

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ROSIANE MAGALHÃES DE OLIVEIRA

INTERDISCIPLINARIDADE E ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM CENTROS DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) - PRODUÇÃO DE SENTIDOS E  
SUBJETIVIDADES

CURITIBA

2018

ROSIANE MAGALHÃES DE OLIVEIRA

INTERDISCIPLINARIDADE E ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM CENTROS DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) - PRODUÇÃO DE SENTIDOS E  
SUBJETIVIDADES

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. Norma da Luz Ferrarini.

CURITIBA

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE  
BIBLIOTECAS/UFPR- BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS  
COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR  
Bibliotecário: Guilherme Luiz Cintra Neves – CRB9/1572

---

O482i Oliveira, Rosiane Magalhães de  
Interdisciplinaridade e atenção à saúde mental em Centros de Atenção  
Psicossocial (CAPS) : produção de sentidos e subjetividades / Rosiane  
Magalhães de Oliveira. – Curitiba, 2018.  
129 f. : il. color. ; 30 cm.

Dissertação - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências  
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2018.

Orientador: Norma da Luz Ferrarini.  
Bibliografia: p. 113-118.

1. Interdisciplinaridade. 2. Reabilitação Psicossocial. 3. Saúde mental. 4.  
Subjetividade. I. Universidade Federal do Paraná. II.Ferrarini, Norma da Luz.  
III. Título.

CDD: 155.92

---



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR CIÊNCIAS HUMANAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **ROSIANE MAGALHÃES DE OLIVEIRA**, intitulada: **INTERDISCIPLINARIDADE E ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) - PRODUÇÃO DE SENTIDOS E SUBJETIVIDADES**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 12 de Julho de 2018.

  
NORMA DA LUZ FERRARINI(UFPR)  
(Presidente da Banca Examinadora)

  
LUCIANA ALBANESE(UFPR)

  
YARA LUCIA MAZZIOTTI BULGACOV(UP)

Dedico esta dissertação ao meu filho Gabriel, que me ensina diariamente a ser uma pessoa melhor e a amar incondicionalmente.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, o grande Autor em quem coloco a minha fé, quem abre as portas e possibilita minha caminhada. Sem Ele jamais teria chegado até aqui. Meu infindável agradecimento.

Ao meu filho Gabriel, que me inspira a seguir em frente, a crescer e almejar coisas novas. A ele que esteve presente durante todo esse percurso com seu carinho e compreensão quando muitas horas de brincadeiras lhe foram poupadas para que esse trabalho fosse concluído. A ele que suportou com tanto amor todos os momentos do processo de produção desta dissertação. Te amo infinitamente filho! Você faz minha vida ser ainda melhor!

Aos meus pais, que me ensinaram desde a tenra infância a valorizar a busca pelo conhecimento e o valor do trabalho. Obrigado por toda sabedoria, amor e ajuda dispensada até aqui.

À professora Norma da Luz Ferrarini por toda atenção dispensada. Pelas orientações tão cheias de conhecimento, por sua disponibilidade e acolhimento, por me ensinar de forma tão compreensiva e terna. Sinto orgulho de poder ter sido sua aluna. Minha gratidão e admiração são incomensuráveis.

Aos CAPS e às profissionais que participaram da pesquisa cedendo seu tempo com boa vontade e disponibilidade. Sem vocês nada disso seria possível. A colaboração de vocês foi fundamental para a qualidade da produção desta dissertação.

Às minhas colegas de trabalho, por compreenderem minhas ausências, meus momentos de grande ansiedade, pela parceria em cada etapa. Meu agradecimento especial a Fernanda, Rafaela e Rosa, pelo incentivo desinteressado, pelas discussões e leituras que contribuíram para que eu pudesse chegar até aqui.

Às minhas queridas colegas de mestrado, Karina, Val e Cássia, com as quais compartilhei momentos significativos nessa trajetória. Sentirei saudades das discussões, dos cafés acompanhados de muita conversa, dos momentos de desabafo, do afeto dedicado em cada gesto carinhoso. Obrigado por me acolherem com todas as minhas "diferenças" e dificuldades de se fazer presente.

Aos meus amigos de "outros lugares" e aos familiares que souberam ser pacientes com a minha ausência nos momentos em que precisei dizer: "Hoje não vai dar, tenho que estudar, preciso me dedicar à minha dissertação". Agradecimentos especiais aos "papis" Flavia e Dudu, que sempre estiveram na retaguarda, ajudando em conselhos e orações. Vocês são essenciais na minha vida!

Às professoras Yara Lucia Mazziotti Bulgacov, Luciana Albanese Valore e Roberta Kafrouni, por aceitarem gentilmente fazer parte tanto da banca do exame de qualificação quanto de defesa, contribuindo com seu conhecimento. Meu mais sincero agradecimento.

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão  
uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe  
faltasse uma gota.

Madre Teresa de Calcutá



## RESUMO

Este trabalho visa investigar quais os sentidos subjetivos da interdisciplinaridade no cuidado em saúde mental para profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esta pesquisa está pautada nos preceitos da Epistemologia Qualitativa, na Teoria da Subjetividade e no método construtivo-interpretativo propostos por Fernando González Rey (1997, 2002, 2005). Foram realizados três encontros de grupos focais com seis profissionais de diferentes áreas de atuação (uma psicóloga, uma enfermeira, uma assistente social, uma psiquiatra, uma pedagoga e uma fisioterapeuta) que atuam em três CAPS (CAPS Infantojuvenil, CAPS AD e CAPS II). Também foram entrevistadas as quatro psicólogas que atuam nessas instituições e realizadas observações participantes nos locais pesquisados. Para análise e construção da informação buscou-se averiguar os sentidos subjetivos produzidos pelos profissionais frente à realidade do trabalho interdisciplinar na atenção em saúde mental, submetendo-se à reflexão os temas que permearam a produção de informações. Para tanto, foi realizada a construção e sistematização de indicadores, que possibilitaram a formação de núcleos de sentidos, os quais organizaram a produção de informações e permitiram a construção de um modelo interpretativo, propondo uma nova inteligibilidade do fenômeno estudado, orientando o conhecimento sobre os sentidos subjetivos da interdisciplinaridade na atenção em saúde mental. O processo de análise e construção de informações evidenciou que a atuação interdisciplinar nos CAPS produz sentidos subjetivos diversos, os quais revelam a complexidade, os desafios e limitações de se trabalhar de forma interdisciplinar, bem como a importância e a potencialidade do trabalho em equipe. Além disso, as condições precárias de trabalho, a forma de gestão dos serviços, as características pessoais dos profissionais, a dinâmica diferenciada de trabalho, o papel profissional e a formação acadêmica deficitária também despontaram como fatores geradores de sentidos subjetivos. Os resultados apontam que os profissionais não percebem que sua formação acadêmica os capacitou para a atuação interdisciplinar, tão pouco para atuar nas políticas públicas de saúde mental. A realidade encontrada reafirma que a política de saúde mental ainda encontra muitos percalços para se solidificar. A forma como os CAPS estudados estão organizados reflete a reprodução de uma ordem social, subjetivada coletivamente, que não tem encontrado momentos de tensão que possam levar a uma mudança. Mesmo que o estudo tenha exposto precariedades e fragilidades dos serviços e das relações de poder, ele traz dados importantes no que concerne às possibilidades de se criar alternativas capazes de abrir novos caminhos de subjetivação no curso das experiências vividas no contexto do trabalho interdisciplinar nos CAPS. Constata-se a possibilidade e importância dos profissionais gerarem novos sentidos subjetivos e novos espaços de subjetivação no contexto normativo-institucional dos CAPS para enfrentarem os dilemas e desafios apresentados e, assim, efetivarem uma prática interdisciplinar voltada para a saúde mental. Os resultados desse trabalho são indicadores de que as transformações que se desejam produzir na atenção psicossocial em saúde mental dependem de um engajamento conjunto de todas as categorias profissionais que atuam nesse campo, assim como as instituições formadoras acadêmicas e as instâncias de governo.

**Palavras-chave:** Interdisciplinaridade. Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Saúde mental. Subjetividade. Sentidos Subjetivos.

## ABSTRACT

This study aims to investigate what the subjective senses of interdisciplinarity in mental health care professionals who work in Psychosocial Care Centers (CAPS). This research is based on the precepts of Qualitative Epistemology, in the Subjectivity Theory and in the constructive-interpretative method proposed by Fernando González Rey (1997, 2002, 2005). Three focus group meetings were held with six professionals from different areas of activity (a psychologist, a nurse, a social worker, a psychiatrist, a pedagogue, and a physiotherapist) working in three CAPS (Child CAPS, CAPS AD and CAPS II). Also interviewed were the four psychologists who work in these institutions and participant observations were carried out at the sites surveyed. For the analysis and construction of the information the subjective senses produced by the professionals in the face of the reality of the interdisciplinary work in mental health care were investigated, submitting to reflection the themes that permeated the production of information. For that reason, the construction and systematization of indicators was carried out, that allowed the formation of sense nuclei, which organized the production of information, and allowed the construction of an interpretative model, proposing a new intelligibility of the studied phenomenon, guiding the knowledge of the subjective senses of interdisciplinarity in mental health care. The process of analysis and information construction evidenced that the interdisciplinary action in the CAPS produces diverse subjective senses, which reveal the complexity, challenges and limitations of working in an interdisciplinary way, as well as the importance and potential of teamwork. Furthermore, the precarious work conditions, the way the services are managed, the personal characteristics of the professionals, the differentiated dynamics of work, the professional role and the deficit academic formation also emerged as factors generating subjective senses. The results show that professionals do not realize that their academic training enabled them to perform interdisciplinary activities, nor to act on public mental health policies. The reality found reaffirms that mental health policy still finds many obstacles to solidify. The way the CAPS studied are organized reflects the reproduction of a social order, collectively subjectivated, that has not found moments of tension that can lead to a change. Even though the study has exposed precariousness and fragility of services and power relations, it brings important data regarding the possibilities of creating alternatives capable of opening new paths of subjectivation during the experiences lived in the context of the interdisciplinary work in the CAPS. It is verified the possibility and importance of the professionals to generate new subjective senses and new spaces of subjectivation in the normative-institutional context of the CAPS to face the dilemmas and challenges presented and, thereby, to implement an interdisciplinary practice focused on mental health. The results of this work are indicators that the transformations that are desired to produce in psychosocial attention in mental health depend on a joint engagement of all the professional categories that work in this area, as well as academic institutions and government bodies.

