS ipatinguense, no “intercâmbio de Recife”. Segundo relatos a cidade preceptora (Recife) recebeu vinte profissionais por mês, oriundos de diversos estados, regiões e cidades do Brasil. Tal diversidade teria potencializando ainda mais a troca de experiências.

[...] Por mês, iam dois profissionais de Ipatinga, dois profissionais de uma cidadezinha lá do sul, tinha dois de Uberlândia, tinha do Pará, tinha de Salvador, do Brasil todo. Então eu trocava não só com a rede preceptora, mas com todos os colegas, com uma diversidade absurda né, de experiências (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

A vivência e a riqueza dos encontros produzidos no “intercâmbio de Recife”, além de caracterizá-lo como formador pelo viés da troca com colegas diversos, viria também obturar certa brecha deixada pela formação acadêmica tradicional e pouco articulada à prática, que todos os psicólogos da RAPS ipatinguense acreditam ter recebido. Com relação a isso é elucidativa a afirmação que se segue:

[...] eu acho que me ajudou muito essa experiência de Recife porque a gente ficava: ‘nossa! mas como que vocês fazem lá em Belém, por exemplo?’ Por exemplo, em Uberlândia ainda não tem NASF aí eu falava: ‘gente! mas como vocês trabalham sem NASF?’ Sabe, então foi assim uma troca bacana. Eu acho que é muito isso, eu fui aprendendo muita coisa no decorrer do trabalho mesmo né. Eu achei a minha formação acadêmica muito teórica mesmo (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017).

Também inclui-se a essa vivência, na capital pernambucana, outros desdobramentos formativos, agora realizados no município de Ipatinga. Deles, destaca-se uma oficina realizada na cidade e que teve como características a troca de experiências com o outro e a construção conjunta de ações com forte viés intersetorial “[...] foi feita uma oficina de uma semana em que dois profissionais da rede preceptora [Recife] vinham pro município pra fazer uma semana de formação aqui” (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017). Na ocasião, foram convidados a participar “[...] o pessoal da Educação, o pessoal da Assistência Social... foi bem amplo. Ficamos a semana inteira o dia todo ééé... com esse trabalho” (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017).

Outro destaque desse “intercâmbio de Recife” foi o fato de 01 (um) profissional de cada município participante tornar-se articulador de rede. Para tal, além de participar das trocas de experiências no intercâmbio, recebia “capacitação” através de supervisão com profissional de notório saber acadêmico e prático na área da saúde mental. Este teria sido “[...] o último momento do percurso formativo da RAPS, que é o momento de engrenagem das redes. Cada município tinha um representante” (Sujeito 6, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017). Em relação a essa questão, narraram que esse momento foi importante para que algumas ações se efetivassem no próprio município. Numa lógica multiplicadora esse representante articulava e “capacitava” a rede de saúde mental de sua cidade de origem. Em Ipatinga, essa experiência, igualmente, constituiu-se como formadora. Isso porque o articulador de rede dividia com a equipe de saúde mental da cidade, em especial do CAPSi, os conhecimentos construídos a partir de seu contato com a referida supervisão. A partilha de conhecimentos com os colegas aponta, mais uma vez, para uma formação sustentada na troca de conhecimentos e experiências com o outro (característica basilar da formação dos psicólogos na RAPS de Ipatinga). Dessas trocas, em especial, inicia a implantação do Fórum Intersectorial da Criança e Adolescente (FICA), espaço que acreditamos poder ter se constituído como formador, porém, não se desenvolveu em razão do cenário político local.

Também, aparece como estratégia formativa a partir da troca de experiências com o outro a participação no Fórum Intersectorial Álcool e Drogas (FIAD). Ele se potencializou na época em que se constituiu uma equipe exclusiva para o atendimento dos casos de álcool e outras drogas dentro do CliPS. Havia certo discurso da gestão municipal acerca da premência da implantação de um CAPSad na cidade. Do FIAD relata-se, inicialmente, a participação significativa e a troca entre profissionais da rede intersectorial ipatinguense.

[...] Ninguém entende na hora que eu falo que um Fórum se sustentou durante quatro anos com oitenta pessoas. Todo mundo: ‘o que? Oitenta?’ Eu viro e falo assim: ‘óh! uma média de oitenta’. Quando era um seminário então, dava cento e cinquenta [participantes]. Porque era um espaço de formação. [...] o FIAD foi um espaço de formação importantíssimo [...] (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

A partir do FIAD trocavam experiências com colegas da rede ampla e não apenas da saúde mental. Isso fez com que reconhecessem o FIAD como um espaço

de formação rico para lidar com a complexidade das questões da saúde mental, por possibilitar a interlocução com os demais serviços e setores do município. Contudo, à época da realização da pesquisa, encontrava-se despotencializado:

[...] o FIAD tá mais assim... não tá tão bem. Mas eu sou do GT [grupo de trabalho] ééé... isso ajuda porque essa proximidade né, com as pessoas é onde a gente se encontra... os encontros com os colegas que a gente tem afinidade. É isso que tem ajudado, ultimamente. Tem alguns colegas que a gente tem essa identificação de trabalho [...] o estar com eles, encontrar com eles né, isso tem ajudado a sustentar... [o trabalho na saúde mental] (Sujeito 6, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017).

Assim, o FIAD contribuiu para a formação dos psicólogos da RAPS de Ipatinga, inclusive para certa sustentação do trabalho na saúde Mental pelos profissionais/sujeitos entrevistados. O encontro e a troca de experiências com o outro foi marca importante no nesse Fórum. Porém, relatou-se que o convite à participação mais ativa no Fórum e a divisão igualitária de tarefas desmobilizaram a maioria dos participantes, pois alguns, segundo um dos entrevistados,

[...] investiam muito e tinha os outros que iam absorver. [...] No que a gente falou: ‘bom, o FIAD então foi muito importante no processo de formação. Mas, agora vamos fazer um fórum de verdade gente? [risos] [...] dividir tarefas?’. Aí o FIAD foi: ‘fshiiii’[esvaziou] [risos]. Porque, o quê que as pessoas estavam demandando? Formação. Se for aula melhor ainda, sabe!?’ (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

### **6.3 O minoritário discurso sobre a formação inventiva ancorada nas ações da vida cotidiana dos psicólogos da RAPS ipatinguense**

Conforme constatamos a “insuficiência” da formação acadêmica em alguns aspectos e sua “suficiência” para outros, a vivência no cotidiano de trabalho e a troca de experiências e conhecimentos entre colegas são marcantes nos aspectos dos discursos acerca da formação, proferidos pelos psicólogos atuantes na saúde mental do município de Ipatinga. É pela suposta insuficiência da formação universitária no sentido de articular-se à prática que as iniciativas próprias e as ações inventivas dos psicólogos da RAPS de Ipatinga aparecem, ainda que timidamente, como expansão da noção de formação. Algumas práticas individuais e “inovadoras” que podem servir como formadoras, mas em primeiro lugar constituem-se como ações realizadas



pelos próprios psicólogos entrevistados, nos sinalizaram para certo caráter formador. Contudo, uma formação que, também, inclui ou deveria incluir um movimento do próprio trabalhador como cidadão e como sujeito autônomo. Nesse sentido uma formação que pode se aproximar da ideia de desinstitucionalização proposta, principalmente, por Basaglia e seus colegas italianos e hoje reconhecida como a principal inspiração do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil. Sobre a desinstitucionalização, cabe ressaltar o seu viés de desconstrução e renovação de todo o sistema de saber e cuidados em saúde mental, frente à complexidade de seu objeto: a “existência-sofrimento” dos sujeitos e sua relação com o corpo social. Essa ideia de reconhecer as pessoas em situação de sofrimento mental grave e persistente enquanto sujeitos e atores sociais, transformando seus modos de viver e sentir o sofrimento assim como sua vida concreta cotidiana, trouxe desafios para a reforma psiquiátrica, incluindo-se a formação profissional dos psicólogos.

No que se refere à formação, os desafios da reforma indicam um ir além de uma formação institucionalizada qualquer que seja ela (advinda da academia ou dos serviços), em direção à uma mudança da própria postura ético-estética e política dos sujeitos, e em primeiro lugar dos próprios profissionais. Deste modo nenhuma formação sistematizada parece ser capaz de enfrentar a singularidade das questões que atravessam o campo da saúde mental. Isso nos aponta para o limite do conceito formal de formação, possibilitando-nos pensar em certa extrapolação desse conceito, conforme problematizado anteriormente. Pensar em uma formação inventiva, inovadora criada a partir de ações individuais do próprio trabalhador da saúde mental. Nesse sentido, podemos pensar em algumas invenções realizadas pelos psicólogos da rede de saúde mental de Ipatinga como uma práxis renovada, inventiva e criativa dos sujeitos por si mesmos que pode servir como formação para atuação na saúde mental. Entretanto, cabe ressaltar que esses movimentos inventivos que servem como uma formação autônoma e expandida para além das universidades, dos serviços e da orientação política não são representativos de todos os psicólogos atuantes na RAPS ipatinguense. Ao contrário, a maioria dos psicólogos entrevistados ancoram sua prática apenas na formação acadêmica ou a realizada nos serviços, a nomeada formação continuada. Por essa razão, acreditamos as ações inventivas realizadas pelos psicólogos na rede de saúde mental de Ipatinga são timidas e aparecem no discurso poucos psicólogos.

Além disso, identificamos outras práticas mobilizadas por iniciativa própria dos trabalhadores como atividades de leituras fora do campo profissional, contato com as artes, um autocultivo cultural, as quais serão mencionadas mais à frente. Contudo, dizem mais de um cuidado de si que de formação em sentido estrito. Apesar de certamente nos apontar para a autonomia mereceria outro tipo de discussão, acerca de uma formação que passa por uma dimensão ético-estética e que não é fruto de investigação nesta tese. Só sinalizaremos alguns desses aspectos em razão dos efeitos que acreditamos que eles produzem no campo investigado.

Se num primeiro momento, a carência formativa que acreditavam ter herdado da universidade pareceu impulsionar os psicólogos da RAPS ipatinguense para a construção cotidiana de estratégias de trabalho, apontando para uma formação que se constrói em ato, no dia a dia das vivências nos serviços de saúde mental, conforme sinalizou um dos entrevistados:

[...] muito do que a gente vê na faculdade a gente tem que... na verdade, quando começa a trabalhar a gente vai construir muita coisa. A gente tem uma noção em algumas coisas na faculdade, mas... né, o embasamento. Mas, na prática mesmo a gente tem que construir bastante coisa (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017).

Em um segundo momento apontaram, ainda, como a vivência com os colegas de trabalho se constituiu como estratégia de formação contribuindo para a sustentação da prática profissional cotidiana. “O estar com eles, encontrar com eles, né? Isso tem ajudado a sustentar... [a prática]” (Sujeito 6, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017). Retomamos esses dois momentos, melhor trabalhados nas seções anteriores, para sinalizarmos que, no geral, os psicólogos atuantes nos serviços públicos de saúde mental de município de Ipatinga, esperavam por certa formação que vem do outro, seja a ofertada pela universidade ou a recebida na prática dos serviços através das trocas de experiências com os colegas.

Com relação às iniciativas próprias de formação, apareceram de maneira acanhada e atreladas àquilo que acreditavam não ter recebido da universidade. Tendo por essa razão que investir no estudo pessoal na tentativa de obturar a carência formativa deixada pela academia. O investimento pessoal nos estudos para concurso público nos remeteu tanto para a insuficiência da universidade na formação para a prática profissional como, também, para o caráter contínuo e

autonomista do processo formativo. Nesse aspecto podemos afirmar que a formação não é dependente apenas daqueles que ensinam (seja a universidade ou o serviço), mas, especialmente, daquele que se dispõe a aprender. Isso apareceu ao admitirem que a universidade havia lhes ofertado certo conhecimento ou pelo menos “[...] alguma noção e tal” (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017) sobre a saúde mental, conforme já sinalizado. Mas, principalmente, no reconhecimento da necessidade de construir o saber através de suas próprias iniciativas. A esse respeito um dos entrevistados afirmou: “[...] Eu aprendi muita coisa nos meus estudos para concurso. [...] passei a estudar por conta própria. E foi aí que eu né, estudei mesmo e tal... que eu tive mais conhecimento” (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017). Ao estudar por conta própria, numa lógica “auto formativa” o entrevistado completou: “[...] O que eu estudei pra concurso era isso: as leis, o funcionamento do SUS né, a política... não o dia a dia aqui que é diferente, que a gente tem que meio que inventar mesmo algumas coisas, assim” (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017). Além de sinalizar para a necessidade de uma formação autônoma, ao relatar que em seus estudos teve contato mais aprofundado com a política de saúde mental preconizada pelo MS, diz também ter constado dessa política certo distanciamento entre sua orientação e a realidade vivida na prática em serviço. Se o saber universitário não sustenta sozinho o trabalho na saúde mental, uma vez que acreditam ter recebido pouco da academia, a política de saúde mental orientadora das ações no serviço, em si, também não contemplaria o cotidiano da prática. Todavia, admitem a importância tanto da universidade, conforme já sinalizado, quanto da política orientadora.