**Key words:** Interdisciplinarity. Psychosocial Care Center - CAPS. Mental health. Subjectivity. Subjective senses.

## LISTA DE SIGLAS

BVS	-	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CEMAE	-	Centro Municipal de Atenção Especializada em Educação
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP	-	Conselho Federal de Psicologia
CRAS	-	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	-	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CREPOP	-	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PTS	-	Plano Terapêutico Singular
RAPS	-	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	-	Técnico ou Terapeuta de Referência
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	-	World Health Organization

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	14
2	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.1	TEORIA DA SUBJETIVIDADE.....	23
2.2	SAÚDE MENTAL E OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) - a reorientação do modelo assistencial.....	30
2.3	A INTERDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	35
2.4	A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	40
	Breve síntese .....	44
3	PERCURSO METODOLÓGICO .....	46
3.1	BASES CONCEITUAIS - EPISTEMOLOGIA QUALITATIVA .....	46
3.2	CONTEXTO DA PESQUISA .....	48
3.3	SUJEITOS PARTICIPANTES .....	50
3.4	ASPECTOS ÉTICOS .....	51
3.5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE PRODUÇÃO DE DADOS .....	52
3.6	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE ORGANIZAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE INFORMAÇÃO .....	56
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS - A CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO.....	60
4.1	SENTIDOS SUBJETIVOS DA ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR NOS CAPS: DILEMAS E DESAFIOS .....	60
4.1.1	<i>Trabalho interdisciplinar - o desafio como sentido .....</i>	61
4.1.2	<i>Precarização do serviço público - a necessidade de recursos humanos, materiais e educacionais como sentido .....</i>	65
4.1.3	<i>Entraves da forma de gestão - a relação profissional/gestão como geradora de sentido no processo de trabalho .....</i>	67
4.1.4	<i>Formação deficitária - os sentidos gerados a partir da falta de conhecimento/capacitação .....</i>	71

4.1.5	<i>Concepção do papel do CAPS e concepção de saúde mental - que sentidos são esses? .....</i>	75
4.1.6	<i>A constituição do papel profissional – experiências pessoais e afetivas que geram sentidos e interferem na postura profissional .....</i>	78
	Breve síntese .....	82
4.2	<b>SENTIDOS SUBJETIVOS DA PRÁTICA DO PSICÓLOGO EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR NOS CAPS .....</b>	83
4.2.1	<i>O psicólogo como integrante da equipe interdisciplinar dos CAPS - o sentido da importância profissional .....</i>	84
4.2.2	<i>As complexas demandas do trabalho - o sentido subjetivo da limitação profissional.....</i>	86
4.2.3	<i>A prática profissional do psicólogo que atua em CAPS - dinâmica de trabalho diferenciada como sentido .....</i>	90
4.2.4	<i>A complexidade da atuação em equipe interdisciplinar: dificuldades e desafios que produzem sentidos subjetivos.....</i>	93
4.2.5	<i>O sentido subjetivo de potencialidade do trabalho em equipe interdisciplinar no cuidado em saúde mental .....</i>	96
4.2.6	<i>O papel do psicólogo em meio à equipe interdisciplinar do CAPS: sentidos, contribuições e especificidades .....</i>	99
	Breve síntese .....	104
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	106
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	113
	<b>APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	119
	<b>APÊNDICE 2 - PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA .....</b>	122
	<b>APÊNDICE 3 - COMPLEMENTO DE FRASES .....</b>	123
	<b>APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA .....</b>	126
	<b>APÊNDICE 5 - MODELO DE SISTEMATIZAÇÃO DOS INDICADORES .....</b>	127

## 1. INTRODUÇÃO

A vivência profissional como psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) traz à tona várias inquietações acerca de como vem se estabelecendo a política de saúde mental, uma vez que a implantação das instituições CAPS ainda é recente. No cotidiano de trabalho surgem questionamentos sobre a forma como as equipes multiprofissionais realizam sua prática diária e a respeito da maneira como se dá a inter-relação entre os diferentes saberes envolvidos nesse contexto, ou seja, como a interdisciplinaridade acontece na prática do cuidado em saúde mental.

O trabalho diário traz várias limitações e dificuldades na prática de dialogar com outros profissionais, de formações diversas (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, pedagogos, fisioterapeutas, entre outros) e exercer um trabalho que seja, de fato, interdisciplinar, em que ocorra a troca de saberes entre os profissionais e não apenas multiprofissional, que os profissionais apenas atuam lado a lado, sem a inter-relação de conhecimentos.

É nesse contexto que se busca refletir sobre os sentidos subjetivos produzidos por profissionais sobre a prática interdisciplinar nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e compreender as subjetividades individuais e sociais que permeiam esse contexto.

Considerando-se que os CAPS<sup>1</sup> fazem parte de uma política pública ainda recente, implantada no SUS (Sistema Único de Saúde) no início dos anos 2000, pode-se dizer que a prática realizada nessas instituições se define aos poucos e ocorre conforme a compreensão subjetiva de cada equipe e, mais especificamente, de cada técnico sobre o que é o cuidado em saúde mental e sobre como deve se constituir sua ação profissional. É por meio dessas práticas que a política de saúde mental vem se articulando.

Além disso, é possível também refletir acerca das formações profissionais, sobretudo da formação em Psicologia, interrogando se o psicólogo tem uma formação acadêmica que o capacite para o trabalho interdisciplinar. Isso por se entender que o

---

<sup>1</sup> Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) são centros de atenção em saúde mental, que atendem pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, sob a lógica da atenção psicossocial (BRASIL, 2002).

psicólogo trabalha com questões de grande complexidade, que demandam uma visão abrangente, em que o conhecimento somente da psicologia muitas vezes não é suficiente para dar conta. Somado a isso, é preciso considerar que o campo de atuação do psicólogo vem se ampliando para além dos espaços que historicamente ocupava - clínica, escola e organizações, de forma que sua formação, atuação e práticas também precisam se adequar a essas transformações.

Neste cenário é inevitável o questionamento de como se dá a prática interdisciplinar. Ela acontece nas atividades laborais diárias? Os profissionais buscam agir de forma interdisciplinar? Que práticas efetivam a interdisciplinaridade? Existe espaço para a troca de saberes e a inter-relação entre esses saberes? A formação acadêmica tem capacitado os diferentes profissionais para a prática interdisciplinar? Há diferença entre a atuação multi e interdisciplinar? É possível diferentes olhares para um mesmo objeto que é o transtorno mental/sofrimento psíquico? E como se dão esses olhares? Como fica a identidade profissional de cada técnico em meio ao trabalho em equipe interdisciplinar? Há reconhecimento da importância das práticas interdisciplinares por todos os profissionais que atuam nessas instituições CAPS? E se há, qual é a importância desse reconhecimento para a efetivação da atual política de saúde mental? Qual é o papel do psicólogo em meio ao trabalho interdisciplinar? Enfim, muitos são os questionamentos que se levantam na construção da atuação profissional neste campo tão amplo que são os Centros de Atenção Psicossocial.

Como recorte específico, esta pesquisa tem como contexto o campo da atenção à saúde mental e situado dentro desta, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de um município do estado do Paraná<sup>2</sup>, e a forma como as equipes multiprofissionais e, mais especificamente os psicólogos, destas instituições vêm atuando com vistas à interdisciplinaridade, buscando compreender os sentidos subjetivos produzidos na atividade desses profissionais. De forma que o objeto de estudo são os sentidos subjetivos da prática interdisciplinar na atenção à saúde mental.

Diante do exposto, emergiu a seguinte questão norteadora da presente pesquisa: *Quais os sentidos subjetivos da interdisciplinaridade na prática de atenção à saúde mental para os profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial?*

---

<sup>2</sup> Para atender as orientações do comitê de ética em pesquisa com seres humanos, será omitido o nome do município de localização dos CAPS que perfizeram esta investigação.

Assim, o objetivo geral deste estudo foi *investigar quais os sentidos subjetivos da interdisciplinaridade no cuidado em saúde mental para profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial*. Em outras palavras, quais as possíveis implicações da prática interdisciplinar nos processos de subjetivação dos profissionais que atuam na área de saúde mental.

A partir do objetivo geral proposto, foi possível também elencar alguns objetivos específicos, a saber:

- Refletir sobre as práticas interdisciplinares exercidas pelos profissionais no atendimento à demanda apresentada nos CAPS.
- Compreender como os profissionais constroem as práticas interdisciplinares.
- Refletir junto aos psicólogos sobre como eles se reconhecem na prática em equipe interdisciplinar.
- Identificar os sentidos subjetivos da atuação profissional do psicólogo na equipe interdisciplinar.
- Refletir junto aos profissionais se a formação acadêmica os capacitou para a atuação interdisciplinar.
- Construir novas zonas de inteligibilidade sobre a interdisciplinaridade nos CAPS.

Como aporte teórico para embasamento desses objetivos levantados esse estudo se apoia na Teoria da Subjetividade, proposta por González Rey, a qual articula-se com a Epistemologia Qualitativa e com o Método Construtivo-Interpretativo<sup>3</sup>, pois segundo esse autor, teoria, epistemologia e método compõem um tripé no qual se ampara a produção de conhecimento (GONZÁLEZ REY, 1997, 2002, 2005; GONZÁLEZ REY & MARTÍNEZ, 2017). Nessa proposta, a subjetividade é concebida em uma perspectiva Histórico-Cultural, como um sistema complexo produzido simultaneamente nos níveis individual e social e abre uma nova possibilidade de compreender os processos humanos, a partir dos sentidos subjetivos que uma experiência produz (GONZÁLEZ REY, 2002, 2003).

O estudo da interdisciplinaridade na atenção à saúde mental, mais especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) já foi tema de pesquisas anteriores, sob diferentes enfoques (ABUHAB et al., 2005; BISCHAFF,

---

<sup>3</sup> A Teoria da Subjetividade será aprofundada no capítulo de contextualização teórica. A Epistemologia Qualitativa e o Método Construtivo-Interpretativo serão aprofundados no capítulo que trata sobre o percurso metodológico.



2006; MILHOMEM & OLIVEIRA, 2007; SCHNEIDER, CAMATTA & NASI, 2007; VSCONCELLOS, 2010; JORGE et al., 2010; MEIRELLES, KANTORSKI & HYPOLITO, 2011; JUNS & LANCMAN, 2011; MORETTO & TERZIS, 2012; SILVA & OLIVEIRA FILHO, 2013).

Contudo, apesar da existência desses estudos que envolvem a interdisciplinaridade nos Centros de Atenção Psicossocial, até o momento, não foram encontradas pesquisas com método semelhante ao descrito neste trabalho. O destaque para este método se dá por apresentar produção de dados realizada principalmente em grupo, com o uso de atividades lúdicas que facilitaram variadas formas de expressão e a consequente produção de informação, pois as pesquisas que tratam sobre o tema em geral utilizam a entrevista simples ou a observação como forma de produzir dados. Esta pesquisa utilizou a entrevista e a observação participante como formas complementares de coleta de informações.

Outro aspecto que se destaca no presente trabalho é o objeto de estudo, pois a maioria dos estudos tem seu foco no processo de trabalho e gestão organizacional. Neste, o objeto é a interdisciplinaridade e seus sentidos para as equipes de profissionais.

Além disso, outro diferencial é a inclusão na análise de um CAPS Infantojuvenil, pois outras pesquisas se detiveram aos serviços que atendem exclusivamente a população adulta.

É importante notar que a extensão do tema oferece um amplo campo a ser explorado pelos pesquisadores do ambiente acadêmico e pelos profissionais da psicologia, que se encontram diretamente envolvidos com o trabalho nos CAPS, pois tem se percebido o destaque dos periódicos da área de enfermagem em divulgar estudos que abordam a política pública dos Centros de Atenção Psicossocial. Dado notável acerca disto é que dentre dez artigos revisados sobre a interdisciplinaridade nos CAPS, seis deles sejam da área da enfermagem, três da psicologia e um da terapia ocupacional. Sendo que nas bases de dados pesquisadas<sup>4</sup> não foram encontrados outros artigos sobre essa temática.

Assim, considera-se de suma importância a realização de pesquisas e reflexões sobre a atuação interprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma vez que é através dessas práticas que a política de saúde mental se

---

<sup>4</sup> As bases de dados pesquisadas foram BVS, Portal CAPES e Scielo.

constitui e, mais especificamente, se produz e/ou reproduz o cuidado em saúde mental, do qual diariamente dependem milhares de pessoas que estão em intenso sofrimento psíquico.

Entende-se que os estudos acerca dessa temática são necessários diante do forte impacto social que os transtornos mentais podem trazer, uma vez que, segundo dados da Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO, 2010), cerca de uma em cada quatro pessoas em todo o mundo sofre com algum tipo de transtorno mental, que causam prejuízos significativos no âmbito individual, familiar e social. No Brasil, os dados do Ministério da Saúde – MS (2010) indicam que 12% da população necessitam de cuidados na área da saúde mental. Ressalta-se 3% desses, o que corresponde a mais de cinco milhões de pessoas, possuem transtornos mentais severos e persistentes. Cerca de 6% da população é acometida pela dependência química. Essa alta prevalência dos transtornos mentais na sociedade demonstra que a saúde mental deve ser uma temática estudada por especialistas de diversas áreas.

Tendo em vista que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são um dos principais dispositivos de atendimento da atual Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2011) estudos que abarquem seu trabalho são de suma importância, pois além de contribuir com o conhecimento acerca de tais instituições, permite-se também contribuir com reflexões que possam resultar no aprimoramento dessa política.

Além disso, entende-se que viabilizar o intercâmbio intelectual em torno da temática da interdisciplinaridade pode, ainda, fornecer subsídios para uma melhor organização dos serviços de atendimento, para novas propostas de cuidado, bem como para o planejamento de novas políticas públicas em saúde mental. Isso porque, se for considerado a alta complexidade do sofrimento psíquico, a visão interdisciplinar se torna cada vez mais necessária.

Nesse sentido, é possível aventar ainda que os estudos que focam a temática da interdisciplinaridade podem contribuir também com uma melhora nos currículos acadêmicos ao se fomentar o debate sobre este tema que é de suma importância na formação profissional. Para além disto, pode-se contribuir com a formação do psicólogo ao se discutir as práticas profissionais nos novos campos de atuação que se configuram na atualidade.

Acredita-se também que este estudo acarretará em contribuição para o aprimoramento do atendimento multiprofissional nos CAPS. Pois, ao refletir sobre suas práticas, o profissional poderá buscar melhorar suas estratégias de cuidado, o

que propiciará maior efetividade e qualidade no tratamento da pessoa com transtorno mental.

Poder refletir acerca das práticas interdisciplinares na atenção à saúde mental foi o que motivou a elaboração deste estudo, o qual se efetivou junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, em nível de Mestrado, na linha de pesquisa “Educação, Trabalho e Produção de Subjetividade”, entendendo-se que este tema abrange essas três dimensões.

Esta investigação está pautada nos preceitos da Epistemologia Qualitativa, do Método Construtivo Interpretativo e na Teoria da Subjetividade propostos por Fernando González Rey (1997, 2002, 2005; GONZÁLEZ REY & MARTÍNEZ, 2017), fundamentados nos pressupostos epistemológicos, teóricos e metodológicos do Materialismo Histórico e Dialético e da Psicologia Histórico Cultural.

Esta dissertação está organizada inicialmente com um capítulo teórico que procura fazer uma aproximação a alguns temas importantes a este estudo, quais sejam a Teoria da Subjetividade numa perspectiva histórico-cultural, a saúde mental e situada dentro desta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a interdisciplinaridade na sua interface com a saúde mental e a atuação do psicólogo em sua inserção nos Centros de Atenção Psicossocial.

Na sequência, apresenta-se um capítulo que expõe o percurso metodológico adotado. A opção foi de apresentar as bases conceituais do método, expondo-se os princípios da Epistemologia Qualitativa, que é a expressão teórico-metodológica e epistemológica da Teoria da Subjetividade de González Rey. Neste tópico apresenta-se também seções com o contexto da pesquisa, os sujeitos participantes, os procedimentos metodológicos adotados bem como as estratégias de organização e produção de informação.

O capítulo seguinte trata da construção da informação, propondo um modelo de inteligibilidade do fenômeno estudado. Nesta proposta foram organizados dois eixos temáticos. O primeiro deles identifica e discute os dilemas e desafios da atuação interdisciplinar nos CAPS, por meio dos sentidos subjetivos identificados. O segundo eixo aborda os sentidos subjetivos da prática do psicólogo em equipe interdisciplinar nos CAPS.

Por fim, apresentam-se algumas conclusões e considerações possíveis a partir das reflexões elucidadas, as quais oferecem um conjunto de ideias acerca de

aspectos sociais e subjetivos na experiência do trabalho interdisciplinar na atenção à saúde mental nos CAPS.

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Historicamente, a Psicologia vem sendo marcada como uma ciência que abrange uma multiplicidade de fenômenos e métodos de investigação, o que possibilita a existência de diversos sistemas teórico-filosóficos que buscam explicar e investigar o psiquismo humano e estabelecer o objeto de estudo da Psicologia.

Em busca de explicar os fenômenos psicológicos, surgiram teorias com marcas positivistas, racionalistas, mecanicistas, associacionistas, atomistas e deterministas, carregadas de contradições, tais como consciente/ inconsciente, interno/ externo, normal/ patológico, psíquico/ orgânico, objetivo/ subjetivo, individual/ social, explicitando dimensões parciais do psiquismo, sem que se pudesse solucionar essas contradições na expectativa de compreender o homem. A Psicologia Histórico-Cultural apresenta-se então como uma possibilidade de superação dessas visões dicotômicas e dualistas. Numa perspectiva crítica e dialética propõe que tais contradições fazem parte do fenômeno psicológico, da psique. (BOCK, 2007; MARTINS, 2008).

A Psicologia Histórico-Cultural, que tem os psicólogos soviéticos Vigostsky, Leontiev e Luria<sup>5</sup> como seus precursores, está fundamentada na matriz filosófica, teórica e metodológica do Materialismo Histórico e Dialético, proposto por Marx e Engels<sup>6</sup>. Dessa forma, segundo Bock (2007, p.17-18),

concebe o homem como ativo, social e histórico; a sociedade, como produção histórica dos homens que, através do trabalho, produzem sua vida material; as ideias, como representações da realidade material; a realidade material, como fundada em contradições que se expressam nas ideias; e a história, como movimento contraditório constante do fazer humano, no qual, a partir da base material, deve ser compreendida toda produção de ideias, incluindo a ciência e a psicologia.

Graças a essa base filosófica que a sustenta, a Psicologia Histórico-Cultural tem a atividade e o trabalho em suas categorias centrais. Isto porquê, é na relação do homem com o mundo externo, material e social, que se desenvolve o fenômeno psicológico. Essa relação com o mundo ocorre através da atividade dos sujeitos. Dessa forma, falar da subjetividade humana implica falar da objetividade em que vivem os homens, refletindo a condição social, econômica e cultural em que vivem. Pois mundo interno e externo, subjetividade e objetividade, são "aspectos de um mesmo movimento, de um processo no qual o homem atua e constrói/modifica o

---

<sup>5</sup> Lev Semenovitch Vygotsky (1896-1934), Alexis Nikolaevich Leontiev (1903-1979) e Alexander Romamovich Luria (1902-1977).

<sup>6</sup> Karl Marx (1818-1883) e Friedrich Engels (1820-1895).

mundo e este, por sua vez, propicia os elementos para constituição psicológica do homem" (BOCK, 2007, p. 22).

Nessa perspectiva, o homem é concebido como um ser ativo e transformador do mundo, sujeito da história, capaz de intervir em seu meio social. Um ser constituído histórica e socialmente, produto e produtor de sua história pessoal e da história de sua sociedade. A realidade é entendida como algo em permanente movimento e constante transformação, e os fenômenos são construídos nesse movimento (BOCK, 2007; LANE, 1989).

O materialismo histórico-dialético, e, conseqüentemente, a Psicologia Histórico Cultural, tem o trabalho no cerne de suas premissas filosóficas. Nessa concepção, o trabalho não é visto como emprego/ocupação, mas como atividade vital humana. É através do trabalho que o homem se relaciona com a natureza e com outros homens, superando sua condição biológica e possibilitando as condições necessárias de produção e reprodução da humanidade. Ou seja, através do trabalho o homem adquire particularidades histórico-socialmente desenvolvidas (MARTINS, 2008).

De acordo com Zanella (2004), nessa perspectiva, o trabalho é uma atividade fundamental, inauguradora do desenvolvimento psíquico propriamente humano, que define o ser humano como um ser social, histórico e cultural, distinguindo-o de outras espécies. Isso porque a atividade humana é essencialmente social e possui algumas características específicas, a saber:

- 1) é uma atividade conscientemente dirigida por um fim previamente estabelecido na consciência, por um objetivo, ou seja, é uma atividade consciente;
- 2) é uma atividade mediatizada por instrumentos, tais como os instrumentos materiais e a linguagem, por exemplo;
- 3) é uma atividade que se materializa em um produto social, que é uma objetivação da atividade e do pensamento humano, a qual é transmitida ao longo de gerações.

Tomando-se essa terceira característica, é possível dizer que através da atividade se produz cultura, a medida que esse produto consiste em objetivação do sujeito que a empreende. "Porém esse processo de objetivação pressupõe ao mesmo tempo a subjetivação do sujeito, pois ao apropriar-se da atividade, o sujeito apropria-se da história humana e imprime a esta sua marca" (ZANELLA, 2004, p. 132). Através da atividade o sujeito transforma a realidade, se objetiva, e ao mesmo tempo se subjetiva, transforma a si mesmo. Nesse movimento de objetivação e subjetivação,

mediado pela cultura, o sujeito se interliga a muitos outros, quer estejam presentes ou ausentes, o que confere o caráter social, cultural e histórico da atividade.

Tecidas estas considerações preliminares, passa-se agora a discorrer sobre algumas categorias centrais que permeiam o tema deste estudo. É importante enfatizar que este trabalho não pretende ser uma extensa revisão bibliográfica sobre os conceitos aqui expostos, mas fazer uma breve contextualização para os dados que serão posteriormente discutidos. Em razão disso, optou-se por buscar autores que fizeram uma compilação didática das categorias e temas trabalhados. Assim, primeiramente, trata-se sobre a Teoria da Subjetividade, tal qual proposta por González Rey. Nos tópicos seguintes serão abordados temas referentes à atenção à saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), interdisciplinaridade e atuação do psicólogo nos CAPS.

## **2.1 TEORIA DA SUBJETIVIDADE**

A categoria subjetividade já foi analisada por diferentes perspectivas, ora considerada um processo individual e intrapsíquico, como característica intrínseca da natureza humana, ora conceituada como internalização do social, como uma transposição do externo. Em outros momentos ainda foi negada e excluída do domínio da ciência. Superando essas visões, e a partir de uma retomada da obra de Vigotsky, González Rey propõe uma Teoria da Subjetividade, numa compreensão dialética, de natureza histórico-cultural (GONZÁLEZ REY, 2004). É a partir desta compreensão de subjetividade que o presente estudo se desenvolve.

Nessa perspectiva, há a superação da dicotomia entre o individual e o social, interno e externo. A subjetividade não se define por estar dentro ou fora do sujeito, mas por sua natureza processual. A categoria subjetividade integra o subjetivo e o contexto histórico-social através da ação do sujeito, ou seja, articula o individual e o social como processos, sem recorrer a uma relação de determinação (GONZÁLEZ REY, 2002, 2003, 2004, 2007b). A subjetividade configura-se histórica e culturalmente, é um processo que está em constante organização ao longo da vida das pessoas e dos espaços sociais (MORI & GONZÁLEZ REY, 2010).

Nas palavras de González Rey (2003, p. 78):

a subjetividade não se internaliza, não é algo que vem de “fora” e aparece “dentro” [...] a subjetividade não é algo que aparece somente no nível individual,

mas que a própria cultura dentro da qual se constitui o sujeito individual, e da qual é também constituinte, representa um sistema subjetivo, gerador de subjetividade.

A proposta de González Rey parte do conceito de sentido na obra de Vigotsky para uma elaboração teórica em que é proposta a categoria sentido subjetivo, sendo este considerado como fundamental para o estudo da subjetividade numa perspectiva histórico-cultural. Em Vigotsky, sentido é compreendido como a unidade psíquica do cognitivo e do afetivo, podendo ser considerada uma unidade de análise para o estudo da psique. Contudo, devido sua morte precoce, o autor soviético não chegou a desenvolver esse conceito que só apareceu na última fase de sua obra (GONZÁLEZ REY, 2007a).