[...] Orientam, por exemplo, uma questão a ser idealizada. Mas, entre o ideal e a prática sempre vai ter uma certa discrepância. Aí... aí eu penso sempre assim, que tem uma certa questão na cartilha que, por exemplo, nas linhas-guias isso é proposto, mas de acordo com a realidade isso vai mudar. Porque Ipatinga [por exemplo,] exige outra forma [de atuação], tanto porque aqui a realidade é outra certo!? E isso vai exigir uma certa adequação pela própria questão da política [municipal] como, também, até pela própria questão desses desafios que têm no dia a dia. Como por exemplo, trabalho em grupo é... intersetorial ou, também, entre as equipes, a articulação das equipes... aí por exemplo, na prática o desejo do outro não vai nessa direção [de trabalhar em equipe]. Ele esbarra com isso né, não vai por esse caminho [...] o que vai mesmo exigir certas... vai exigir certos é... arranjos, desafios. É um ideal [a política] mas o ideal nem sempre vai ser o real né? Mas, a orientação advinda da política ajuda muito (Sujeito 14, entrevista de pesquisa, 08 de novembro, 2017).

Apesar de admitirem a importância da política, ao se referirem à ela reconheceram que é necessário que o trabalhador da saúde mental faça algo com o que a política orienta a fim de que possa corresponder às necessidades locais de atuação. Isso pressupõe autonomia do trabalhador para operar mudanças com aquilo que recebeu ou acredita ter recebido, nesse caso, da orientação política. Também aponta que a política materializada em cartilhas, linhas-guia etc., apesar de orientadoras podem se distanciar das realidades locais de trabalho (sempre singulares). No caso de Ipatinga, os atravessamentos políticos, a equipe da qual faz parte, a configuração do território em que atua faz com que a orientação política tenha que ser reordenada ou ressignificada por um trabalhador autônomo. Do contrário, a orientação advinda da política permaneceria num lugar ideal e contraditório à realidade. Nessa perspectiva, apesar de necessária é preciso ressignificar as orientações adequando-as à realidade com a qual se trabalha.

Nessa conjuntura, outro entrevistado exemplifica através de uma questão vivida no cotidiano de trabalho como é preciso, para além da orientação política, que o psicólogo se mobilize para que algumas coisas aconteçam novamente sinalizando para sua individualidade e habilidade de invenção.

Porque eu sempre disse que pra trabalhar na saúde mental você precisa de... ter o desejo de trabalhar na saúde mental. Se não você vai ser um profissional medíocre [...] você não consegue fazer nada porque é... por exemplo, a oficina só funciona porque a gente tem desejo que funciona. A oficina de saúde mental ela, ela, ela, ela exigiria da prefeitura [...] recursos materiais entendeu?! E a gente tem isso? Não tem. Então, você faz de acordo com a sua vontade. [...] não tem nada a ver com políticas públicas de saúde não! Tem nada a ver com a exigência da política entendeu? (Sujeito 13, entrevista de pesquisa, 16 de novembro, 2017).

A realidade local e as condições de trabalho exige certa relativização da política. Ainda que ela oriente algumas ações, não garante a sua efetivação. No município de Ipatinga, à época da investigação, o momento político delicado refletia e, de certo modo, orientava as ações dos psicólogos que atuavam na RAPS da cidade. Além disso, o movimento que o próprio psicólogo realiza diante das condições dadas pelo contexto em que se encontra inserido, possibilita ou não a realização de algumas ações em saúde mental.

Ainda, ao investigarmos se haveria um aspecto desinstitucionalizado nas ações dos psicólogos que poderiam sinalizar para uma formação desenvolvida

através de recursos próprios e de maneira “inovadora”, podemos afirmar que elas até certo ponto apresentavam características pouco inventivas. Isso porque as ações empreendidas pelos psicólogos na RAPS de Ipatinga para enfrentarem o cotidiano de trabalho e, desse modo, se formarem para saúde mental apareciam intimamente articuladas à formação acadêmica e à formação continuada nos serviços (os estudos autônomos, as reuniões, o grupo de estudos, as supervisões etc.). No caso dos estudos, mesmo quando mobilizados por iniciativa própria, pareciam se ancorar apenas nos trabalhos acadêmicos. Vários entrevistados relataram sobre a importância dos estudos, da busca por informações para lidarem com o cotidiano de trabalho. A esse respeito um deles afirmou: “[...] estar sempre lendo né, buscando na internet sobre isso, pesquisar artigos né, livros... estar sempre estudando né, porque não tem como separar a teoria da prática né” (Sujeito 9, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Interessante e positivo, a nosso olhar, é que dos empreendimentos nos estudos autônomos conceberam prática e teoria enquanto pólos imbricados e não apartados. Sendo inseparáveis a teoria e a prática, buscavam por artigos acadêmicos que discutiam experiências em saúde mental a fim de se formarem ou capacitarem para os desafios da prática cotidiana. Relataram a busca e leitura de casos próximos aos que acompanhavam: “Então leio casos similares [...]” (Sujeito 9, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Ler casos similares também nos aponta para certa tendência de articulação entre teoria e prática. Ao priorizarem produções acadêmicas que se debruçavam sobre experiências em saúde mental, acreditavam poder se orientar para a prática profissional, de acordo com o que afirmou outro entrevistado.

Eu procurava mesmo, digitava no Google: experiências exitosas em saúde mental, atenção primária... aparecia algumas coisas lá, pra ter uma ideia do que fazer mesmo. Porque a princípio eu não sabia o que fazer né. Ééé... então assim, quando a psicóloga que estava aqui foi me passando o serviço e tal... mas, ainda assim eu sentia ainda muito perdida né. Então eu procurava mesmo. Procuo ainda se chegar algum caso assim... [complexo] algumas coisas eu ainda procuro, né (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017).

Essas pesquisadas realizadas pelos psicólogos em busca de experiências exitosas em saúde mental com objetivo de orientar a própria prática guarda como característica o aspecto da formação ancorada no saber e na experiência do outro. Todavia, essas buscas autônomas empreendidas pelos psicólogos da saúde mental

ipatinguense sinalizaram, também, para aspectos de expansão e enriquecimento da noção de formação. Além de recorrerem aos estudos autônomos para concursos, aos textos acadêmicos sobre experiências potentes em saúde mental, relataram contato com leituras de temas para além desse campo. Essa atitude de buscar em outras coisas e retirar delas alguma contribuição para o trabalho na saúde mental, nos confirmou a existência (mesmo tímida) de uma formação expandida, construída fora dos meios sistematizados de aprendizagem anteriormente encontrados por eles: a academia e os serviços.

[...] Leio muito coisas fora né [da saúde mental]. Leitura, livros né, leio muito. Vejo filmes né, assim. Eu acho... acho que filmes contribui sim né, pro crescimento [...] vários filmes eu vejo e trago pra minha realidade aqui, né. Não só aqui, mas pra outras coisas também, né (Sujeito 9, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

No entanto, quando interpelados pelo investigador, alguns não conseguiram nomear os livros e/ou filmes que os ajudaram na prática de trabalho: “Ééé... não vou saber especificar o nome de filme não” (Sujeito 9, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Apesar de nem sempre conseguirem especificar os nomes, o mais importante é que sinalizaram que a formação se dá para além da universidade, da política orientadora e da prática nos serviços. Desse modo ela pode se construir, também, através das próprias ações e iniciativas do trabalhador. Num movimento autônomo ele pode transformar aquilo que buscou por conta própria ou que acredita ter recebido de outrem em potência formativa para lidar com o cotidiano de trabalho na saúde mental. Nesse sentido o interesse e a busca independente de alguns psicólogos entrevistados pelas artes e pelo cinema, por exemplo, demonstraram que a formação pode ocorrer em sentido amplo. A partir dessa busca despreocupada e do que retiravam dela relataram construir algum tipo de ação inventiva para a prática em saúde mental. No entanto, isso é minoritário entre os psicólogos da RAPS de Ipatinga. Acreditamos que ainda não seja representativo em função de poucos entrevistados terem relatado esse tipo de movimento com relação à formação e atuação nos serviços.

Nesse cenário, o contato e a busca pela literatura também apareceram como fonte de formação para o trabalho na saúde mental. Foram evocadas algumas obras literárias que fazem interlocução direta e indireta com o campo da saúde mental. O crítico livro machadiano acerca da razão e desrazão foi lembrado: “Tem ‘O Alienista’ do Machado de Assis. É atual” (Sujeito 7, entrevista de pesquisa, 24 de outubro,

2017). Da leitura dessa obra o entrevistado associa suas reflexões e críticas sobre o caráter manicomial do município de Ipatinga que segundo ele “[...] o tempo inteiro é muita resistência. Muita resistência. Muito conservador. Muito manicomial, muito mesmo assim” (Sujeito 7, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017). Mas se podemos considerar a lembrança dessa obra machadiana como elementar, o mesmo entrevistado evocou outras obras. E, o mais importante, sinalizou que a partir de sua busca autônoma por outros autores e livros, conseguia retirar algum tipo de contribuição para sua prática na assistência à saúde mental em Ipatinga.

Tem o do Mia Couto. Acho que ele traz muito essa coisa da mulher. Tem o pensar no que... de como essa questão do gênero né [...] de como que eu lido com isso assim muito em saúde mental, né. A violência sexual, principalmente, que as mulheres sofrem e sofreram. Principalmente, as mulheres. Eu falo assim mais de contato de prática né, de como que as mulheres sofrem com isso assim, nesse silêncio, nisso... nessa submissão. De como que a violência sexual acaba presente no silêncio das mães que são coniventes né. Coniventes não. Que não podem se posicionar sobre os agressores né. [...] essas coisas que, às vezes, a gente vê parece até meio clichê, já tá meio batido né de tanto que a gente fala... E que é muito presente. Então, quando eu leio tipo... Mia Couto assim, é uma outra realidade. Ele é de Moçambique e tal, mas que tá muito presente aqui [na prática com os casos e situações na saúde mental em Ipatinga] (Sujeito 7, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Além disso, os emblemáticos documentários: “Estamira” e “Holocausto brasileiro” se fizeram presentes no discurso desse entrevistado enquanto formadores para o enfrentamento da prática cotidiana na saúde mental.

Das experiências formativas que tiveram, um dos entrevistados relatou sobre uma estratégia que nos remeteu para essa ideia expandida de formação, para a individualidade do trabalhador em retirar daquilo que acredita ter recebido ou buscado por iniciativa própria, orientações para sua prática. Do conhecido “intercâmbio” em Recife, afirmou o desdobramento de ação que se constituiu enquanto uma estratégia formativa para uma dupla de psicólogos da RAPS de Ipatinga que participaram do “intercâmbio” de Recife na mesma época. No entanto, agora mais individualizada apesar de manter sua característica nos laços de solidariedade e troca de experiências com o outro. Na capital pernambucana, criou um grupo de *Whatsapp* para que os psicólogos das diversas regiões do país pudessem se manter conectados, principalmente, no que se referia à mobilidade urbana e a interação nos momentos de lazer na cidade.

Porque assim a gente fez o grupo. Foi até eu que fiz ééé... porque éramos 22 pessoas. Era cada uma morando em um canto da cidade [...] lá é muito grande e a gente queria, a princípio, se encontrar para combinar determinadas coisas. Vamos sair e tal? Vamos para praia no sábado? Vamos comer uma carne de bode hoje à noite? [...] pra poder explorar a cidade né. Então, a gente criou o grupo pra poder manter unido, porque era cada um por si e aí a gente criou, a princípio, para isso [...] enquanto a gente estava lá funcionava para isso [...] 'gente eu não estou conseguindo achar e tal... que ônibus cês pegaram pra ir?' Funcionou assim (Sujeito, 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017).