Por sentido subjetivo González Rey entende a relação do simbólico com o emocional, e não apenas do cognitivo com o afetivo, tal como proposto por Vigotsky. A categoria sentido subjetivo expressa a unidade inseparável do simbólico e do emocional, em que cada um desses aspectos evoca o outro, sem, contudo, existir uma relação de causalidade. O sentido subjetivo é uma produção subjetiva complexa, em permanente processo, que integra a experiência social do sujeito em uma organização subjetiva que articula dialeticamente emoções e processos simbólicos (GONZÁLEZ REY, 2007a, 2010).

Os sentidos subjetivos emergem da situação vivida, ou seja, são originados no curso da experiência vivida, no entanto não se circunscrevem ao acontecimento vivido e “não podem ser substancializados em conteúdos concretos, eles apenas nos permitem levantar conjecturas sobre a multiplicidade de processos que se configuram subjetivamente nos estados dominantes que caracterizam uma experiência vivida” (GONZÁLEZ REY & MARTÍNEZ, 2017, p. 51).

O sentido integra a experiência da pessoa em seu momento atual à organização subjetiva do sujeito, seu sistema subjetivo, constituído historicamente, como organização subjetiva do vivido, formada em diferentes momentos da vida da pessoa no contexto da cultura. Ou seja, as experiências são convertidas em sentido e organizadas subjetivamente. Contudo, os sentidos subjetivos relacionados a cada experiência, por sua vez também são influenciados por outras experiências da história do sujeito, se integram a elas e passam a influenciar próximas experiências, formando configurações psicológicas complexas (GONZÁLEZ REY, 2007b, MORI & GONZÁLEZ REY, 2011).



Os sentidos subjetivos gerados ao longo da história do sujeito representam um fluxo de diferentes emoções associadas a diversos processos simbólicos, que expressam a subjetivação da ação do sujeito em seus diferentes contextos. Os sentidos subjetivos emergem da situação social vivida, de forma que a história da pessoa está presente como organização subjetiva do vivido (GONZÁLEZ REY, 2010; GONZÁLEZ REY & MARTÍNEZ, 2017). Dessa forma, é possível compreender a categoria “sentido subjetivo como a unidade psicológica que expressa o caráter subjetivo dos processos psíquicos humanos nas condições da cultura” (GONZÁLEZ REY 2010, p. 331). Ou seja, “os sentidos sempre se organizam sobre espaços simbolicamente existentes e significam, justamente, a possibilidade diferenciada da ação humana dentro de tais espaços” (GONZÁLEZ REY, 2007b, p. 136), o que denota que o individual e o social estão envolvidos em sua produção, como sistemas mutuamente articulados (MORI & GONZÁLEZ REY, 2011).

Os sentidos subjetivos se organizam subjetivamente em formações psicológicas complexas que González Rey denomina de configurações subjetivas, as quais representam sistemas subjetivos em desenvolvimento, pois estão sempre influenciando e recebendo influências que podem transformar o próprio sistema através da produção de novos sentidos subjetivos. Assim, as configurações subjetivas expressam a organização subjetiva do sujeito e podem ser entendidas como fonte de sentido subjetivo para a atividade humana (GONZÁLEZ REY, 2007b).

As configurações subjetivas não representam totalidades, nem são propriedades universais inerentes aos indivíduos. Tão pouco são a soma de sentidos subjetivos. Mas se constituem como sistemas em movimento, que emergem no fluxo de sentidos subjetivos definindo o curso de uma experiência vivida e também podendo se transformar, conforme venham à tona novos sentidos subjetivos (GONZÁLEZ REY & MARTÍNEZ, 2017).

De acordo com González Rey (2007b, p. 138)

a configuração subjetiva alimenta-se e desenvolve-se a partir da variedade de sentidos subjetivos produzidos pelo sujeito no contexto de suas ações, mas mantém núcleos estáveis de produção subjetiva que devem ser identificados nas diferentes formas que assumem no comportamento humano.

As configurações subjetivas são sistemas complexos que integram sentidos subjetivos diferenciados e se organizam e reorganizam de tal forma em que novos sentidos subjetivos, surgidos no curso de uma ação, possam se integrar a uma

configuração levando a transformações e definindo nova configuração subjetiva. Contudo,

as configurações subjetivas não são entidades isoladas que integram sentidos subjetivos diferenciados; as próprias configurações subjetivas se organizam como sistemas complexos, como uma rede na qual uma pode passar a ser um sentido subjetivo da outra (GONZÁLEZ REY, 2007b, p. 138).

Segundo González Rey & Martínez (2017, p. 53) “uma configuração subjetiva também pode entrar em contradição com outras configurações do conflito, que, no curso de uma experiência, podem produzir uma nova configuração subjetiva de uma experiência vivida”. Nesse movimento é possível perceber a possibilidade de mudança de configurações subjetivas que em certos momentos eram dominantes no modo de viver uma experiência.

Dessa forma, evidencia-se que a subjetividade não é estática, nem está definida *à priori* da experiência vivida, ela é parte dessa experiência e também pode mudar no curso de vida do sujeito (GONZÁLEZ REY, 2010).

Outro importante conceito nesta nova compreensão da subjetividade, numa perspectiva histórico-cultural, proposta por González Rey, é a categoria sujeito. Este reconhecido como pessoa implicada no espaço social em que atua. Não determinado por uma estrutura intrapsíquica, tão pouco determinado por fenômenos externos, fisiológicos, sociais ou comportamentais. Eximindo, dessa forma, as explicações individualistas, essencialistas ou mecanicistas e racionalistas (GONZÁLEZ REY, 2007b).

Nessa perspectiva, a noção de sujeito inspira-se em uma compreensão dialética do homem, representada de forma simultânea por sua singularidade e um ser social, numa relação recursiva entre o individual e o social. Nessa relação o social atua como produtor de sentido, sendo o homem constituído subjetivamente ao longo de sua própria história. “O sujeito é constituído subjetivamente e suas ações são uma fonte constante de subjetivação que chega a ser constituinte dos próprios processos nos quais se constitui” (GONZÁLEZ REY, 2003, p. 225).

A categoria sujeito permite compreender o indivíduo como ser ativo durante uma experiência, em que suas ações se configuram subjetivamente e são capazes de abrir novos espaços de subjetivação, transcendendo suas próprias cristalizações subjetivas. Assim, tornar-se sujeito significa poder se posicionar criticamente, tomar decisões, assumir responsabilidades, defender pontos de vista, ter produções intelectuais e compromissos, estando ativo nos múltiplos espaços de sua existência

peçoal, expressando na ação configurações subjetivas singulares (GONZÁLEZ REY, 2007b; GONZÁLEZ REY & MARTÍNEZ, 2017).

A compreensão de que o sujeito é constituído subjetivamente ao longo de sua história singular permite a definição como sujeito pessoal e social. Isto porque a subjetividade é um sistema que se organiza por configurações subjetivas diversas que emergem em meio a condições sociais, culturais e historicamente situadas nos diferentes momentos e contextos da experiência humana (GONZÁLEZ REY & MARTÍNEZ, 2017).

Disto decorre que a subjetividade, tal como concebida por González Rey, aparece em dois níveis: individual e social. Assim, nesta proposta há a concepção de subjetividade individual e subjetividade social. Esses dois níveis estão estreitamente inter-relacionados. Fazem parte do mesmo sistema, estando um intrinsecamente organizado no outro (GONZÁLEZ REY, 2003, 2007b; GONZÁLEZ REY & MARTÍNEZ, 2017).

Nesta concepção, a subjetividade “se manifesta na dialética entre o momento social e o individual, este último representado por um sujeito implicado de forma constante no processo de suas práticas, de suas reflexões e de seus sentidos subjetivos” (GONZÁLEZ REY, 2003, p. 240). Assim, não se pode considerar a subjetividade como uma organização intrapsíquica ou regulada por fatores externos, mas compreendê-la, a partir de uma perspectiva dialógica e dialética, como um sistema configuracional complexo, de significações e sentidos subjetivos, que se organiza por configurações subjetivas diversas produzidas dentro das condições sociais, culturais e históricas da experiência humana (GONZÁLEZ REY, 2002; GONZÁLEZ REY & MARTÍNEZ, 2017).

A subjetividade individual, tal qual concebida por González Rey (2003, p. 241), “representa os processos e formas de organização subjetiva dos indivíduos concretos. Nela aparece constituída a história única de cada um dos indivíduos, a qual, dentro de uma cultura, se constitui em suas relações pessoais”. A subjetividade individual se constitui socialmente, não de forma determinista do social ao subjetivo, mas em um processo que integra simultaneamente as subjetividades individual e social. O individual aparece como elemento constituinte da subjetividade social e, ao mesmo tempo, se constitui nela (GONZÁLEZ REY, 2002).

Nesta concepção está implicada a ideia de um sujeito em sua singularidade subjetivamente constituída nos diferentes espaços sociais de sua existência. Um

sujeito histórico e social, pois sua constituição subjetiva representa a síntese de sua história pessoal e porque sua existência se desenvolve na sociedade, nos diversos espaços sociais em que concretiza suas atividades (GONZÁLEZ REY, 2002). “A subjetividade individual mostra os processos de subjetivação associados à experiência social do sujeito concreto, assim como as formas de organização desta experiência por meio do curso da história do sujeito” (GONZÁLEZ REY, 2003, p. 241).

Dessa forma, é possível entender que os processos em que a subjetividade individual se produz estão sempre articulados com as instâncias sociais. Assim, a subjetividade individual e a social são momentos distintos de um sistema comum, constituindo-se em dois níveis que se integram e que, ao mesmo tempo, geram tensão e contradição numa relação dialética do individual e do social, que se transformam em produções de sentidos, proporcionando o constante desenvolvimento desse complexo sistema subjetivo (GONZÁLEZ REY, 2002, 2003, 2005).

Segundo González Rey (2003) o conceito de subjetividade social surge em meio a um esforço teórico para se explicar a dialética complexa em que o individual e o social não se excluem, tão pouco compõem uma dicotomia, mas representam um sistema complexo, produzido simultaneamente no nível social e individual. “O indivíduo é um elemento constituinte da subjetividade social e, simultaneamente, se constitui nela” (GONZÁLEZ REY, 2002, p. 37).

A categoria subjetividade social, conforme González Rey (2007, p.146-147),

representa a organização subjetiva dos diversos espaços sociais, os quais formam um sistema configurado pela multiplicidade de produções que, em uma determinada sociedade, faz parte de maneira diferenciada e parcial dos distintos espaços sociais nela coexistentes.

Disto decorre que a subjetividade social representa um complexo e dinâmico sistema que se organiza por configurações subjetivas, sociais e individuais, que se articulam em diversos níveis da vida social (GONZÁLEZ REY & MARTÍNEZ, 2017).

A subjetividade social emerge de sentidos subjetivos diversos, procedentes de diferentes momentos da experiência social e individual. Segundo González Rey (2005, p. 24),

a subjetividade social apresenta-se nas representações sociais, nos mitos, nas crenças, na moral, na sexualidade, nos diferentes espaços em que vivemos etc. e está atravessada pelos discursos e produções de sentido que configuram sua organização subjetiva.

Contudo, há que se ressaltar que a subjetividade social não age como um suprassistema que determina as configurações subjetivas. Nessa perspectiva os processos sociais não são vistos como determinantes externos em relação aos indivíduos, mas são entendidos como processos implicados nesse complexo sistema que é a subjetividade social, da qual o indivíduo é constituinte e, ao mesmo tempo, constituído (GONZÁLEZ REY, 2003).

A subjetividade social emerge na complexa rede de configurações subjetivas sociais e individuais que a integram e pela maneira como os posicionamentos, discursos, valores e outras produções sociais se manifestam nessas configurações. A subjetividade social representa a forma como a multiplicidade de sentidos subjetivos sociais e individuais emergem e se configuram subjetivamente em cada espaço ou momento da vida social (GONZÁLEZ REY & MARTÍNEZ, 2017).