Após o término do “intercâmbio” em Recife os participantes das diversas cidades e regiões do país mantiveram-se no grupo, incluindo-se os psicólogos da RAPS de Ipatinga. Porém, numa ação inventiva criaram um novo tipo de “intercâmbio”, não mais orientado pelo MS enquanto ação formativa, mas como um “intercâmbio” de formação virtual que funciona, especificamente, para os participantes desse grupo.

[...] nós fomos o terceiro grupo a ir. Então, a gente chama o grupo de G3. Então nós temos o grupo #G3 no *Whatsapp*. E a gente troca ideia até hoje. Então quando tem algum congresso, alguma coisa, a gente sempre manda e tal. E, quando tem alguma dúvida: ‘ôh! gente o que vocês estão fazendo com o caso de... sei lá, gravidez, uso de drogas e tal porque aqui está difícil’. Aí a gente fala: ‘ah! eu faço isso’. Então, até hoje funciona. É bacana (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017).

Deste modo, podemos compreender que a manutenção do grupo no *Whatsapp* e sua transformação em espaço para troca de conhecimentos em rede consitiuiu-se como uma estratégia formativa para os psicólogos participantes, seja os da RAPS de Ipatinga ou de outros municípios e estados. Ainda, corrobora com a idéia da formação sustentada nos laços de solidariedade e no saber dos colegas de profissão, que conferiu importância a esse “intercâmbio” para os psicólogos ipatinguenses. Sobre seu desdobramento no grupo de *Whatsapp* o entrevistado continuou:

[...] Então a gente troca material, troca ideia e tal. E, às vezes, eu pergunto lá: ‘ôh! gente o que vocês fazem com um caso assim e tal, tal’. Aí a pessoa fala: ‘eu faço assim e tal’. Até nisso a gente troca ideia (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017).

Contudo, ressalta-se que nem todas as pessoas permaneceram nos respectivos grupos de *Whatsapp*. A esse fato, o entrevistado explicou de forma convergente ao que acreditamos a respeito de cada um, também, formar a si mesmo. “Aí depois que a gente foi embora, outros grupos as pessoas saíram dos



grupos e tal. Isso é da experiência de cada um” (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017). Desse modo uma formação mais individualizada ou inventiva não é representativa de todos os psicólogos da RAPS de Ipatinga.

Ademais, nesse “intercâmbio” de Recife viver e experienciar a capital pernambucana constituiu-se também como parte do processo formativo de cada um: “[...] a gente tinha que experimentar tudo da cidade, da mobilidade da cidade, da cultura” (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017). Nessa perspectiva, a coordenação da saúde mental de Ipatinga, naquela época, “orientou” aos psicólogos da seguinte maneira:

[...] quero mais é que vocês saiam à noite, vocês façam amigos, que ocês ééé... saiam pra dançar, saiam pra ouvir música, vão à praia, façam as coisas que tem pra fazer naquele lugar. [...] Cada um absorveu dessa experiência o que quis, o que deu conta e tal. [...] Mas assim, do investimento que cada um absorve. Peguei um Festival Mimo [shows, filmes e workshops realizados na região metropolitana de Recife] lá, maravilhoso. Passei em volta nos finais de semana... passei em volta daquelas cidades todas e tal. [...] É foda pra os colegas entender é... a riqueza disso. Eu fico imaginando o que Tykanori não enfrentou pra poder passar isso no Ministério da Saúde (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017).

Acreditamos que aqui o entrevistado aponta, também, tanto para o caráter individual de uma formação que passa pela experiência de cada um, como sinaliza que a convivência, o lazer, as artes são potenciais formadores para o trabalho no campo da saúde mental. Isso se o próprio trabalhador operar sobre eles transformações para que contribuam com sua prática, absorvendo aquilo que da conta mas nem todos conseguem compreender isso, conforme relatou o entrevistado.

Também, sobre as experiências individuais que contribuem para o exercício da prática profissional na saúde mental, apareceram o tratamento e o cuidado de si. Com relação a isso, pensamos que aponta para um movimento fundamental e que implicaria numa questão existencial, em uma problematização do próprio sujeito e sua existência enquanto tal. Nesse sentido, vamos apenas sinalizar alguns aspectos uma vez que isso exigiria de nós um outro tipo de investigação e discussão. Nos interessa ressaltá-las porque ao contrário das iniciativas inovadoras e individuais de formação, quase todos os psicólogos entrevistados se referiram ao próprio processo de psicoterapia ou psicanálise como formador no sentido de contribuir para a sustentação da prática profissional e, também, pelos efeitos que acreditamos que

isso produz na rede de saúde mental ipatinguense. Com relação a isso são ilustrativas as falas dos entrevistados: “Então, aqui a minha formação passa [...] pela supervisão e pela minha própria análise” (Sujeito 17, entrevista de pesquisa, 07 de novembro, 2017). Para enfrentar o dia a dia na saúde mental: “Ah! a análise, né, ajuda” (Sujeito 6, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017). “Pra ser sincera o que me ajudou foi a minha própria terapia mesmo. Assim, o que me ajudou a me posicionar diferente enquanto pessoa” (Sujeito 8, entrevista de pesquisa, 22 de setembro, 2017).

Nesse cenário investir no cuidado e bem-estar para a mente é uma das estratégias que os prepara melhor para lidar com a complexidade do cotidiano nos serviços de saúde mental em Ipatinga. Enquanto um cuidado existencial, mereceria uma discussão aprofundada. Mas, a nosso ver esse tipo de cuidado ancorado na intervenção psicoterápica poderia contribuir para perpetuação da prática clínica na RAPS ipatinguense, para que os psicólogos a ofertem como atividade principal nos serviços de saúde mental do município. Igualmente, o cuidado com o corpo torna-se outra estratégia para a vida diária na saúde mental, porém rompendo com hegemonia dos cuidados interiorizados “psi” conforme sinalizou um dos entrevistados:

Recentemente, assim... do ano passado pra cá eu voltei a fazer atividade física que eu não tava fazendo, né. Agora eu tô. Aí eu fui pro pilates, depois eu fiz yoga... [e] agora eu tô entrando pra dança cigana. Isso tá me ajudando [para o trabalho na saúde mental], esses movimentos assim de cuidado mesmo (Sujeito 6, entrevista de pesquisa, 26 de outubro, 2017).

A respeito das artes não são meros expectadores, desenvolvem atividades que contribuem para aprimoramento de seu trabalho na saúde mental. Mas, principalmente como uma das estratégias de auto cuidado:

Eu vejo o que me ajuda, às vezes, principalmente nos momentos que eu tô lá... aí não é de... de construção teórica, mas de... de lidar, às vezes, com os pacientes. É que eu tenho uma vertente do artesanato assim, uma questão que eu fui construindo com o tempo meu. Eu tenho até um grupo de artesanato. [...] Então assim, isso me ajuda na entrada às vezes com um paciente difícil né, assim, não quer manter o diálogo, que a gente tem que ter uma outra né, uma outra formatação [estratégia de abordagem] aí pra tentar construir alguma coisa. Eu acho que isso me ajuda. [...] Assim, mas aí não tem nada a ver com faculdade né. Isso foi construído há mais tempo. Há pouco tempo deve ter uns três anos né, que eu me interessando, me interessando e acabei avançando numa determinada área do artesanato. Eu faço mosaico. E, na verdade, é um grupo daqui [do serviço de saúde mental] somos três

né [...] a gente um dia conversando aqui, a gente: ‘Nóóó gente! A gente podia fazer alguma coisa, assim, meio que pra sair um pouco sabe assim, disso’. [...] ‘Uai, gente vamo! Vamo tentá alguma coisa’. [...] Então, a gente tem esse grupinho que a gente faz... aí tem sempre que tá junto nas oficinas né, nesse sentido (Sujeito 4, entrevista de pesquisa, 24 de outubro, 2017).

Ao mesmo tempo que realizar atividades artesanais contribui para lidar com a prática na saúde mental, capacitando-os para abordagem do usuário de um modo diverso da universidade, por exemplo, principalmente no que diz respeito às atividades realizadas nas oficinas terapêuticas, é também um modo de se cuidar, uma estratégia para “sair um pouco” do cotidiano da saúde mental.

Por fim, o contato e a convivência com outras pessoas na vida cotidiana são importantes para alguns psicólogos da RAPS de Ipatinga. A esse respeito um entrevistado relatou que sua participação em um grupo na igreja contribuía para a sustentação de seu trabalho na saúde mental: “Ah! eu participo na igreja né. Eu participo lá de algumas coisas assim... eu acho [que] de certa forma ajuda assim com essa questão de lidar com as pessoas” (Sujeito 12, entrevista de pesquisa, 14 de novembro, 2017). Assim sendo, a convivência para além daquela estabelecida no trabalho com as trocas de experiências profissionais como as ocorridas nas reuniões para discussão de casos, no grupo de estudos e nas supervisões (formais e informais), contribui para a sustentação do trabalho na saúde mental segundo relato de outro entrevistado:

[...] Questão de experiência de vida. Isso que te falo a questão... contato com alguém ééé... pessoa próxima que faz uso de álcool e droga. O fato, por exemplo, desse envolvimento com droga tipo maconha, o uso muito abusivo do crack, por exemplo. Alguém mais próximo, por exemplo, com um certo vínculo. Isso ajuda muito também você ter um certo olhar. [...] algo que tá dentro, por exemplo, da família que mistura algo com a bebida, que você passa a conviver. Acho que isso, também, tem um impacto quando você atua. Ajuda. É uma experiência de vida, mas que ajuda também você ter um certo olhar né. Até mesmo cê colocar, por exemplo: quando cê tá atendendo a posição do familiar cê entender isso e... isso é algo também, acho que pertinente. [...] E tá essa questão aí da formação né (Sujeito 14, entrevista de pesquisa, 08 de novembro, 2017).

Assim, as experiências singulares da vida e sua dinâmica podem contribuir para a atuação em saúde mental: “[...] eu fico pensando tipo assim, tem a questão do psicólogo aí, mas, antes de tudo também cê é ser humano. Isso é a vida” (Sujeito 14, entrevista de pesquisa, 08 de novembro, 2017). Para esse entrevistado, a despeito da formação em psicologia, o profissional precisa estar no mundo e

vivenciar suas experiências tirando delas o aprendizado possível para realizar suas ações no campo da saúde mental.

## 7 A TÍTULO DE (IN)CONCLUSÃO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DA PESQUISA

As análises e resultados construídos nessa investigação não se pretendem verdadeiros ou falsos. Sinalizam apenas para certo recorte intencional efetivado pelo investigador sobre o campo de pesquisa e, também, para suas reflexões. Ora, o que se apresenta nesta tese é fruto de um trabalho de pesquisa implicado com as questões referentes à reforma psiquiátrica, em especial sobre a formação do psicólogo para atuação no campo da saúde mental.

Esta pesquisa se realizou mobilizada e atravessada por nosso desejo em prol de uma formação e assistência em saúde mental não sustentadas na cisão entre teoria e prática e não reprodutoras do binômio clínica *versus* política. Também, se sustentou em nossa implicação por uma formação e prática verdadeiramente antimanicomiais, capazes de considerar as pessoas em situação de sofrimento mental grave e persistente como sujeitos e cidadãos. Ainda, implicados por uma formação e prática capazes de romper com as ditomias interno/externo, sujeito/sociedade e, por esse modo, capaz de reconhecer que o sofrimento humano encontra-se na confluência entre o social e o individual é que buscamos tensionar as universidades e os serviços. Tal tensionamento referiu-se à formação de psicólogo qualificado para ofertar uma assistência, verdadeiramente, integral para as pessoas que fazem uso dos serviços públicos de saúde mental, conforme os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica brasileiros. Nessa perspectiva, a reflexão entre os campos da formação acadêmica e da prática profissional foram primordiais, em especial por seus movimentos de aproximação e distanciamento e por circularmos nessas duas instâncias enquanto profissional da psicologia e professor universitário em curso de formação de psicólogos. Assim, estávamos desde o início da investigação imbricados com nossa temática de pesquisa.

No entanto, questionar a formação do psicólogo (um dos principais atores do processo de reforma psiquiátrica brasileira) para atuação em saúde mental, condizente com os desafios enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde mental em contexto de reforma psiquiátrica em construção, exigiu-nos realizar uma travessia sobre nossa compreensão a respeito da formação. Dessa travessia, podemos afirmar que a formação antes considerada como aquilo que a universidade

ou mesmo as práticas nos serviços ofertam, passou a ser concebida como a construção que o próprio sujeito realiza a partir daquilo que acredita ter recebido. Nesse ponto, cabe ressaltarmos que se há uma conclusão (enquanto certeza) nesta tese ela se refere à nossa transformação enquanto psicólogo, professor universitário e pesquisador. Ao contrário, sobre os objetivos desta investigação em si, tudo que preferirmos a respeito é parcial e fragmentário. Desta feita, não estamos construindo uma conclusão *stritu sensu* (acabada) mas somente apresentando algumas construções possíveis efetivadas a partir do nosso encontro com os sujeitos/atores de pesquisa em contexto singular.

Isso posto, da RAPS de Ipatinga podemos declarar que ela é (in)completa, complexa, com poucos recursos e investimentos por parte do poder público local e se configurava em alguns aspectos dissonante da política nacional de saúde mental (no caso da “Função-CAPS”). Encontrava-se, à época da pesquisa, despotencializada com ações centradas nas consultas ambulatoriais. Contudo seu histórico nos sinalizou que essa é uma situação que vem se perturbando ao longo dos anos no município de Ipatinga. Nessa cidade a rede de saúde mental, especialmente no caso do CliPS e dos “psicólogos da saúde mental” lotados nas UBS, sempre esteve mais voltada para a assistência ambulatorial e especializada que ampliada. Ainda, os dispositivos da RAPS ipatinguense conviviam com instituições de “lógica manicomial”, comunidades terapêuticas e recorriam com certa frequência às internações psiquiátricas, realizadas no HMEM e/ou encaminhadas aos hospícios em Belo Horizonte. Isso se justificava em razão de sua incompletude (não conta com SRT, CAPSad, Centro de Convivência) e pelo pouco investimento da gestão municipal, um dos efeitos do desmonte nacional da política de saúde mental brasileira. Além disso, parecia desacreditada pela rede ampla com exceção do Núcleo de Saúde Mental Infantojuvenil em vias de tornar um CAPSi.

Acerca da formação dos psicólogos que atuam na RAPS de Ipatinga, podemos dizer que ela se deu, quase exclusivamente, em âmbito teórico e pouco articulado à realidade. Além disso, teve como marcos a passagem pelo hospital psiquiátrico, a psicopatologia e a clínica como orientadoras das ações em saúde mental. Nesse contexto, para os psicólogos entrevistados sua formação universitária é, criticamente, satisfatória e insatisfatória para responder aos desafios que enfrentam em prática cotidiana local. Insuficiente para atuação frente os desafios da saúde mental enquanto uma política pública de saúde. Suficiente para o trabalho em

saúde mental quando associada à psicopatologia e ao manejo clínico dos casos, sustentados pela psicanálise. Além disso, os psicólogos atuantes na RAPS de Ipatinga apontaram o seu cotidiano de trabalho como formador, especialmente as trocas solidárias de experiências e conhecimentos com os colegas, ocorridas nas extintas reuniões da equipe de saúde mental e, também, no extinto grupo de estudos. Das trocas de experiências e conhecimentos como exercício formativo, o “intercâmbio de Recife” é emblemático para os psicólogos da rede de saúde mental de Ipatinga. Todavia dessas trocas de experiências e conhecimentos realizadas entre a própria equipe de saúde mental ipatinguense, podemos afirmar que foram hegemonicamente atravessadas pela orientação clínica, excetuando-se a troca de experiências com profissionais de outros estados e municípios realizada em intercâmbio” na capital pernambucana. Ademais sinalizaram, ainda que timidamente, para a existência de uma formação inventiva, numa perspectiva da desinstitucionalização, articulada às suas experiências de vida cotidiana e à outros saberes e conhecimentos não, necessariamente, oriundos da academia ou da orientação política para a prática em saúde mental. Também, sinalizaram para a importância do cuidado de si para o enfrentamento do cotidiano de trabalho na saúde mental.

Por fim, esclarecemos que o material produzido nesta pesquisa é vasto permitindo sobre ele releituras e novos enfoques. Nesse sentido outros pesquisadores poderiam realizar análises diversas das que apresentamos, confirmando ou refutando nossas apreciações. Entretanto outras possibilidades analíticas não seriam menos ou mais verdadeiras ou falsas, apenas perspectivas diferentes. Ora, realizar uma pesquisa em campo onde se encontram subjetividades é uma tarefa árdua, vários são os atravessamentos envolvidos em uma investigação qualitativa. Assim sendo esta pesquisa não é portadora de uma verdade universal, tampouco falsa. Na interseção entre o que se poderia chamar de falso ou verdadeiro é que ela se encontra não pretendendo apresentar saberes inertes e inquestionáveis a fim de trazer inquietações e reflexões para as pessoas direta e indiretamente interessados pela temática investigada. Por conseguinte, a única certeza que possuímos sobre esta pesquisa é que seus resultados e reflexões são parciais. Destarte, esperamos que nossos parceiros no estudo da temática nos acompanhem nessa percepção e que os leitores deste trabalho sintam-se provocados a interrogá-lo assim como, também, às suas próprias práticas.

## REFERÊNCIAS

- Abrahão, A. L. et al. (2014). O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In M. P. C. Gomes & E. E. Merhy (Orgs.) *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental* (pp. 155-170). Porto Alegre: Rede Unida.
- Abreu, A. M. R. M., & Coimbra, C. M. (2005). Quando a clínica encontra com a política. In A. Maciel Júnior, D. Kupermann & S. Tedesco (Orgs.). *Polifonias: clínica, política e criação* (pp. 41-49). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Akerman, J. (2013). A formação em psicologia na universidade produz e reproduz. In A. M. Lobosque & C. R. Silva (Orgs.). *Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática* (pp. 138-151). Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia 04.
- Almeida, A. L., & Miranda, A. B. (2013). Espaço Saúde: a presença do movimento estudantil na formação. In A. M. Lobosque & C. R. Silva (Orgs.), *Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática* (pp. 120-123). Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia 04.
- Almeida, P. F., & Santos, N. S. (2001). Notas sobre as concepções de clínica e ética na reforma psiquiátrica brasileira: Impasses e perspectivas de uma prática em construção. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 3(21), p. 20-29.
- Alverga, A. R., & Dimenstein, M. A. (2005). Loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In P. Amarante (Org.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2* (pp. 45-66). Rio de Janeiro: Nau.
- Amarante, P. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1996). *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1997). *Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (Coord.) (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1999). Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In M. L. Fernandes (Org.). *Fim de século: ainda manicômios?* (pp. 47-53). São Paulo: LAPSO/USP.
- Amarante, P. (2003). A Clínica e a Reforma Psiquiátrica. In P. Amarante (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 45-66). Rio de Janeiro: Nau.



- Amarante, P. (2004). Loucura y Acción Cultural: Sobre los campos de la Reforma Psiquiátrica en el Brasil. In G. Kazi, & J. Golini (Orgs.), *Salud Mental y Derechos Humanos: subjetividad, sociedade e historicidad* (pp. 195-213). Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Amarante, P. (2008). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2008a). Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. de Noronha, & A. I. de Carvalho (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil* (pp. 735-759). Rio de Janeiro: Fiocruz - CEBES.
- Amarante, P. (2010). Algumas observações críticas sobre a formação em saúde mental. In A. M. Lobosque (Org.), *Caderno Saúde Mental 3 - Saúde Mental: os desafios da formação* (pp. 95-105). Belo Horizonte: ESP-MG.
- Amarante, P. (2015). Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In P. Amarante, P., & L. B. Cruz (Orgs.). *Saúde Mental, formação e crítica* (pp. 65-79). Rio de Janeiro: Laps/Fiocruz.
- Amarante, P. (2015a). *Teoria e crítica em saúde mental - Escritos Seleccionados*. Rio de Janeiro: Zagodoni.
- Andreolii, S. B. (2007). Serviços de saúde mental no Brasil. In M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Kohn (Orgs.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 85-100). Porto Alegre: Artmed.
- Antunes, M. A. M. (2012). A Psicologia no Brasil: um ensaio sobre suas contradições. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 44-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500005>
- Avellar, L. Z., & Bertollo, M. (2008). A saúde mental na infância e adolescência e o diálogo necessário entre as dimensões clínica, ética e política. In E. M. Rosa, L. Souza, L., & L. Z. Avellar (Orgs.). *Psicologia Social: temas em debate* (pp. 69-87). Vitória: UFES -ABRAPSO/GM Gráfica Editora.
- Barbier, R. (1985). *A pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Barbier, R. (2007). *A pesquisa ação*. Brasília: Liber Livro.
- Barboza, M. A. G. (2009). *Integração da saúde mental com a atenção primária em saúde: estudo de caso etnográfico no município de Ipatinga-MG*, Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Barembliitt, G. F. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática* (5ª ed.). Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari (Biblioteca Instituto Félix Guattari; 2)
- Barros S., Oliveira M. A. F., & Silva A. L. A. (2007). Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(esp), 815-819. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500013>

- Basaglia, F. (1979). *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- Batista, C. B., & Gonçalves, L. (2011). Marcos sobre a integração ensino-serviço na formação de profissionais para a saúde. In L. Kind, C. B. Batista & L. Gonçalves, L. (Orgs.). *Universidade e serviços de saúde: interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde* (pp. 25-48). Belo Horizonte: Ed. PUC Minas.
- Becker, H. S. (1994). Observação social e estudos de caso sociais. In H. S. Becker. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais* (pp. 117-133). (2ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Bernardes, J. de S. (2003). O debate atual sobre a formação em psicologia no Brasil análise de documentos de domínio público. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 3(2), 127-134. Recuperado em 07 de fevereiro de 2018, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180842812003000200009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812003000200009&lng=pt&tlng=pt).
- Bernardes, J. de S. (2012). A formação em Psicologia após 50 anos do primeiro currículo nacional da psicologia: alguns desafios atuais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 216-231. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500016>
- Bezerra Jr., B. C. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*, 17(2), 243-50. Recuperado em 04 de novembro de 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>.
- Bicalho, P. P. G. de et al. (2012). Cinquenta anos de produção do conhecimento: práticas políticas da pesquisa em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 264-275. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500019>
- Bock, A. M. B, Gonçalves, M. G. M., & Furtado, O. (1996). *A Psicologia Sócio-Histórica – uma perspectiva crítica em Psicologia*. São Paulo: Mimeo.
- Bock, A. M. B. (1999). A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. *Estudos de Psicologia*, 4(2), 315-329.
- Bock, A. M. B. (2009). Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com a elite. In *Psicologia e compromisso Social* (pp. 15-28) (2ª ed.). São Paulo: Cortês.
- Bock, A., & Ades, C. (2010). A Psicologia no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(spe), 246-271. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000500013>
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.
- Boing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>

- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, (19), 20-28. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>
- Bourdieu, P. (1998). *Escritos de educação*. Petrópolis: Vozes.
- Bourdieu, P. (2003). *A miséria do mundo*. São Paulo: Vozes.
- Braga, F., & Maierovitch, C. (Orgs). (2000). *Contra a maré, à beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Hucitec.
- Brandão, H. N. (2004). *Introdução à análise do discurso*. Campinas: Editora Unicamp.
- Brasil (1986). VIII Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 12 de junho de 2018, de [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico.
- Brasil (1990). Ministério da Saúde. *Lei Federal 8.080*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (1996). Ministério da Educação. *Lei de Diretrizes e Base da educação nacional*. Brasília: Ministério da Educação.
- Brasil (2002). Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990-2002*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2004). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução nº 8*, de 7 maio, institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Recuperado em 04 de julho de 2013, de <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0067.pdf>
- Brasil (2004a). Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. *Portaria Interministerial n. 2.1010*, de 3 novembro de 2005. Institui o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2006). *Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Cadernos RH Saúde, v.3, n.1. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil (2007a). Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006*. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2007b). Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. *Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)*: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2008). *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Recuperado em 13 de janeiro de 2018, de <[http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/PORTARIA\\_154\\_NASF.doc](http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/PORTARIA_154_NASF.doc)>
- Brasil (2010). Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Formação e intervenção. Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos Humaniza SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. D. H. Chiaverini (Org.). Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Brasil (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Recuperado em 04 de novembro de 2016 de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Calvino, I. (1998). A palavra escrita e a não-escrita. In M. M. Ferreira, & J. Amado. *Usos e abusos da história oral*. (pp. 39-147). Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas.
- Campos, G. W. de S. (1991). *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Campos, G. W. de S. (2000) *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. de S. (2000a) Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
- Campos, G. W. de S., Cunha G. T., & Figueiredo, M. D. (2013). *Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Hucitec..
- Campos, R. O. (2001). Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98-111.
- Campos, R. O. (2003). A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In G. W. S. Campos (Org.). *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec.
- Candido, G. V., & Massimi, M. (2012). Contribuição para a formação de Psicólogos: análise de artigos de Carolina Bori publicados até 1962. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 246-263. Recuperado em 11 nov 2016 de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500018>

- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). *Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo Texto Contexto – Enfermagem*, 15(4), 679-684. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>
- Carlos, R., & Carlos, E. (1968). As canções que você fez pra mim [Gravada por Roberto Carlos]. In *O Inimitável* [disco LP]. Brasil: CBS.
- Carvalho, S. R. (2007). *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança* (2ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41-65.
- Cerqueira, P. et al. (2014). Uma pesquisa e seus contornos: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In M. P. C. Gomes, & E. E. Merhy. *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. (pp. 25-42) Porto Alegre: Rede Unida.
- Chauí, M. (2011). *Desejo, paixão e ação na ética de Espinosa*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Coga, S. S., & Vizzotto, M. M. (2003). Saúde Mental em Saúde Pública: um percurso histórico, conceitual e as contribuições da psicologia neste contexto. *Psicólogo inFormação*, 6(7). 95-123.
- Coletivo Estudantil Espaço Saúde (2009). Por um ensino da Saúde em prol da vida. In A. M. Lobosque (Org.). *Caderno de Saúde Mental 2 – Universidade e Reforma Psiquiátrica: interrogando a distância* (pp. 15-16). Belo Horizonte: ESP-MG.
- Conselho Federal de Psicologia - CFP (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.
- Conselho Federal de Psicologia - CFP (2006). Formação Defasada. *Revista Diálogos*, 4, 14-16. São Paulo: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia - CFP (2012). Entrevista com o Psicólogo Arrigo Leonardo Angelini. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 318-327. Recuperado em 04 de novembro, de 2016 de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932012000500023&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000500023&lng=pt&nrm=iso).
- Correia Jr., O. Z. (2016) *“Eu, uma peça”*: o trabalho como pena alternativa, Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Costa, L. A., & Brasil, F. D. (2014). Cidade, territorialidade e redes na política de saúde mental. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 22, 435-442.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das praticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amrante (Org.). *Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental e Coletiva. In P. Amarante (Coord.). *Archivos de Saúde mental e Atenção psicossocial* (pp.13-44). Rio de Janeiro: NAU.
- Couto, M. C. V. (2004). Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In T. Ferreira (Org.). *A criança e a saúde mental - Enlaces entre a clínica e a política* (pp. 61-72). Belo Horizonte: Autêntica.
- Cunha, J. P., & Cunha, R. E. (1998). Sistema Único de Saúde: princípios. In F. E. Campos et al. (Orgs.). *Caderno Planejamento e Gestão em Saúde* (pp. 12-26). Belo Horizonte: Coopmed.
- Cunha, G. T. (2005). A Clínica Ampliada. In G. T. Cunha. *A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec.
- Cunha, M. (2005a). Subjetividade e constituição de professores. In F. González Rey (Ed.). *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia* (pp. 191-213). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- D'allones, C. R. (2004). Psicologia clínica e procedimento clínico. In A. Giami & M. Plaza (Orgs.). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas* (pp.17-34). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Demo, P. (2001). *Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos*. Campinas: Papirus.
- Deslauriers, J-P., & Kérisit, M. (2008). O delineamento da pesquisa qualitativa. In J. Poupart et al. (Orgs.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp. 127-154). Petrópolis: Vozes.
- Dias, F. W. S. (2012). *A percepção dos trabalhadores da rede de atenção à infância sobre a loucura em crianças: possíveis impasses para o objetivo de (re)inserção social proposto pelo atual modelo brasileiro de reforma psiquiátrica*, Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: Implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 5(1), 95-121.
- Dimenstein, M. (2004). A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicologia: Ciência e Profissão* 24(4), 112-117. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000400013>
- Dimenstein, M. (2007). Micropolítica dos afetos: reinventando a participação e o controle social em saúde. In E. M. Rosa et al. (Org.), *Psicologia e saúde: desafios às políticas públicas no Brasil* (pp. 35-44). Vitória: Edufes.

- Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2012). Formação em psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 1(1), 23-245.
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 381-387.
- Duarte, J. (2005). Entrevista em profundidade. In J. Duarte & A. Barros (Org.). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas.
- Farr, R. M. (2008). *As raízes da psicologia social moderna* (P. A. Guareschi & P. V. Maia, trad.). Petrópolis: Vozes.
- Ferreira Neto, J. L. (2004). *A formação do psicólogo: clínica social e mercado*. São Paulo: Escuta.
- Ferreira Neto, J. L. (2008). Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 110-118.
- Ferreira Neto, J. L. (2008a). Psicologia e Saúde Mental: três momentos de uma história. *Saúde em Debate* (pp.18-26). Rio de Janeiro: CEBES.
- Ferreira Neto, J. L. (2013). Conversando sobre ensino, pesquisa e serviços de Saúde. In A. M. Lobosque & C. R. Silva (Orgs.). *Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática* (pp. 152-159). Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia 04.
- Ferreira Neto, J. L. (2017). *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS* (2ª ed. rev. ampl.). São Paulo: Escuta.
- Ferreira, G., & Spink, M. J. (2006). Cara a cara - A atuação como profissional de saúde. *Revista Diálogos*, 4, 46-48. São Paulo: Conselho Federal de Psicologia.
- Fonseca, T. M. G., & Kirst, P. G. (2004). O desejo de mundo: um olhar sobre a clínica. *Psicologia & Sociedade*, 16(3), 29-34.
- Foucault, M. (1987). *A Arqueologia do Saber* (3º ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In H. E. Dreyfirus, & P. Rabinow, *Michel Foucault uma trajetória filosófica* (pp. 231-249.) Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1995a). *Microfísica do Poder* (11ª reimp.). Rio de Janeiro: Graal.
- Franco, R. (2013). Território e subjetividade: uma (re)territorialização da loucura. In A. M. Lobosque & C. R. Silva (Orgs.), *Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática* (pp. 209-216). Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia 04.

- Freire, F. M. de S., & Pichelli, A. A. W. S. (2013). O Psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 162-173. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000100013>
- Freire, P. (1980). Práxis da libertação. In P. Freire. *Conscientização: teoria e prática da libertação - uma introdução ao pensamento de Paulo Freire* (pp.57-95) (3ª ed.). São Paulo: Moraes.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (2006). *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa* (33ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (2008). *Pedagogia do oprimido* (47ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Furtado, J. P. (2001). Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos. In A. Harari & W. Valentini (Orgs.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec.
- Furtado, J. P., & Campos, R. O. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(01), 109-122.
- Furtado, J. P., Oda, W. Y., Borysow, I.C., & Kapp, S. (2016). A concepção de território na Saúde Mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(9). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00059116>
- Furtado, O. (2012). 50 anos de Psicologia no Brasil: a construção social de uma profissão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 66-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500006>
- Gaskell, G. (2011). Entrevistas individuais e grupais. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som - um manual prático* (pp. 64-89). Petrópolis: Vozes.
- Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Geertz, C. (2001). Paisagem e acidente: Uma vida de aprendizagem. In C. Geertz. *Nova Luz sobre a Antropologia* (V. Ribeiro, trad.) (pp. 15-29). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Geertz, C. (2007). *O Saber Local: novos ensaios em antropologia interpretativa* (9ª ed.) (V. M. Joscelyne, trad.). Petrópolis: Vozes.
- Gill, R. (2007). Análise de discurso. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (P. A. Guareschi, trad.) (pp. 244-267). Rio de Janeiro: Vozes.
- Godoi, C. K., & Mattos, P. L. C. L. (2010). Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico. In A. B. Silva, A. B, C. K. Godoi & R. Bandeira-de-



- Melo (Orgs.). *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos* (pp. 301-323) (2ª ed.). São Paulo: Saraiva.
- Goffman, E. (1992). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Goldenberg, M. (2011). *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record.
- González Rey, F. (2004). *O social na Psicologia e a Psicologia Social: a emergência do sujeito*. Petrópolis: Vozes.
- Groulx, L-H. (2008). Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In J. Poupart et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp. 95-124). Petrópolis: Vozes.
- Guerra, A. M. C. (2003). Tecendo a rede na assistência em Saúde Mental Infanto-Juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In A. M. C. Guerra & N. L. Lima (Orgs.). *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental* (pp.171-189). Belo Horizonte: Autêntica.
- Haraway, D. (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, 5, 07-41.
- Heckert, A. L. C., & Neves, C. A. B. (2010). Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In Brasil (2010). Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Formação e intervenção. Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos Humaniza SUS* (pp. 13-28). Brasília: Ministério da Saúde.
- Iglesias, A. et al. (2009). Práticas psicológicas e promoção à saúde em unidades básicas de saúde. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1), 110- 127.
- Jovchelovitch, S., & Bauer, M. W. (2011). Entrevista Narrativa. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som - um manual prático* (pp. 90-113). Petrópolis: Vozes.
- Kind, L., & Coimbra, J. R. (2011). Revezamentos entre teoria e prática na reorientação da formação em saúde. In L. Kind, C. B. Batista & L. Gonçalves, L. (Orgs.). *Universidade e serviços de saúde: interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde* (pp. 68-83). Belo Horizonte: Ed. PUC Minas.
- Kinoshita, R. T. (1996). Em busca da cidadania. In F. C. Campos & C. M. Henriques (Orgs.), *Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos* (pp. 39-49). Santos: Scritta.
- Lacaz, A., Passos, P., & Louzada, W. (2013). Pesquisadora ou militante? Análises do pesquisar (sobre) implicação. *Mnemosine*, 9(1), 212-223.
- Lancetti, A. (2000). Saúde Mental nas Entradas da Metrópole. In Adib D. Jatene et al. (Orgs.), *Saúde Mental e Saúde da Família* (pp. 11-52). (Col. SaúdeLoucura, n.07). São Paulo: Hucitec.

- Lancetti, A. (2010). A formação como combate. In A. M. Lobosque (Org.), *Caderno Saúde Mental 3 - Saúde Mental: os desafios da formação* (pp.115-122). Belo Horizonte: ESP-MG.
- Lessa, C. (1999). A universidade e a pós-modernidade: o panorama brasileiro. *Dados*, 42(1), 159-188. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-5258199900010000>
- Lima, C. M. G. et al. (1996). Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4(1). 21-30.
- Lima, M. (2005). Atuação Psicológica Coletiva: uma trajetória profissional em Unidades Básicas de Saúde. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 431-440.
- Lo Bianco et al. (2006). Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In *Psicólogo Brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a formação* (pp.17- 45) (4ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lobosque, A. M. (2003). Clínica em movimento: o cotidiano de um serviço substitutivo em Saúde Mental. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios* (pp. 17-40). Rio de Janeiro: Garamond.
- Lobosque, A. M. (2009). Universidade e Reforma Psiquiátrica: um encontro a construir. In A. M. Lobosque (Org.). *Caderno de Saúde Mental 2 – Universidade e Reforma Psiquiátrica: interrogando a distância* (pp.19-24). Belo Horizonte: ESP-MG.
- Lobosque, A. M. (2010). A formação em saúde mental: ousemos avançar. In A. M. Lobosque (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 - Saúde Mental: os desafios da formação* (pp.107-114). Belo Horizonte: ESP-MG.
- Lobosque, A. M. (2013). O sujeito, o singular e o espaço público. In A. M. Lobosque & C. R, Silva (Orgs.). *Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática* (pp. 66-74). Belo Horizonte: CRP 04.
- Lourau, R. (1993). *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Lourau, R. (2004). *Análise Institucional*. São Paulo: Hucitec.
- Lourau, R. (2004a). Uma apresentação da análise institucional. In S. Altoé (Org.). *René Lourau - analista em tempo integral* (pp. 128-139). São Paulo: Hucitec.
- Lourau, R. (2004b). O estado na Análise Institucional. In S. Altoé (Org.). *René Lourau - analista em tempo integral* (pp. 140-153). São Paulo: Hucitec.
- Lourau, R. (2004c). Objeto e método da Análise Institucional. In S. Altoé (Org.). *René Lourau - analista em tempo integral* (pp.66-86). São Paulo: Hucitec.
- Ludke, M., & André, M. E. D. A. (2005). Abordagens qualitativas de pesquisa: a pesquisa etnográfica e o estudo de caso. In André, M. E. D. A., & Ludke, M. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas* (pp. 11-24) (9ª reimp.). São Paulo: EPU.

- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2011). Formação do psicólogo para a saúde mental: a psicologia piauiense em análise. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 15 (39), 1145-57.
- Machado, L. D. (2008). O que chamamos de clínica? In E. M. Rosa, L. Souza, L., & L. Z. Avellar (Orgs.). *Psicologia Social: temas em debate* (pp. 59-66). Vitória: UFES -ABRAPSO/GM Gráfica Editora.
- Machado, L. D., & Lavrador, M. C. C. (2001). Loucura e subjetividade. In: L. D. Machado, M. C. C. Lavrador, & M. E. B. Barros (Orgs.). *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo* (pp. 45-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Machado, M. N. M. (2002). *Entrevista de pesquisa: a interação pesquisador-entrevistado*. Belo Horizonte: C/Arte.
- Machado, R. (1981). *Ciência e Saber. A trajetória da arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal.
- Mangueneau, D. (2000). *Termos-chave da análise do discurso*. Belo Horizonte: UFMG.
- Malinowski, B. (1976). *Argonautas do Pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia*. (Coleção Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural.
- Marcos, C., Durães, F., & Julião, M. I. M. (2011). Das possibilidades de entrelaçamento entre universidades e serviços: a experiência de estágio curricular na “Laço” – Associação de Apoio Social”. In L. Kind, C. B. Batista & L. Gonçalves, L. (Orgs.). *Universidade e serviços de saúde: interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde* (pp. 320-336). Belo Horizonte: Ed. PUC Minas.
- Mari, H., Machado, I. D., & Mello, R. (Orgs.). (2001). *Análise do discurso: fundamentos e práticas*. Belo Horizonte: Núcleo de Análise do Discurso, FALE/UFMG.
- Martins, H. T. S. (2004). Metodologia qualitativa de pesquisa. In *Educação e Pesquisa*, 2 (30), 289-300.
- Medeiros Filho, A. B. (2010). *A construção do caso clínico na prática entre vários: uma contribuição à qualificação da atenção em saúde mental no âmbito da saúde pública.*, Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Mello, V. R. S., & Paulon, S. M. (2015). Travessias de Humanização na Saúde Mental: Tecendo Redes, Formando Apoiadores. In Brasil (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos Humaniza SUS vol. 5 Saúde Mental* (pp. 85-105). Brasília: Ministério da Saúde.

- Mendes E. V. (1993). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In E. E. Merhy & R. Onocko. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2007). *O cuidado é um acontecimento e não um ato*. Recuperado em 23 de maio de 2018, de <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-17.pdf>
- Merhy, E. E. (2010). Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In A. M. Lobosque (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 - Saúde Mental: os desafios da formação* (pp. 23-36). Belo Horizonte: ESP-MG.
- Merhy, E. E., & Feuerwerker, L. C. M. (2009). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In A. C. S. Mandarino & E. Gomberg (Orgs.). *Leituras de novas tecnologias em Saúde* (pp. 29-56). Aracajú: Editora da UFS.
- Minas Gerais (2006). Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. *Atenção em Saúde Mental [linha-guia]*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde.
- Minayo, M. C. S. (2006). Saúde e ambiente: uma relação necessária. In G. W. S. Campos et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp.81-110). São Paulo: HUCITEC.
- Minayo, M. C. S. (Org.) (2007). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Monceau, G. (2005). Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. *Educação e Pesquisa*, 31(3), 467-482.
- Monceau, G. (2008). Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal Revista de Psicologia*, 20(1), 19-26.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria – desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Moraes, M. (2014) Do “pesquisar com” ou de tecer e destecer fronteiras. In A. G. Bernardes, G.M. Tavares & M. Moraes. *Cartas para pensar políticas de pesquisa em psicologia* (pp. 131-138). Vitória: Edufes.
- Morin, E. (2005). *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina.
- Nascimento, M. L., & Coimbra, C. M. B. (2008) Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In A. R. Geisler, A. L. Abrahão & C. M. B.

- Coimbra (Org.). *Subjetividade, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos na formação em saúde* (pp. 143-153). Niterói: EDUFF. Recuperado em 04 de novembro de 2016, de: <http://www.infancia-juventude.uerj.br/pdf/livia/analise.pdf>
- Neves, V. F. A. (2006). Pesquisa-ação e etnografia: caminhos cruzados. In *Revista de Práticas Psicossociais*, 1(1), 1-17.
- Nicácio, F., Amarante, P., & Barros, D. (2005). Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In Amarante, P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2* (pp. 195-214). Rio de Janeiro: Nau.
- Nick, E., & Oliveira, S. B. (1998). Tendências políticas em saúde mental no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47(11), 583-589.
- Nunes, M. O., & Torrenté, M. de (2013). Abordagem etnográfica na pesquisa e intervenção em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2859-2868. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000010>
- Oliveira, M. V. (2009). Por um ensino antimanicomial: além da saúde. In A. M. Lobosque (Org.). *Caderno de Saúde Mental 2 – Universidade e Reforma Psiquiátrica: interrogando a distância* (pp. 87-101). Belo Horizonte: ESP-MG.
- Oliveira, M. V. (2010). A instituição do novo: preparando o trabalho com a coisa mental. In A. M. Lobosque (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 – Saúde Mental: os desafios da formação* (pp. 37-46). Belo Horizonte: ESP-MG.
- Oliveira, V., Martins, M., & Vasconcelos, A. (2012) *Entrevistas “em profundidade” na pesquisa qualitativa em administração: pistas teóricas e metodológicas*. In Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais, v.15, 1-12. São Paulo, Brasil. FGV; EAESP. Recuperado em 04 de novembro de 2016, de: [http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2012/artigos/E2012\\_T00259\\_PCN02976.pdf](http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2012/artigos/E2012_T00259_PCN02976.pdf).
- Organização Mundial da Saúde – OMS (2002). *Relatório sobre a saúde no mundo - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: CLIMEPSI. Recuperado em 04 de novembro de 2016, de: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>.
- Orlandi, E. P. (1987). *A Linguagem e seu funcionamento. As formas do discurso*. Campinas: Pontes.
- Orlandi, E. P. (2005). *Discurso e texto: formulação e circulação dos sentidos*. São Paulo: Pontes.
- Paim, J. S. (1993). A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In M. Z. Rouquayrol (Org.), *Epidemiologia & Saúde* (pp. 455-66) (4ª ed.). Rio de Janeiro: MEDSI.
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (2000). *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade.

- Palombini, A. L., Campos, R. T. O., Silveira, M., Gonçalves, L. L. M., Zanchet, L., Xavier, M. A. Z., & Marques, C. C. (2013). Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2899-2908.
- Paparelli, R. B., & Nogueira-Martins, M. C. F. (2007) Psicólogos em formação: vivências e demandas em plantão psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(1), 64-79.
- Passos, E., & Barros, R. B. de. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 6(1), 71-79.
- Passos, E., Kastrupe, V., & Escóssia, L. (Orgs.) (2009). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Passos, I. C. F. (2001). Modelos estrangeiros de políticas de saúde mental: indagações para nossa Reforma Psiquiátrica. *Vertentes*, 18, 7-17.
- Passos, I. C. F. (2003). A questão da cidadania do louco. In A. M. C. Guerra, L. Kind, L. Afonso & M. A. M. Prado (Orgs.). *Psicologia Social e Direitos Humanos* (pp.159-170). Belo Horizonte: Edições do Campo Social.
- Passos, I. C. F. (2008). Apresentação: situando a analítica do poder em Foucault. In *Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Passos, I. C. F. (2009). *Loucura e Sociedade: discursos, práticas e significações sociais*. Belo Horizonte: Argymentvm.
- Passos, I. C. F. (2009a). *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Passos, I. C. F. (no prelo). A análise foucaultiana e sua utilização em pesquisa etnográfica. *Revista Psicologia: teoria e pesquisa*.
- Passos, I. C. F., & Dias, F. W. S. (2013). A importância da pesquisa e da extensão acadêmica junto aos serviços de Saúde Mental para a formação continuada. In A. M. Lobosque & C. R. Silva (Orgs.), *Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática* (pp. 129-137). Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia 04.
- Paulon, S. M. (2004). Clínica ampliada: Que(m) demanda ampliações? In T. G. Fonseca & S. Engelman (Orgs.). *Corpo, Arte e Clínica* (pp. 259-273). Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Paulon, S. M. (2005). A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, 17(3), 18-25. Recuperado em 28 de agosto de 2016, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822005000300003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300003&lng=pt&tlng=pt). 10.1590/S0102-71822005000300003.

- Paulon, S. M. et.al (2011). Práticas clínicas dos profissionais 'psi' dos Centros de Atenção Psicossocial do Vale do Rio dos Sinos. *Psicologia & Sociedade*, 23 (spe), 109-119.
- Paulon, S. M. et al. (2015). Pesquisa intervenção participativa: uma aposta metodológica na articulação saúde mental – atenção básica. In L. Polejack et al. (Orgs.). *Psicologia e políticas públicas na saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios*. Porto Alegre: Rede Unida.
- Pêcheux, M. (1998). Sobre os contextos epistemológicos da Análise de Discurso (Marshall, A. M. D., & Rosário, H. M., trad.). *Cadernos de Tradução nº.1- Instituto de Letras*. (pp. 47-55). Rio Grande do Sul: UFRGS.
- Pêcheux, M., Leon, J., & Bonnafous, S. (1993). Apresentação da análise automática do discurso (1982). In F. Gadet, & T. Halk, (Orgs.). *Por uma análise automática do discurso* (pp.253-280). (2ª ed.). Campinas: Ed. Unicamp.
- Peirano, M. G. S. (1992). *A favor da etnografia*. Série Antropologia (130). Brasília: DAN/UNB. 21p.
- Pelbart, P. P. (2009). Por um corpo vivo: cartografias biopolíticas. In A. M. Lobosque (Org.). *Caderno de Saúde Mental 2 – Universidade e Reforma Psiquiátrica: interrogando a distância* (pp. 25-38). Belo Horizonte: ESP-MG.
- Penido, C. M. F. (2005). A clínica e a formação nos CERSAMs de Belo Horizonte. In P. Amarante (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2* (pp. 91-112). Rio de Janeiro: Nau.
- Penido, C. M. F. (2012). *Análise da implicação de apoiadores e trabalhadores da estratégia da saúde da família no apoio matricial em saúde mental*, Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Pessoti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. São Paulo: Editora 34.
- Quijano, A. (2005). Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In Lander, E. (Org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 227-278). Buenos Aires: CLACSO.
- Resende, H. (2001). Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão Histórica. In S. Tundis, & N. Costa (Orgs.), *Cidadania e Loucura*. Políticas de Saúde Mental no Brasil (pp.15-73) (7ª ed.) Petrópolis: Vozes.
- Ribeiro, F. J. R. (2011). *Da Razão ao Delírio: por uma abordagem interdisciplinar do conceito de loucura*. Curitiba: Juruá.
- Romagnolli, R. C. (2011). Reflexões acerca da formação dos psicólogos e sua relação com a saúde pública. In L. Kind, C. B. Batista, & L. Gonçalves (Orgs.). *Universidade e serviços de saúde: interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde* (pp.111-128). Belo Horizonte: Ed. PUC Minas.

- Romanelli, G., & Biasoli-Alves, Z. M. M. (1998). *Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP USP/CAPEs. Ribeirão Preto: Editora Legis-Summa.
- Ronzano, T. M., & Rodrigues, M. C. (2006). O Psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, Desafios e Redirecionamentos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(1), 132-143.
- Rorty, R. (1997). *Objetivismo, relativismo e verdade*. Escritos filosóficos I. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (1990). *Desinstitucionalização, uma outra via - A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados"* (M. F. de S. Nicácio, trad.). São Paulo: Hucitec.
- Saadallah, M. M. (2007). A psicologia frente às políticas públicas. In C. Mayorga, & M. A. M. Prado (Orgs.). *Psicologia social: articulando saberes e fazeres* (pp. 159-172). Belo Horizonte: Autêntica.
- Sampaio, M. I. C., Serradas, A., & Santos, A. A. A. dos. (2010) Psicologia: Ciência e Profissão: 30 anos registrando o avanço da Psicologia Brasileira. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(spe), 220-229. Recuperado em 04 de novembro de 2016, de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000500011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000500011&lng=en&nrm=iso).
- Santos, B. S. (1995). Da idéia da universidade à universidade de idéias. In B. S. Santos. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade* (pp. 187-231). São Paulo: Cortez.
- Santos, K. L., Quintanilha, B. C., & Dalbello-Araujo, M. (2010). A atuação do psicólogo na promoção da saúde. *Psicologia: teoria e prática*, 12(1), 181-196. Recuperado em 04 de novembro de 2016, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v12n1/v12n1a15.pdf>
- Santos, M. (1991). A revolução tecnológica e o território: realidades e perspectivas. *Revista Terra Livre*, 9, 7-17.
- Scheibel, A., & Ferreira, L. H. (2011). Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(4), 966-983.
- Seixas, R. (1977). Sapato 36 [Gravada por Raul Seixas]. On *O dia em que a terra parou*. Nova York: Warner Music Group (WGM).
- Silva Baptista, M. T. D. da. (2010). A regulamentação da profissão Psicologia: documentos que explicitam o processo histórico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(spe), 170-191. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000500008>
- Silva, C. R., & Vilela, A. M. A. (2013). Os percursos da formação em Saúde Mental. In A. M. Lobosque & C. R, Silva (Orgs.). *Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática* (pp.124-128). Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia 04.