As configurações subjetivas que se organizam nos espaços sociais são distintas para cada pessoa e são fontes de sentidos subjetivos diversos que emergem dos diferentes níveis de relações sociais, os quais, por sua vez, são inseparáveis das experiências vividas individualmente em outras esferas da vida, assim como das configurações subjetivas sociais. Assim, a subjetividade social emerge a partir das subjetividades individuais, que não estão restritas aos acontecimentos imediatos, mas são produzidas no curso das histórias das pessoas e dos grupos sociais (GONZÁLEZ REY & MARTÍNEZ, 2017).

Em síntese, a Teoria da Subjetividade, de perspectiva histórico-cultural, tal qual preconizada por González Rey, aponta para uma compreensão da subjetividade humana como um sistema processual e complexo, em constante desenvolvimento, que não se define por estruturas universais e intrapsíquicas, tão pouco é determinado pelo mundo externo, mas que se constitui em suas dimensões individual e social. A partir dessa concepção, o autor propõe conceitos como os de sentidos subjetivos, configurações subjetivas, sujeito, subjetividade individual e subjetividade social, os quais são essenciais para esse novo entendimento do tema da subjetividade na constituição do ser humano.

Dada essa contextualização teórico-epistemológica da Psicologia Histórico-Cultural, assim como da Teoria da Subjetividade, passa-se agora a discorrer sobre saúde mental, interdisciplinaridade e atuação do psicólogo. Conceitos esses que também embasam a presente pesquisa e definem o espaço social em que a mesma se produz.

## **2.2. SAÚDE MENTAL E OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) - a reorientação do modelo assistencial**

A trajetória da atenção à saúde mental no Brasil foi inicialmente marcada pela assistência higienista, sanitaria e asilar dos Hospitais Psiquiátricos. Nos grandes manicômios os doentes mentais ficavam trancados, isolados da sociedade, submetidos a práticas que envolviam maus-tratos e traziam mais prejuízos do que benefícios à saúde, numa realidade cruel e perversa (AMARANTE, 2009; GOULART & DURÃES, 2010; ROSA & VILHENA, 2012; SIDRIM, 2010).

O movimento de Reforma Psiquiátrica, iniciado no Brasil na década de 1970, propôs novas práticas no campo da saúde mental. Os modelos de cuidado que até então eram marcados por descaso, abandono, isolamento e exclusão social foram redirecionados para um modelo de atenção aberto e comunitário. Esse movimento ocorreu com influência de movimentos similares ocorridos nos Estados Unidos e Europa e contou com o apoio da classe trabalhadora dos hospitais, que buscava uma reformulação da assistência psiquiátrica (ROSA & VILHENA, 2012; SIDRIM, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Dessa forma, as propostas do movimento de Reforma Psiquiátrica marcam uma transformação na relação entre a sociedade e a loucura, questionando práticas e saberes com o objetivo de construir um novo lugar social para as pessoas em sofrimento mental. Em meio a esse movimento, passaram a ser introduzidas mudanças nas instituições, no modelo hospitalar, com medidas para reformulação dos serviços de assistência. Tentativas de humanização buscavam problematizar e democratizar as relações, através de novas técnicas e tratamentos efetivos, com vistas à minimização dos efeitos nocivos do hospital e que as internações fossem evitadas (AMARANTE, 2011).

Em meio a essas mudanças também surge a ideia do trabalho em equipe, o qual marca o trabalho em saúde mental até a atualidade. O tratamento deixava de ser exclusivo do médico e poderia ser realizado por diferentes profissionais, tais como psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Ou seja, nascia a ideia de equipe multidisciplinar e outros profissionais poderiam protagonizar o tratamento em saúde mental. Passa-se a conceber a saúde mental como um campo complexo de conhecimento, que não pode ser reduzido ao estudo e tratamento de

doenças mentais e que não se baseia em apenas um tipo de conhecimento - o biomédico. Mas denota-se como um campo polissêmico e plural, com o foco no sujeito e não na doença, que exige uma atuação intersetorial e com transversalidade de saberes, num movimento permanente de reflexão e construção (AMARANTE, 2011).

É nesse contexto, com vistas a uma mudança de paradigma na atenção à saúde mental e reestruturação do modelo assistencial, que surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais vêm se constituindo como o principal serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico e médico-centrado que antes predominava.

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, marca uma mudança de trajetória na atenção à saúde mental, sendo a base para um novo modelo assistencial – o psicossocial, com vistas à construção de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2001).

Nesta configuração da política pública de saúde mental os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumem posição de destaque, sendo definidos pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Nos CAPS preconiza-se que o trabalho seja pautado na reabilitação psicossocial e as intervenções realizadas por equipes multiprofissionais e de forma interdisciplinar (BRASIL, 2002).

Recentemente, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que tem por finalidade ampliar, diversificar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Através desta portaria, os CAPS ficam definidos como sendo o ponto de atenção psicossocial especializada da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), devendo ser constituídos por equipe multiprofissional atuando sob a ótica interdisciplinar (BRASIL, 2011).

Neste modelo, os CAPS estão vinculados a uma ampla rede intra e intersetorial, constituída por dispositivos da atenção básica, serviços de urgência e emergência, de atenção hospitalar, de atenção residencial de caráter transitório, de estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011). O quadro abaixo exemplifica a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

QUADRO 1 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

<b>Componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atenção Básica em Saúde</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Unidade Básica de Saúde</li> <li>– Núcleo de Apoio à Saúde da Família</li> <li>– Consultório de Rua</li> <li>– Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório</li> <li>– Centros de Convivência e Cultura</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atenção Psicossocial Estratégica</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atenção de Urgência e Emergência</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SAMU 192</li> <li>– Sala de Estabilização</li> <li>– UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro, Unidade Básica de Saúde</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Unidade de Acolhimento</li> <li>– Serviço de Atenção em Regime Residencial</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atenção Hospitalar</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfermaria especializada em Hospital Geral</li> <li>– Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estratégias de Desinstitucionalização</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Serviços Residenciais Terapêuticos</li> <li>– Programa de Volta para Casa</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda</li> <li>– Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais</li> </ul>

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL, 2011).

Os CAPS são serviços públicos municipais e podem ser organizados conforme as modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPSi, as quais são estabelecidas de acordo com a faixa etária atendida, a abrangência populacional e o período de atendimento diário. De forma geral, pode-se dizer que os CAPS são estruturados para atender, prioritariamente, pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que



impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL, 2011; 2015). As modalidades de CAPS estão elucidadas a seguir.

QUADRO 2: Modalidades dos CAPS

<b>Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS</b>	
• CAPS I	atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias, indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 20.000 habitantes.
• CAPS II	atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.
• CAPS III	atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Oferece serviço de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental. Indicado para municípios com população acima de 200.000 habitantes.
• CAPS AD	atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.
• CAPS AD III	atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.
• CAPSi	atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

FONTE: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011.

Os CAPS funcionam, em sua maioria, de segunda a sexta-feira, sendo que as modalidades CAPS III e CAPS AD III funcionam também aos finais de semana e oferecem leitos de atendimento às situações de crise. O cuidado aos usuários se dá através de atendimento individual e/ou em grupos, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento familiar e atividades comunitárias com vistas à inserção social e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2002).

Para dar conta da complexa demanda atendida nos CAPS, preconiza-se que as equipes atuem de forma multi e interdisciplinar, com o objetivo que no cotidiano dos serviços aconteça a superação da perspectiva orgânica e biologicista da doença mental, a qual, como já visto, predominou nas instituições psiquiátricas em décadas passadas. A equipe multidisciplinar que atua nos CAPS pode ser composta por psicólogo, psiquiatra, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador, artesão e outros profissionais, conforme a demanda do projeto terapêutico e a depender da possibilidade de cada serviço. A quantidade de profissionais em cada

instituição é preconizada pelo Ministério da Saúde conforme a modalidade de CAPS, mas sua formação não é estanque, sendo que a decisão sobre quais profissionais constituirão as equipes desses serviços fica a critério da gestão de cada município.

Atualmente pode-se dizer que não se produz cuidado em saúde sem a interdisciplinaridade, sem a visão de diferentes saberes. Cada vez mais as políticas públicas de saúde se concretizam com a participação de diversos profissionais, sendo incluídos nas equipes multidisciplinares não apenas aquelas profissões tradicionalmente peculiares à área da saúde, mas envolvendo também outros saberes como, por exemplo, educadores físicos, artesãos, músicos, pedagogos, entre outros. Isso porquê diante das dificuldades e problemas da demanda, há que se buscar soluções compartilhadas, capazes de atender as necessidades de saúde da população e garantir a qualidade do atendimento (MEIRELLES, KANTORSKI & HYPOLITO, 2011).

O trabalho nos CAPS busca articular o cuidado, compreendendo que as pessoas com transtornos mentais têm demandas que vão além das necessidades clínicas de tratamento, mas que englobam também variáveis familiares, comunitárias, sociais e de reabilitação, as quais devem ser consideradas como parte integrante do tratamento, por serem fatores que também contribuem para o sofrimento psíquico. Assim, as linhas gerais de ação que caracterizam o tratamento nos CAPS são realizadas tanto de forma coletiva, em grupos, quanto individual, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias e podem acontecer nos territórios, estes entendidos como lugares psicossociais dos sujeitos, ou seja, os contextos reais de vida das pessoas (LAURIDSEN-RIBEIRO & TANAKA, 2016; BRASIL, 2015).

A reorientação do modelo assistencial preza pela perspectiva da qualidade de vida, entendendo saúde mental como um processo e não como ausência de doença. Além disso, as ações de cuidado nos CAPS não devem se limitar ao espaço interno do serviço, mas englobar e articular os diversos equipamentos disponíveis no território, construindo estratégias de cuidado partilhado em uma rede intersetorial, a qual é também resultado das demandas singulares e específicas de cada sujeito. Dessa maneira, os CAPS têm um papel estratégico na organização da rede de atenção psicossocial, construindo canais de diálogo e estratégias que perpassem vários setores sociais, envolvendo outras políticas públicas e a sociedade como um todo (LAURIDSEN-RIBEIRO & TANAKA, 2016).

Contudo, estudiosos têm apontado que mesmo após anos de implantação do modelo psicossocial, muitas práticas ainda estão aquém de alcançar os objetivos totais da reforma, de modo que algumas ações perpetradas nos CAPS ainda reproduzem o cuidado médico-centrado, dissolvendo as condutas interdisciplinares na organização do serviço e no processo de trabalho (JORGE et al., 2010).

Atuar nesta perspectiva exige mudanças no processo tradicional de trabalho e de formação e traz desafios para os serviços de atenção à saúde, exigindo grandes esforços dos profissionais envolvidos. Assim, os CAPS, como dispositivos fundamentais da atual política de saúde mental, também requerem novas práticas no processo de trabalho, com ampliação e diversidade na composição das equipes, responsabilidade compartilhada entre os profissionais, interação entre os conhecimentos profissionais, disponibilidade para diálogo e troca de saberes, de modo a produzir um espaço multidisciplinar com qualidade interdisciplinar. Isso para que não se configurem como um novo serviço, mas atuando numa lógica antiga sem a clareza do trabalho que precisa ser estabelecido (MEIRELLES, KANTORSKI & HYPOLITO, 2011).

Assim, entende-se que atuar no cuidado em saúde mental no modelo psicossocial exige um conjunto complexo de saberes e práticas que se inter-relacionam entre si, pois não se compreenderia adequadamente os problemas apenas a partir de uma disciplina e/ou saber. Nessa perspectiva interdisciplinar, as práticas não diluem os saberes no contexto, mas ampliam o trabalho na medida em que promovem a aproximação e a articulação entre os saberes envolvidos no modo de cuidar, com vistas a garantir a integralidade e excelência da atenção em saúde mental. Diante disso, no próximo tópico será abordado a interdisciplinaridade na atenção à saúde mental.

### **2.3. A INTERDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**

O conceito de interdisciplinaridade surgiu no século XX. Contudo, desde a Antiguidade, já existiam contribuições que almejavam o domínio do saber em sua totalidade. Esse saber integrado se perpetuou por muitos séculos, até que na Modernidade, com o estabelecimento da razão como forma de construção do conhecimento, deu-se início a uma desintegração dessa visão de unidade do saber, que era sustentada até então. Isso levou a uma fragmentação do conhecimento em

disciplinas distintas, isoladas, conforme se dava o desenvolvimento científico e filosófico. O que contribuiu para que a ciência fosse se especializando cada vez mais e criando um sistema disciplinar com muitas barreiras entre as diversas áreas de conhecimento, uma vez que cada disciplina tem seus diferentes conteúdos (ALMEIDA, 2015; CARLOS, 2007).

Por volta da década de 1960, passaram a existir críticas quanto a esse sistema de conhecimento separado em disciplinas, que o considera de uma forma fragmentada, estanque e fechada. Pois os problemas que permeiam a humanidade são de uma realidade complexa. Assim, as disciplinas isoladamente não conseguem compreender e encontrar respostas para essa complexidade. Nesse contexto, surge o termo interdisciplinaridade, como um esforço para a integração do conhecimento e superação da visão disciplinar. Nasce no âmbito acadêmico, em resgate de uma aproximação entre áreas do conhecimento (ALMEIDA, 2015; CARLOS, 2007; VILELA & MENDES, 2003).

Atualmente diversos termos são usados na explicação da organização do conhecimento e dos níveis de interação entre as disciplinas ou áreas do saber, o que leva à existência de uma classificação que foi originalmente proposta por Eric Jantsch e que vem sofrendo algumas adaptações de autores diversos. Dessa forma, torna-se necessário discorrer sucintamente sobre cada uma delas, a fim de se esclarecer diferenciações entre as terminologias. Para tanto, buscou-se fazer uma síntese entre as diversas concepções e terminologias apresentadas por Vilela & Mendes (2003); Carlos (2007); Carpes et. al (2012); Almeida (2015) e Tavares (2015).

- Multidisciplinaridade: justaposição de disciplinas diversas e com múltiplos objetivos. Tem-se os saberes organizados lado a lado, para que se tente, a partir deles, construir o conhecimento. Os conhecimentos são fragmentados, não há integração, cooperação, nem comunicação entre os conteúdos das diversas disciplinas.
- Pluridisciplinaridade: justaposição de disciplinas que sejam parecidas no domínio do conhecimento, o que levou a especializações nas áreas do conhecimento. Não há tentativa de síntese, de cooperação entre disciplinas diversas. Há um aglomerado de conhecimento sem que haja integração de conteúdos, sem que haja uma síntese em torno de um núcleo comum.
- Interdisciplinaridade: não é apenas uma justaposição de conhecimentos, há uma troca de saberes, uma espécie de interação, comunicação e diálogo entre duas

ou mais disciplinas, numa ação coordenada, orientadas por um interesse comum. Essa interação é promovida a partir de um eixo integrador, que conecta temas, ao se desfragmentar o conhecimento e uni-lo dentro de uma visão global do conhecimento, resultando num enriquecimento recíproco.

- Transdisciplinaridade: é um nível superior de interação disciplinar em que não existem fronteiras entre os diversos saberes. Ocorre uma espécie de integração mais ampla e geral, buscando-se uma interpretação mais holística dos fatos e fenômenos.

Dado esse panorama geral sobre os diversos níveis de interação do conhecimento e as classificações existentes, a partir de agora dar-se-á atenção especial ao conceito de interdisciplinaridade, discutindo-se sua importância e aplicação no campo da saúde e, dentro desta, mais especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Apesar de não haver um consenso unívoco e preciso para que se possa generalizar a concepção de interdisciplinaridade, faz-se reconhecido entre os diversos enfoques a necessidade de relação, integração e diálogo de conhecimentos. Essa comunicação pode ser de questionamento, de confirmação, de complementação, de negação, de ampliação, que possibilitem olhar uma mesma questão por perspectivas diferentes (FORTES, 2009).

Dada a complexidade desta temática, entende-se por interdisciplinaridade a interação de diferentes campos do saber com o objetivo de ampliar o conhecimento e as práticas, através do intercâmbio, colaboração e diálogo entre diversos saberes, afim de se dar conta de problemas específicos (ROQUETE et al., 2012).

A interdisciplinaridade, que inicialmente surgiu no âmbito da educação, hoje é aplicada em diferentes áreas, na busca de melhores resultados para problemas complexos. No âmbito da saúde, o conceito de interdisciplinaridade também vem sendo aplicado por se entender que a saúde é complexa e multifacetada e por isso não há como separar o físico do biológico, do humano, do social, do psicológico e assim por diante. Ou seja, não há como separá-la em disciplinas estanques que dificultem a apreensão do todo. Não há como isolar as ações dos diversos profissionais. Para Spink (2010), as competências individuais em vez de esfaceladas precisam ser articuladas.

Considerando-se a complexidade da área da saúde, é possível entender que, a fragmentação do conhecimento em disciplinas, que levou a uma

superespecialização profissional, ocasionou também num enfraquecimento na resolutividade dos problemas na área da saúde. Uma vez que a compreensão do fenômeno saúde-doença é de grande complexidade, demanda a superação da fragmentação e da linearidade do saber disciplinar. Disto decorre, que hoje em dia, se busca cada vez mais a visão interdisciplinar dentro do campo da saúde, pois as práticas de cuidado demandam a articulação, comunicação e corresponsabilização entre profissionais (CARPES et. al., 2012).

Historicamente a visão interdisciplinar nas práticas em saúde apareceu como resposta a necessidade de melhoria das condições de cuidado em saúde, numa perspectiva que ultrapassasse a visão biologicista e que passasse a compreender que saúde e doença se relacionam também com os aspectos psicológicos, históricos, sociais, econômicos e culturais, abarcando até mesmo a experiência e o estilo de vida pessoal (CARDOSO et al., 2007).

As experiências interdisciplinares apresentam-se também como soluções para as práticas de cuidado no âmbito da saúde mental. Com o objetivo de ampliar o olhar sobre a saúde mental, busca-se na interdisciplinaridade o referencial teórico capaz de possibilitar reflexões para as práticas que contribuam para a superação das concepções biologicistas e médico-centradas que historicamente predominaram na área da saúde mental. Assim, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que atualmente ocupam lugar privilegiado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), preconiza-se que o trabalho seja interdisciplinar, de forma a articular diferentes saberes para contemplar a complexidade dos fenômenos que se apresentam nesse contexto.

A atuação na perspectiva interdisciplinar torna-se essencial nos CAPS, pois o sofrimento psíquico é um fenômeno complexo, derivado de fatores diversos: biológicos, sociais, emocionais, psicológicos, culturais e políticos. Assim, a atenção à saúde mental precisa ser a mais diversificada possível e contar com ações que sejam integralizadas e contextualizadas. Dessa forma, a interdisciplinaridade é o que embasa um projeto assistencial comum, o qual se coloca como um eixo integrador, a partir do qual se organiza a dinâmica cotidiana do trabalho, que tem como objetivo a reabilitação psicossocial (MILHOMEM & OLIVEIRA, 2007). A atuação nesse modelo exige uma lógica comum de trabalho a fim de evitar a fragmentação dos sujeitos, produzindo uma atenção integral. Assim sendo, o conjunto de saberes, instrumentos e práticas articulados constituem o cuidado de natureza interdisciplinar em saúde

mental nos CAPS, caracterizado pela cooperação, horizontalização e integração das ações (JUNS & LANCMAN, 2011).

Apesar de se apregoar a importância e até mesmo a necessidade do trabalho em equipe interdisciplinar na área da saúde mental, alguns estudos também têm apontado alguns obstáculos para se efetivar a prática interdisciplinar nos CAPS. Entre tais dificuldades é possível mencionar a produção de conflitos entre os técnicos que compõem as equipes dos CAPS, a diluição da especificidade profissional, invasão ao espaço do outro, situações de tensões e incômodos entre os membros da equipe decorrentes da ausência de delimitação de funções, falta de clareza quanto ao papel na equipe, sofrimentos impostos pelo trabalho com pacientes psiquiátricos graves, a precarização do trabalho em saúde, os conflitos de poderes intra-institucionais, pouca qualificação dos trabalhadores, entre outras (MILHOMEM & OLIVEIRA, 2007; JUNS & LANCMAN, 2011; MEIRELLES, KANTORSKI & HYPOLITO, 2011; SILVA & OLIVEIRA FILHO, 2013).

Mesmo com a existência de tantas dificuldades na realização do trabalho interdisciplinar, há que se compreender também que a interdisciplinaridade não anula a especificidade de cada campo do saber, mas "implica numa consciência dos limites e das potencialidades de cada profissão com vistas a um fazer coletivo [...] não anula as formas de poder, que todo saber comporta, mas exige a disponibilidade para partilhá-lo" (MEIRELLES, KANTORSKI & HYPOLITO, 2011, p. 285). Em outras palavras: "interdisciplinarizar pressupõe a coexistência de ações técnicas privativas dos profissionais e a execução de algumas ações comuns, com tendência à horizontalização das relações de poder " (MEIRELLES, KANTORSKI & HYPOLITO, 2011, p. 286). Nesse sentido, há que se ressaltar que exercer a interdisciplinaridade nas práticas de atenção à saúde mental, não apenas eleva a qualidade desta, mas impõe esforços aos profissionais para compartilhar saberes e potencializar as ações em um trabalho verdadeiramente de equipe.

Em síntese, é possível dizer que atuar nos CAPS na perspectiva interdisciplinar é um desafio que exige empenho e atitude para que se construa cotidianamente um modelo de atenção integrador, em que cada profissão busque na outra o apoio para exercer suas tarefas e, assim, desempenhar propostas terapêuticas que realmente atendam às necessidades dos usuários que estão em intenso sofrimento psíquico. Além disso, é necessário disponibilidade pessoal, solidariedade e cooperação, desconstruindo concepções tradicionais e se dispondo à abertura para o novo.

Como a presente pesquisa também toma como um de seus enfoques buscar compreender o sentido do trabalho do psicólogo em meio à equipe interdisciplinar nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o próximo tópico busca aprofundar conhecimentos sobre a atuação do psicólogo nos CAPS, sem, contudo, pretender ser uma extensa revisão bibliográfica dessa temática.

#### **2.4. A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

A história da Psicologia em sua relação com as políticas públicas de saúde mental esteve inicialmente marcada por um saber psicológico atrelado ao modelo biomédico e com práticas clínicas profiláticas que buscavam a normalização dos sujeitos. Práticas essas também advindas dos hospícios e instituições psiquiátricas destinadas aos loucos, alienados ou doentes mentais, que figuravam no cenário brasileiro do final do século XIX e início do século XX (CFP, 2013).

No Brasil, a regulamentação da Psicologia como profissão aconteceu em 1962 e a consolidação da prática profissional do psicólogo se deu no contexto da clínica, escolas e organizações. No campo da saúde, a atuação dos psicólogos esteve principalmente alocada na clínica privada, marcando fortemente uma prática elitista e individualista. Contudo, transformações no cenário social, econômico e cultural levaram a mudanças e ampliação da atuação deste profissional, sobretudo no âmbito da saúde mental. Foi também em meio aos movimentos sociais da Reforma Sanitária e Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e de Reforma Psiquiátrica que profissionais psicólogos participaram engajados em busca da garantia de direitos, principalmente no que se refere à promoção e atenção integral à saúde. Dessa maneira, houve significativa expansão das políticas públicas e consequente crescimento da presença dos psicólogos nesses serviços, em especial nos de saúde, onde se abriu um vasto campo de trabalho (CFP, 2013; SILVA, 2015).