- Silva, S. F. (2009). Formação e fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde: um debate necessário e urgente. *Divulgação para Saúde em Debate*, 44, 25-28. Rio de Janeiro: CEBES.
- Silveira, R. D., & Vianna, P. C. M. (2010). O ensino das disciplinas em saúde mental: os desafios de formar novos trabalhadores. In A. M. Lobosque (Org.). *Caderno Saúde Mental 3 - Saúde Mental: os desafios da formação* (pp.127-132). Belo Horizonte: ESP-MG.
- Soares, M. (2009). Universidade e Loucura: recriando territórios. In A. M. Lobosque (Org.), *Caderno de Saúde Mental 2 – Universidade e Reforma Psiquiátrica: interrogando a distância* (pp. 39-43). Belo Horizonte: ESP-MG.
- Soares, T. C. (2005). "A vida é mais forte do que as teorias" o psicólogo nos serviços de atenção primária à saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 25(4), 590-601. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000400008>
- Sousa, L. B., & Barroso, M. G. T. (2008). Pesquisa Etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem. *Escola Anna Nery*, 12(1), 150-155. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000100023>
- Souza, A. I. (2006). *A pedagogia de Paulo Freire*. Curitiba: Cefuria.
- Spink, M. J. (Org.) (2007). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spink, M. J. P., Brigagão, J. L. M., Nascimento, V. L. V., & Cordeiro, M. P. (Orgs.) (2014). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, ciências, saúde – Manguinhos*, 9(1), 25-59. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>
- Thiollent, M. (1981). *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária* (2ª ed.). São Paulo: Polis.
- Turner, J. (1984). Social identification and psychological group formation. In H. Tajfel (Org.). *The Social Dimension* (pp.518-538). Cambridge: Cambridge University Press.
- Vasconcelos, E. (1999). Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas últimas décadas. In A. M. Jacó-Vilela et al. *Histórias da Psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ/Nape. Recuperado em 19 de março de 2006 de: <http://www2.uerj.br/~cliopsyche/site/livros/cli01/mundosparalelosatequando.htm>.
- Viégas, L. S. (2007). Reflexões sobre a Pesquisa Etnográfica em Psicologia e Educação. *Diálogos Possíveis*, 6(1) (pp. 102-123).
- Viganó, C. (1999). A construção do caso clínico em psicanálise. *Curinga*, 13, 50-59. Belo Horizonte: EBP-MG.

- Vilela, A. M. J. (2012). História da Psicologia no Brasil: uma narrativa por meio de seu ensino. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 28-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500004>
- Vincentin, M. C. (2006). Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. *Revista de Terapia Ocupacional*, 17(1), 10-7.
- World Health Organization – WHO (1991). *Healthy cities project*: a project becomes a movement. WHO Regional Office for Europe. Recuperado em 05 de janeiro de 2017, de: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/101446/WA\\_380.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/101446/WA_380.pdf?ua=1)
- Yamamoto, O. H. (1987). *A crise e as alternativas da Psicologia*. São Paulo: EDICON.
- Yamamoto, O. H. (2012). 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 6-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500002>
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

## **APÊNDICE A - A cidade de Ipatinga, sua história e a presença da psicologia e da psicanálise na saúde pública municipal**

Sobre a cidade de Ipatinga, cabe esclarecer que está localizada, aproximadamente, a 220 km de Belo Horizonte, Minas Gerais, e se constitui como o principal município da região do Vale do Aço, que é composto por mais 03 (três) municípios: Coronel Fabriciano, Timóteo e Santana do Paraíso. A centralidade de Ipatinga se dá tanto por seu desenvolvimento econômico quanto por seu desenvolvimento sócio-cultural. Oferece para as cidades da região atividades e serviços de comércio, saúde, lazer, educação, empregabilidade, dentre outros. Em termos comparativos, podemos entender que a dinâmica do município de Ipatinga é similar a dinâmica de Belo Horizonte em relação às cidades ao seu entorno, a chamada região metropolitana. No quesito educação superior, cabe ressaltar que o município possui 05 (cinco) faculdades em seu território, sendo que, em 03 (três) delas, é ofertado o curso de graduação em Psicologia. Vale destacar que, no que refere à formação de psicólogos existe na cidade um CEPP – aos moldes das Escolas de Psicanálise em Belo Horizonte – tendo inclusive uma ligação íntima com membros da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP), de Minas Gerais. Este Centro de Estudos abriga as inquietações dos psicanalistas do Vale do Aço, incluindo-se aí alguns que são profissionais da rede de saúde mental e que mantêm nela certa posição de destaque, tanto no sentido de cargos estrategicamente ocupados quanto por suas produções acadêmicas. Segundo um dos entrevistados “[...] o CEPP não é da saúde mental diretamente, mas incorpora temas da saúde mental com grande vitalidade, né.” (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017). Com relação às faculdades que ofertam o curso de psicologia existentes na região, ressalta-se que alguns profissionais da rede de saúde mental ipatinguense atuam nelas como docentes. Também, parte significativa dos profissionais dessa rede são graduados e/ou pós-graduados em universidades privadas ou públicas em cidades circunvizinhas como Belo Horizonte, destacando-se a UFMG. Apesar da distância entre os municípios, os cidadãos ipatinguenses mantêm uma relação de familiaridade com a capital mineira tanto para os estudos, principalmente ligados às pós-graduações, quanto para o lazer e demais serviços ofertados por uma metrópole.

A história da cidade está intimamente ligada à implantação da Usiminas

(Usina Intendente Câmara) iniciada por volta dos anos de 1950. Com uma grande usina siderúrgica em seu território, a região que ainda não era um município, mas um distrito da cidade vizinha, Coronel Fabriciano/MG atraiu para si grande contingente de pessoas em busca de novas oportunidades. Há relatos que, antes mesmo do funcionamento efetivo da usina, apenas com a notícia de que ali se instalaria uma grande empresa, vários “aventureiros” foram atraídos para a região, o que aumentou a necessidade de planejamento local. A emancipação de Ipatinga, antes distrito de Coronel Fabriciano, é condicionada historicamente à criação da Usiminas. Todavia, a história salienta que a empresa, em seus primórdios, não tinha um maior comprometimento com a região e suas condições de residencialidade. Os empregados da empresa foram instalados em acampamentos improvisados, distribuídos por toda a extensão do, até então, distrito. Já os “aventureiros” amontoaram seus barracos nos escassos espaços públicos.

O planejamento urbano refletiu a hierarquia existente na Usiminas. Ao lado direito da linha férrea que atravessa a cidade – sentido Belo Horizonte-Vitória/ES, encontramos os bairros que foram construídos pela usina, obedecendo a divisão de seus cargos: bairros para operários, bairros para técnicos, bairros para engenheiros, bairros para diretores da empresa. E do lado esquerdo, encontramos os bairros que foram construídos sem planejamento urbano, visto que se constituíram com a chegada de um grande contingente de pessoas que buscavam em Ipatinga oportunidades de emprego.

Com o desenvolvimento urbano e econômico de Ipatinga, se tornou fundamental que o município tivesse autonomia administrativa. Tomando ares de cidade, emancipou-se de Coronel Fabriciano em 29 de abril de 1964. Contudo, com uma grande gama de pessoas oriundas de vários lugares, sem emprego, sem condições dignas de moradia, a pobreza aparente e a insuficiência das ações da empresa no sentido de contemplar a todos se evidenciaram. Isso, pois, quase todos os recursos que existiam na cidade eram de domínio da Usiminas: escola, hospital, farmácias, supermercados, serviços de lazer e cultura etc. Tal quadro começou mudar com a responsabilização do poder público, via prefeitura, na garantia e acesso aos direitos sociais básicos aos moradores e com a chegada da especulação imobiliária por volta dos anos de 1970, e sua correlata melhoria dos bairros periféricos ou instalados à margem esquerda da linha férrea. Também, na segunda

metade da década de 1980, assumiu a prefeitura da cidade um candidato apoiado pela Central Única dos Trabalhadores (CUT), permanecendo por vários anos na gestão do município, trazendo para a cidade melhorias efetivas nas condições de vida dos cidadãos, principalmente àqueles moradores dos bairros não construídos pela Usiminas. De tais melhorias, relata-se a construção de escolas, dispositivos de saúde, como os “Postos de Saúde”, hospital municipal, áreas de lazer, dentre outros (Barboza, 2009; Correia Jr., 2016).

No que se refere, especificamente, à saúde mental no município “com a chegada de um governo de face mais de esquerda popular democrática nós resolvemos, então, tentar pôr em prática as premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira” (Sujeito 1, entrevista de pesquisa, 31 de outubro, 2017). De certo modo, essas e outras ações das gestões de esquerda dissolveram a demarcação explícita entre os funcionários e não-funcionários da Usina no que se refere ao acesso à bens e serviços, incluindo-se os de saúde. Entretanto, a cidade nasceu demarcada por aqueles que eram, de certo modo, assistidos pela Usina (seus funcionários) e aqueles que não eram e, por essa razão, mais vulneráveis. Tacitamente, isso ainda persiste, porém, o visível desenvolvimento da região em outros setores tirou o foco da indústria e, de certo modo, o “brilho fálico” da Usina.

## APÊNDICE B - Roteiro para Entrevista

### 1) Dados pessoais

Nome completo:

Data de nascimento:

Identidade de gênero:

Situação marital:

Naturalidade:

Endereço:

Telefone:

Formação:

### 2) Temáticas/questões norteadoras

- Nível de formação; Ano de formação; Instituição formadora;
- Há quanto tempo trabalha no campo da Saúde Mental (em especial na rede a ser pesquisada);
- O motivo de trabalhar na Saúde Mental (verificar se foi uma escolha ou não, o que aconteceu...);
- Durante a formação verificar se teve contato com as políticas públicas de Saúde (SUS), especialmente, as de Saúde Mental (Reforma Psiquiátrica). Se não teve contato, o que fez para lidar no trabalho, para a prática cotidiana;
- Sobre a Reforma Psiquiátrica: investigar o que se lembra de ter recebido da formação: conteúdos estudados, práticas, estágios; visitas técnicas...;
- Durante a formação havia outros conteúdos estudados, que não são formalmente nomeados pela Saúde Mental, mas que ajudavam e/ou ajudam compreender a Reforma Psiquiátrica e contribuir para a prática cotidiana;
- Verificar se teve alguma prática na área durante a formação ou alguma experiência extraclasse que acredita ter sido significativa para escolha pela Saúde Mental; Se não foi uma escolha o que houve;
- Investigar se houve alguma experiência de vida que acredita ter direcionado essa escolha (quando for o caso) e se não foi escolha se associou, posteriormente, alguma experiência de vida ao trabalho;
- Dos conteúdos/autores estudados quais coincidem ou não com o trabalho atual da prática cotidiana.
- Teve contato com outros conteúdos/autores que não são estritamente da Saúde Mental que, porventura ajudam no trabalho; Quais/Quem são; Existe algum que não era estudado na Reforma e que acredita contribuir mais que os ditos reformistas;

- O que pensa sobre a formação que recebeu na universidade;
- Realizou curso de pós-graduação; O que o levou a especializar-se;
- Participou de cursos complementares, capacitações etc.; o que o levou a fazê-los;
- Quais os maiores desafios, colocados pelos casos, enfrentados no cotidiano do serviço; Verificar se remetem a algo da formação e ao quê remetem;
- Em que medida a formação recebida na graduação está convergindo ou não com os desafios da prática;
- Em que medida a formação recebida nos cursos, nas capacitações, nas pós-graduações... Contribuem ou não para a prática;
- O material da Política que orienta os serviços ajuda ou não no cotidiano de trabalho (as cartilhas, linhas-guias, planos de saúde mental etc.);
- Se não, ou pouco contribui, o que faz para enfrentar os desafios cotidianos da prática que acredita não ter aprendido na universidade, nos cursos, nas capacitações, e nem pela orientação da Política etc.;
- Verificar se há casos em que é preciso fazer algo que não está orientado pela Política ou pela teoria; Pedir exemplos; Buscar compreender, em experiência própria, como enfrenta o cotidiano de trabalho; Existe algo que faz que não esteja nos livros e nem na orientação política que ajuda na prática cotidiana;
- Leu ou lê outras coisas, literatura, artes, etc. e já tirou disso alguma orientação para a prática profissional;
- Participou ou participa de outras experiências fora da universidade, na época da graduação e, atualmente, fora dos serviços que acredita que contribuem ou contribuiriam para sua formação para o trabalho na Saúde Mental; Se positivo, que experiências são essas;
- Existem iniciativas de formação entre os profissionais do serviço; Quais são; Como se organizam; E como faz para continuar a se formar;
- Acredita ser necessário possuir alguma característica específica para atuar na Saúde Mental;
- Como acredita que um profissional se forma para atuar na Saúde Mental;
- Verificar se deseja dizer algo que não tenha sido abordado.

## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) \_\_\_\_\_

Vimos convidá-lo(a) a participar da pesquisa *“A saúde mental faz o que não existe”*: para além do instituído, a formação do psicólogo para o cuidado em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica, que tem como objetivo principal investigar e analisar o que pensa o psicólogo sobre sua formação e os sentidos que atribui a ela para atuação no campo da Saúde Mental, num contexto de Reforma Psiquiátrica em processo de construção. Também, identificar possíveis elementos que possam ser considerados como formação, para além do instituído pela academia e/ou pela política orientadora da assistência em Saúde Mental no Brasil.

Considerando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no seu item V, "toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". De fato, qualquer abordagem implica um risco mínimo, por exemplo, os desconfortos advindos de lembranças desagradáveis suscitados durante uma entrevista. Assim, serão feitas algumas perguntas relacionadas à sua formação acadêmica e complementar no campo da saúde mental, podendo haver risco de desconforto em relação a elas. No entanto, o(a) senhor(a) tem todo o direito de se recusar a responder, ficando sua autonomia e interesses preservados. Destacamos que serão realizados procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade das informações produzidas pela pesquisa, assim como a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes.

Ao concordar em participar, você será entrevistado(a) em um local de sua preferência. Para garantir a qualidade dos dados, solicitamos a sua aprovação para que a entrevista seja gravada. O pesquisador fará uma devolução sobre os dados analisados ao final da pesquisa.

Os materiais utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, na sala 4040 da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização. Você poderá solicitar esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou não, a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, no Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais da Universidade Federal de Minas Gerais (sala 4040 da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas), e a outra será fornecida a você.



## Declaração de Consentimento

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identidade \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa *“A saúde mental faz o que não existe”: para além do instituído, a formação do psicólogo para o cuidado em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica*, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

( ) Concordo que minha entrevista seja utilizada somente para esta pesquisa.

( ) Concordo que minha entrevista possa ser utilizada em outras pesquisas, mas serei comunicado(a) pelos pesquisadores novamente e assinarei outro Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que explique para que será utilizado o material.

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome completo do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Nome completo da **Pesquisadora Responsável**: Izabel Christina Friche Passos  
Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Sala 4040

Tel: (31) 3409-6281 - E-mail: izabelfrichepassos@gmail.com

Assinatura da pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome completo do **Pesquisador (doutorando)**: Fábio Wallace de Souza Dias  
Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Sala 4040

Tel: (31) 3409-6281 - E-mail: fabiowsdias@yahoo.com.br


Assinatura do pesquisador (doutorando): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

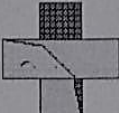
**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais:**

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II – 2º. Andar – sala 2005  
CEP: 31270-901 – BH – MG – Telefax (31) 3409-4592 – E-mail: coep@prpq.ufmg.br

## ANEXO A - Carta de Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga



**PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Sistema Único de Saúde



---

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

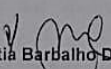
Ipatinga, 28 de Abril de 2017

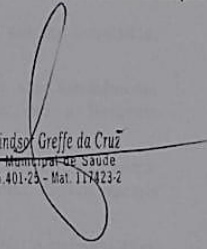
Ao  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais,


A Prefeitura Municipal de Ipatinga, através dos seus prepostos **Kátia Barbalho Diniz Costa**, Secretária Municipal de Saúde e **Ilrisnett de Souza Resende**, Diretora do Departamento de Atenção Especializada – DAES onde se encontra inserido a Seção de Saúde Mental, autoriza o desenvolvimento do trabalho de pesquisa intitulado “*A saúde mental faz o que não existe*”: para além do instituído, a formação do psicólogo para o cuidado em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica”, sob a responsabilidade e orientação da professora Dr<sup>a</sup> Izabel Christina Friche Passos, a ser desenvolvido pelo aluno Fábio Wallace de Souza Dias, do curso de doutorado do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

Declaro estar ciente do conteúdo deste trabalho de pesquisa – que me foi apresentado – incluindo seus objetivos, benefícios e justificativa. Afirmando, também, estar de acordo com a proposta apresentada e disponho-me a colaborar tendo conhecimento de que o projeto será empreendido com profissionais da rede de Saúde Mental do município de Ipatinga-MG.

Atenciosamente,

  
**Kátia Barbalho Diniz Costa**  
 Secretária Municipal de Saúde

  
**Edeuvin Windsor Greffe da Cruz**  
 Secretário Municipal de Saúde  
 CPF: 609.485.401-23 - Mat. 117423-2

  
**Ilrisnett de Souza Resende**  
 Diretora do Departamento de Atenção Especializada - DAES

---

Gabinete do Secretário Municipal de Saúde  
 Av. Maria Jorge Selim de Sales, 100 – 5º andar, Centro  
 (31) 3829 8250 – TELEFAX (31) 3829 8155  
 IPATINGA - MINAS GERAIS  
 CEP 35 160 011

## ANEXO B - Parecer Consubstanciado do COEP/UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** "A SAÚDE MENTAL FAZ O QUE NÃO EXISTE": PARA ALÉM DO INSTITUÍDO, A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

**Pesquisador:** Izabel Christina Friche Passos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 80261317.5.0000.5149

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.422.765

#### Apresentação do Projeto:

"O presente projeto de pesquisa de doutorado tem por investigar e analisar o que pensa o psicólogo sobre sua formação e os sentidos que atribui a ela para atuação no campo da Saúde Mental e em que medida ela está, ou não, convergindo com os desafios da prática um contexto de Reforma Psiquiátrica em processo de construção. Trata-se de uma pesquisa participativa que utilizará como técnicas a entrevista em profundidade, a pesquisa documental e o registro em diário de campo de observações auto-reflexivas do pesquisador relativas ao processo de investigação. Os participantes da pesquisa serão sujeitos intencionalmente selecionados pelo pesquisador. O recrutamento desses será realizado pelo pesquisador através de contatos com profissionais da rede assistencial pública de saúde mental do município de Ipatinga/MG. Assim, serão incluídos na pesquisa profissionais com formação acadêmica em psicologia e que tenham contribuição conforme os objetivos da pesquisa, mediante convite e manifestação livre e espontânea de interesse. Os dados coletados serão analisados pelo método da Análise do Discurso (AD)",

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar e analisar o que pensa o psicólogo sobre sua formação e os sentidos que atribui a ela para atuação no campo da Saúde Mental e em que medida ela está, ou não, convergindo com os

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.422.765

desafios da prática um contexto de Reforma Psiquiátrica em processo de construção.

Objetivo Secundário:

a) investigar e analisar as concepções de psicólogos, inseridos num contexto de Reforma Psiquiátrica, acerca da formação para atuação no campo da Saúde Mental; b) investigar e examinar os sentidos que os psicólogos atribuem à sua própria formação acadêmica e àquela ofertada pela gestão da política; c) identificar possíveis elementos que possam ser considerados como “formação em ato” ou “deformação” – aquilo que está para além do prescrito pela academia e/ou pela política orientadora da assistência em Saúde Mental no Brasil; d) investigar e analisar em que medida a “formação em ato” articula-se ou extrapola os saberes acadêmicos e da política orientadora da assistência ao ser resignificada pelos próprios psicólogos, e se ela pode ou não contribuir para a (re)orientação da assistência no sentido de promover a atenção integral e a reinserção social do usuário; e) desenvolver estudo teórico-prático e produzir conhecimento sobre os significados, avanços e desafios da formação do psicólogo para atuação em Saúde Mental no Brasil, no contexto da Atenção Psicossocial, a fim de contribuir para o campo da Psicologia e da Saúde Mental.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador descreve os seguintes benefícios e possíveis riscos.

Riscos:

Durante a realização das entrevistas, serão feitas algumas perguntas aos participantes com o objetivo de alcançar os objetivos da pesquisa. Algumas dessas perguntas estarão relacionadas à formação acadêmica e complementar no campo da saúde mental, principalmente, dessas pessoas e, nesse caso, podendo haver risco de desconforto com relação a algumas das perguntas realizadas. No entanto, todos os participantes terão o direito de se recusar a responder qualquer pergunta que lhe traga algum desconforto ou constrangimento. Assim, os indivíduos envolvidos na pesquisa serão tratados com dignidade e respeitados em sua autonomia e interesses. Serão realizados procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade das informações produzidas pela pesquisa, assim como a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das instituições pesquisadas.

Benefícios:

Levando-se em consideração o desenho metodológico proposto no projeto, espera-se que a pesquisa possa contribuir para a produção de conhecimento sobre os avanços e desafios da formação do psicólogo para atuação no campo da Saúde Mental brasileira, no contexto da Atenção

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/J 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coop@prpq.ufmg.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.422.765

Psicossocial e para as práticas de saúde mental realizadas no contexto onde a pesquisa será realizada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de Doutorado com tema relevante para a área de Psicologia Social,

Previsão de término: 10/7/2018.

Centro coparticipante: Município de Ipatinga - MG.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram anexados todos os termos de apresentação obrigatória, devidamente preenchidos e/ou redigidos, e que estão listados abaixo.

**Recomendações:**

Na Carta Circular nº 51-SEI/2017-CONEP/SECNS/MS, o CONEP esclarece, no ponto 3 - b: "No caso de TCLE que tenha um conteúdo de síntese/resumo ao final, este deve ser redigido com o ponto de vista do pesquisador, e não na forma de declaração do participante da pesquisa. Assim, é aceitável que o trecho final tenha frases como "Você pode sair do estudo quando quiser, sem qualquer prejuízo a você", ou "Vamos realizar quatro coletas de sangue no período do estudo", deixando claro que se trata de uma síntese para o participante que está lendo o documento, antes que ele aponha sua assinatura".

Recomenda-se, portanto, que seja modificado o trecho final do TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somos favoráveis à aprovação do projeto "A SAÚDE MENTAL FAZ O QUE NÃO EXISTE": PARA ALÉM DO INSTITUÍDO, A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA", da pesquisadora responsável Profa. Izabel Christina Friche Passos, confiantes que a recomendação acima será realizada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/I 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 2.422.765

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_875338.pdf	22/11/2017 20:57:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/11/2017 20:50:48	Fábio Wallace de Souza Dias	Aceito
Outros	Parecer.pdf	21/11/2017 17:48:44	Fábio Wallace de Souza Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	21/11/2017 17:44:38	Fábio Wallace de Souza Dias	Aceito
Outros	carta_secretaria.pdf	21/11/2017 16:13:59	Fábio Wallace de Souza Dias	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	21/11/2017 16:11:14	Fábio Wallace de Souza Dias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_pesquisadores.pdf	21/11/2017 16:08:27	Fábio Wallace de Souza Dias	Aceito
Cronograma	Cronograma_pesquisa.pdf	21/11/2017 16:07:52	Fábio Wallace de Souza Dias	Aceito
Outros	Roteiro.pdf	21/11/2017 16:07:12	Fábio Wallace de Souza Dias	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	21/11/2017 12:42:47	Fábio Wallace de Souza Dias	Aceito
Outros	80261317parece.pdf	07/12/2017 15:43:39	Vivian Resende	Aceito
Outros	80261317aprovacao.pdf	07/12/2017 15:43:55	Vivian Resende	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 07 de Dezembro de 2017

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Vivian Resende**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/J 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br