Na década de 1980 ocorreu uma significativa inserção dos psicólogos nos serviços de saúde pública, com equipes de saúde mental minimamente compostas por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social, constituídas para atuar nos centros de saúde do Estado. Essa nova forma de trabalho também trouxe impasses à medida em que fugia aos parâmetros dos modelos tradicionais de atuação desses profissionais, com pouca compreensão do papel que lhes estava sendo atribuído nessas equipes multiprofissionais (SPINK, 2010).



A incorporação dos psicólogos nas políticas públicas de saúde e nos serviços de saúde mental no âmbito do SUS, forçou um redirecionamento da atuação dos profissionais da Psicologia, "exigindo transformações metodológicas e tecnológicas para o atendimento em saúde mental" (CFP, 2013, p.78). A inserção do psicólogo nos serviços de saúde, tais como serviços ambulatoriais e unidades básicas, por exemplo, se afasta da relação clínica tradicional e leva os psicólogos a novas formas de atuação, com uma postura que se assemelha mais com a psicologia comunitária. Esse movimento também deixa transparecer lacunas quanto aos conhecimentos necessários para esse novo modelo de atuação (SPINK, 2010). Isso porque as mudanças ocorridas no sistema público de saúde parecem não ter sido acompanhadas por transformações similares nos currículos dos cursos de graduação (FIGUEIREDO & RODRIGUES, 2004).

Nesse contexto de transformações, o sofrimento mental passa a ter uma nova compreensão, sendo concebido como fenômeno complexo, que implica a trajetória de vida dos sujeitos, suas condições objetivas e concretas de existência. O que orienta para um novo olhar sobre o objeto das práticas e políticas públicas no campo da saúde mental, que é o modelo de atenção psicossocial, já explanado anteriormente. Dessa forma, a atuação do psicólogo passou a incidir menos sobre a cura de uma doença ou sintoma e mais sobre a produção de subjetividades, com ações visando a emancipação e a criação de possibilidades de participação e convivência social (CFP, 2013).

Considerando a atuação dos profissionais de psicologia nas políticas públicas de saúde mental, sobretudo nos CAPS, que são considerados serviços estratégicos na atenção em saúde mental no âmbito do SUS, pesquisas têm demonstrado que nos espaços dos CAPS está se delineando um novo fazer da prática psicológica, marcado pela pluralidade de ações e reinvenção das práticas psi (CANTELE & ARPINI, 2016). Para Silva (2015), o contexto das políticas públicas brasileiras, que conta com número insuficiente de profissionais se comparado à grande demanda pelos serviços, tem levado os psicólogos a reorientar e reinventar suas práticas, dando prioridade a atendimentos em grupos, promoção da saúde e o trabalho em equipes multiprofissionais.

O modelo clínico tradicionalmente apregoado na psicologia, pautado em sessões individuais e de extensa duração, não se mostra suficiente para dar conta das demandas que se apresentam no âmbito das políticas públicas de saúde. Assim,

outras perspectivas têm se apresentado numa compreensão que se denomina como clínica ampliada<sup>7</sup>, a qual considera a complementação de saberes diversos, advindos de diferentes campos de conhecimento, os quais proporcionam a ampliação da compreensão dos processos de saúde e doença (CANTELE, 2013; SILVA, 2015).

Na atuação nos CAPS, o psicólogo não estará sozinho, mas integrado a uma equipe com diversidade de profissionais. Na atenção em saúde mental a prática do psicólogo se amplia, somando suas ações às de outros profissionais do serviço. Numa proposta em que se prioriza o trabalho em equipe interdisciplinar. Diante disso, pesquisas têm apontado para dificuldades na atuação do psicólogo no contexto dos CAPS advindas da formação fortemente marcada pela hegemonia do modelo clínico. Destaca-se assim que, muitas vezes, os psicólogos encontram-se despreparados para atuar nesse modelo atual de atenção em saúde mental, tendo em vista que a formação tradicional não dá conta dessa nova realidade de trabalho. Por isso, os profissionais “veem-se desafiados a superar esses impasses buscando novas práticas que possam atender de forma mais satisfatória à demanda e, ao mesmo tempo, às expectativas em relação à inserção do profissional de Psicologia no Novo Modelo de Atenção em Saúde Mental” (CANTELE, ARPINI & ROSO, 2012, p. 920).

O fazer do psicólogo, no âmbito da saúde pública, inserido em equipe interdisciplinar traz desafios e requer que este profissional desenvolva algumas habilidades tais como: a capacidade de trabalhar em equipe, de conviver com as diferentes abordagens ou compreensões diferentes da realidade, o sigilo compartilhado, utilizar linguagem acessível à população e empatia. Essa nova perspectiva de atuação também leva à construção de um novo estilo de *setting* terapêutico, o qual pode se formar ao ar livre, em sala de espera ou no ambiente domiciliar, por exemplo (ZURBA, 2011; SILVA, 2015). Além disso, a família passa a ser incluída como unidade de cuidado e exige-se do psicólogo práticas como a busca ativa, em que não há apenas as situações em que os sujeitos buscam espontaneamente o tratamento, mas que os profissionais abordam ativamente as pessoas em situações de vulnerabilidade (SILVA, 2015).

Uma pesquisa realizada pelo CREPOP – Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas, do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013), com

---

<sup>7</sup> Existe uma vasta produção teórica sobre clínica ampliada, porém não é o objetivo deste trabalho discorrer de forma aprofundada sobre essa e outras possibilidades de compreensão e atuação na área da saúde mental.

psicólogos atuantes em CAPS de todo o Brasil, apresenta um conjunto diversificado de atividades profissionais, tais como acolhimento, discussão de casos em equipe multiprofissional, psicoterapias individual e grupal, atendimentos às crises, elaboração de projetos terapêuticos individuais de cuidado, atividades de reinserção social, atividades em contato direto com a comunidade, oficinas com utilização de diferentes recursos (música, leitura e escrita, cuidados com corpo e beleza, etc), programas de geração de trabalho e economia solidária, dentre outras.

O documento elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia, a partir da citada pesquisa, intitulado "Referência Técnica para Atuação do Psicólogo em CAPS" (CFP, 2013) não apresenta um conjunto de intervenções a serem desenvolvidas por esses profissionais, mas salienta que a prática do psicólogo nos CAPS deve se orientar pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, respondendo às exigências e desafios de cada contexto, na perspectiva da atenção psicossocial, considerando as condições de cada território e os projetos terapêuticos individualizados.

A consolidação do modelo psicossocial na atenção em saúde mental mostra também a necessidade de que as universidades ofereçam uma formação que esteja em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Estudos têm apontado para a necessidade de que os currículos dos cursos de graduação em Psicologia sejam aprimorados a fim de dar conta dessas novas demandas que se apresentam no âmbito da saúde, com vistas a prevenção, promoção, proteção e reabilitação psicossocial, nos níveis individuais e coletivos. Ou seja, que se proporcione uma formação mais condizente com as atuais demandas de saúde mental, contemplando a construção de um olhar crítico sobre as políticas públicas de saúde mental (TARDIVO, SALLES & GABRIEL FILHO, 2013).

Por fim, entende-se que o psicólogo, enquanto integrante da equipe de um CAPS, busca em seu cotidiano de trabalho, junto aos demais profissionais, formas de trabalhar que deem conta das demandas do cuidado em saúde mental, com foco na reabilitação psicossocial dos sujeitos. Contudo, a atuação do psicólogo nos CAPS, enquanto política pública de saúde, diferencia-se daquelas tradicionalmente apregoadas como pertinentes à clínica. Não há um modelo prescrito de como deve ser a atuação do psicólogo nesse contexto, o que possibilita ao profissional uma autonomia na construção de seu modo de atuação, permitindo grande variabilidade e criatividade no desenvolvimento de seu trabalho. Por outro lado, há que se considerar, que na atuação em saúde mental, nos CAPS, o psicólogo não estará sozinho, mas

sim integrado a uma equipe composta por diversos profissionais, porém com um mesmo objetivo, o qual seja proporcionar práticas terapêuticas adequadas ao cuidado de quem está em intenso sofrimento psíquico. Isso mostra que o psicólogo que atua em CAPS precisa estar aberto a reinventar suas práticas e também a dialogar com outros saberes, somando-se a esses e buscando estratégias coletivas para o enfrentamento dos problemas e dificuldades que se apresentam nesse contexto.

### **Breve síntese...**

Na concepção histórico-cultural o homem é um ser ativo, social e histórico e é através do trabalho, enquanto atividade vital humana, que se constitui e assim adquire características histórico socialmente desenvolvidas. Em meio às suas atividades, no curso da experiência humana, produz sentidos subjetivos diversos e, assim, o homem se constitui subjetivamente ao longo de sua história.

Nesta concepção está implicada a ideia de um sujeito em sua singularidade subjetivamente constituída nos diferentes espaços sociais de sua existência. Um sujeito histórico e social, pois sua constituição subjetiva representa a síntese de sua história pessoal enquanto processo contínuo e porque sua existência se desenvolve na sociedade, nos diversos espaços sociais em que concretiza suas atividades.

Entendendo-se que os CAPS, enquanto instituições de trabalho são um importante espaço social, produtor de subjetividades individuais e sociais, compreender o contexto histórico em que surgem e se desenvolvem é essencial para se compreender implicações no processo de construção de práticas interdisciplinares e no processo de subjetivação dos profissionais que atuam nesses serviços.

Tomando-se historicamente o campo da saúde mental, é possível entender que os modelos de tratamento hospitalocêntricos e médico centrados não propiciavam uma visão holística do ser humano e, assim, também não favoreciam um cuidado pautado na inter-relação de conhecimentos profissionais.

Com a implantação dos CAPS, com uma nova proposta de cuidado na atenção em saúde mental, a visão interdisciplinar torna-se possível e necessária, uma vez que para além dos aspectos biológicos, também os aspectos psicológicos, culturais, econômicos e sociais passam a ser valorizados. Nessa perspectiva, conhecimentos fragmentados e superespecializados parecem não dar conta das demandas desses serviços.

Nesse contexto, torna-se essencial a compreensão sobre o que é o trabalho interdisciplinar na atenção à saúde mental. Além disso, a partir do enfoque deste trabalho, pensa-se especificamente acerca da atuação profissional do psicólogo em meio às equipes multiprofissionais dos CAPS e na complexidade dessa forma de trabalho. Isso porquê, na atualidade, as formas tradicionais de atuação do psicólogo já não contemplam as propostas dos serviços de saúde, as quais prezam por um olhar abrangente e que envolva diversas perspectivas profissionais.

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

O presente trabalho se constitui em um estudo qualitativo, seguindo os preceitos da Epistemologia Qualitativa, que é a expressão teórico-metodológica e epistemológica da Teoria da Subjetividade proposta por Fernando González Rey (1997, 2002, 2005; GONZÁLEZ REY & MARTÍNEZ, 2017), nos marcos da Psicologia Histórico-Cultural.

#### 3.1 BASES CONCEITUAIS - EPISTEMOLOGIA QUALITATIVA

A Epistemologia Qualitativa, de González Rey (1997, 2002, 2005), trata-se de uma proposta teórica e metodológica para o estudo científico da subjetividade numa concepção histórico-cultural. Considera a subjetividade como principal objeto da Psicologia, numa compreensão dialógica, dialética e complexa, contrapondo-se às propostas positivistas e mecanicistas. Nesta visão, tratar sobre metodologia qualitativa implica um debate teórico, metodológico e epistemológico, representando um novo modo de compreender uma perspectiva metodológica apropriada ao estudo dos processos psicológicos (GONZÁLEZ REY, 2002, 2005).

Nesta concepção, considera-se o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento. Assim, entende-se o conhecimento como produção, que é construído num processo complexo e permanente de reflexões. Em que o objeto não aparece de forma concreta, pronta e linear, mas que se desvela como parte do próprio processo de conhecimento. Para González Rey (2005, p.8)

ênfatizar o caráter construtivo-interpretativo da pesquisa significa que um atributo essencial desta proposta de metodologia qualitativa é seu caráter teórico. Tal metodologia é orientada para a construção de modelos compreensivos sobre o que se estuda.

Disto não se exclui a importância do empírico, mas o entende como inseparável do processo de produção teórica. Na Epistemologia Qualitativa o teórico é concebido como a possibilidade de construção permanente de modelos de inteligibilidade, não reduzido a teorias como fontes de saber preexistentes, mas ao processo de construção de conhecimento que se dá no decorrer da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2002, 2005).

Neste aspecto, mostra-se a importância que se dá ao pesquisador, que assume um novo lugar, passando a ser visto como sujeito, com caráter ativo, pensante, produtor de pensamento e sentido. É a produção intelectual do pesquisador que permite organizar e integrar o conhecimento em construção, permitindo a elaboração de modelos de inteligibilidade acerca do estudado (GONZÁLEZ REY, 2005).

Na Epistemologia Qualitativa privilegia-se o "singular como instância de produção do conhecimento científico" (GONZÁLEZ REY, 2005, p.10). Para González Rey (2005, p. 11) a "legitimação da informação proveniente do caso singular se dá através do modelo teórico que o pesquisador vai desenvolvendo no curso da pesquisa". Privilegia-se os processos que caracterizam a produção de conhecimento, enfatizando os processos de construção sobre os de resposta. Entende-se que a realidade é extremamente complexa e que, portanto, qualquer evento permite infinitos desdobramentos geradores de inteligibilidade, caracterizando um processo dinâmico de construção.

Outra importante característica desta proposta metodológica é a compreensão da pesquisa qualitativa como um processo de comunicação, um processo dialógico.

A ênfase na comunicação como princípio epistemológico está centrada no fato de que uma grande parte dos problemas sociais e humanos se expressa, de modo geral, na comunicação das pessoas seja direta seja indiretamente. [...] A comunicação é uma via privilegiada para conhecer as configurações e os processos de sentidos subjetivos que caracterizam os sujeitos individuais e que permitem conhecer o modo como as diversas condições objetivas da vida social afetam o homem (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 13).

O lugar que se atribui à comunicação permite que os participantes se manifestem como sujeitos críticos e criativos, "implicando-se no problema pesquisado a partir de seus interesses, desejos e contradições" (GONZÁLEZ REY, 2005 p. 14). A compreensão da pesquisa enquanto um processo de comunicação privilegia o processo de construção do conhecimento, rompendo e superando a lógica instrumentalista, historicamente presente nas pesquisas em Psicologia. Nisto se mostra o caráter epistemológico desta concepção, que prima pelos processos implicados na construção do conhecimento, que traz à tona os processos subjetivos e sociais implicados na pesquisa, os quais por muito tempo foram desconsiderados na Psicologia e em outras ciências sociais.

Para abranger a complexidade dos fenômenos psicológicos novos conceitos são propostos, tais como sentidos subjetivos, configuração subjetiva, subjetividade

individual, subjetividade social, e zonas de sentido, por exemplo<sup>88</sup>. A forma como tradicionalmente se concebe os procedimentos metodológicos de coleta de dados, uso de instrumentos e análise também adquire uma nova compreensão.

Na Epistemologia Qualitativa entende-se que os dados não existem a priori para serem coletados, mas que são produzidos, em um processo irregular e contínuo no relacionamento mantido entre pesquisador e sujeitos pesquisados. O uso de instrumentos também é ressignificado, sendo estes compreendidos como recursos facilitadores da expressão dos sujeitos. Ou seja, apenas como fontes de informação, sem estarem associados a quaisquer categorias teóricas pré-estabelecidas e sem seguirem regras padronizadas. O número de participantes a ser considerado define-se pelas demandas do próprio processo de pesquisa e seus objetivos, não seguindo lógicas quantitativas ou estatísticas. Além disso, nesse tipo de pesquisa qualitativa, não se entende que a análise de informações se dá de forma separada das demais etapas do processo empírico. O processo de construção e interpretação acompanha todos os momentos da pesquisa. (GONZÁLEZ REY, 2002, 2005).

Por fim, é possível sintetizar entendendo que, devido a essa forma diferenciada de conceber a produção de conhecimento em Psicologia, a Epistemologia Qualitativa se apresenta não apenas como uma nova proposta metodológica para a pesquisa qualitativa, mas traz à tona um debate teórico-epistemológico que visa superar a visão positivista nas pesquisas em Psicologia.

### **3.2 CONTEXTO DA PESQUISA**

O cenário em que se produziram os materiais analisados nesta pesquisa foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município que conta com três CAPS, nas seguintes modalidades: um CAPS AD (álcool e drogas adulto), um CAPSi (infantojuvenil) e um CAPS II (transtorno mental adulto).

A partir das observações participantes realizadas foi possível caracterizar cada um dos CAPS pesquisados. Cabe notar, que apesar de serem dados de pesquisa, torna-se necessários apresentá-los neste momento para caracterização dos locais de pesquisa e das profissionais participantes.

---

<sup>88</sup> Tais conceitos foram explicitados no tópico que trata sobre a Teoria da Subjetividade.



O CAPS AD iniciou suas atividades em 2005 e, atualmente, conta com uma equipe multiprofissional composta por uma psicóloga, um psiquiatra, quatro residentes de psiquiatria, uma médica clínica, uma assistente social, um fisioterapeuta, um técnico de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e um enfermeiro, o qual também assume a função de coordenador do serviço. Nele são atendidos adultos, a partir de 18 anos de idade, que façam uso abusivo ou sejam dependentes de crack, álcool ou outras drogas.

O CAPSi começou a funcionar em 2010 e, atualmente, sua equipe multiprofissional está composta por três psicólogas, sendo que uma delas assume a função de coordenadora do serviço, duas enfermeiras, uma assistente social, uma pedagoga, dois psiquiatras e quatro médicos residentes de psiquiatria. No CAPSi são atendidos crianças e adolescentes menores de 18 anos, que tenham transtornos mentais graves e persistentes e também aqueles que sejam dependentes de substâncias psicoativas, ou façam uso abusivo das mesmas.

O CAPS II iniciou seus atendimentos em 2013 e conta com uma equipe multiprofissional composta por uma psicóloga, duas enfermeiras, uma fisioterapeuta, quatro psiquiatras, 8 residentes de psiquiatria, uma auxiliar de enfermagem e três assistentes sociais, sendo que uma delas assume a função de coordenadora do serviço. Neste CAPS são atendidas pessoas a partir dos 18 anos, com transtorno mental grave e persistente, que estejam desestabilizados, necessitando de atendimento intensivo.

De modo geral, é possível dizer que o tratamento é realizado nestes CAPS por meio de atendimentos em grupos e/ou oficinas terapêuticas, acolhimentos, atendimentos individuais e familiares, atividades comunitárias, ações de reabilitação psicossocial, visitas domiciliares, reuniões de organização dos serviços, reuniões clínicas de discussão de casos e formulação de projetos terapêuticos, reuniões com outros equipamentos da rede de atendimento, entre outras atividades que venham a acontecer.

As pessoas podem procurar os CAPS por acesso direto, busca espontânea, não sendo necessário o encaminhamento de outros serviços. No entanto, diversas instituições também encaminham para estes serviços, tais como: UBS – Unidades Básicas de Saúde, UPA – Unidade de Pronto Atendimento, Hospitais, CRAS – Centros de Referência da Assistência Social, CREAS – Centro de Referência

Especializado da Assistência Social, Conselho Tutelar, escolas, casas de abrigo, Ministério Público e Poder Judiciário.

### 3.3 SUJEITOS PARTICIPANTES

Foi formada uma amostra proposital, de interesse, composta por 9 profissionais de nível superior que atuam em CAPS (CAPSi, CAPS AD e CAPS II), independentemente da idade, sexo, estado civil, profissão, e/ou outras variáveis sociodemográficas.

Para as atividades em grupo, os participantes foram selecionados conforme a diversidade de especialidades profissionais que se encontram nesses CAPS, com o objetivo de se buscar explorar do modo mais abrangente possível o tema pesquisado. Nas entrevistas foram incluídas apenas as psicólogas atuantes nos serviços, uma vez que as entrevistas tinham o objetivo complementar de aprofundar o conhecimento acerca da prática do psicólogo em meio a uma equipe interdisciplinar. Uma delas participou tanto dos grupos quanto das entrevistas. A tabela abaixo demonstra o perfil das participantes.

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

#### CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participante <sup>9</sup>	Idade	Tempo de Formação	Tempo de Atuação em CAPS	Tempo de Atuação em Saúde Mental
Psicóloga A	35 anos	10 anos	2 anos	8 anos
Psicóloga B	38 anos	16 anos	2 anos	12 anos
Psicóloga C	44 anos	13 anos	8 anos	8 anos
Psicóloga D	48 anos	25 anos	8 anos	19 anos
Enfermeira	31 anos	5 anos	5 anos	5 anos
Assistente Social	34 anos	13 anos	4 anos	4 anos
Psiquiatra	34 anos	9 anos	6 anos	9 anos
Pedagoga	55 anos	15 anos	6 anos	6 anos
Fisioterapeuta	51 anos	30 anos	3 anos	3 anos

FONTE: A autora (2017).

As participantes colaboradoras da pesquisa, todas do sexo feminino, tinham idades entre 31 e 55 anos, com formação profissional há uma média de 15 anos. O

<sup>9</sup> As participantes foram nomeadas de acordo com sua formação profissional.

tempo médio de atuação em CAPS é de 4 anos e 9 meses aproximadamente. O tempo de atuação na área de saúde mental é de cerca de 8 anos. Quatro participantes também possuem especialização em "Saúde Mental, Psicopatologia e Psicanálise", uma delas tem mestrado em enfermagem, com linha de pesquisa na área de saúde mental e está cursando doutorado na mesma área, uma tem especialização em Psicologia do Trabalho, uma em Psicopedagogia e Educação Especial, uma em "Direito Administrativo aplicado ao SUAS" e outra em Administração Pública.

Foram incluídos na amostra apenas os profissionais, de nível superior, que compõem a equipe técnica dos CAPS e que durante o período da produção de dados estavam em pleno exercício de suas funções, que aceitaram participar de forma voluntária e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 1). Foram excluídos da amostra aqueles que não se mostraram solícitos a participar e que tinham algum impedimento para participar das atividades realizadas ou, ainda, que não receberam liberação da coordenação dos serviços para participação naquele dia e horário específicos. Também foram excluídos aqueles que estavam em licença ou afastamento do serviço por qualquer outro motivo.

Todos os profissionais atuantes no CAPS do município em estudo foram informados dos objetivos e procedimentos da pesquisa e convidados a participar. O convite aconteceu em reuniões específicas realizadas pela pesquisadora em cada um dos três serviços, as quais aconteceram após contato com a coordenação dos respectivos locais e autorização das mesmas.

Todas as colaboradoras demonstraram interesse em participar dos encontros, assim como das entrevistas. O clima foi ameno e descontraído durante todas as atividades. Estavam sempre conversando sobre assuntos diversos antes e depois das discussões, compondo um momento harmonioso.

### **3.4 ASPECTOS ÉTICOS**

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as diretrizes da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe acerca do respeito, da dignidade e proteção de seres humanos quando participantes de pesquisas científicas.

As atividades de produção de dados ocorreram somente após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da

Universidade Federal do Paraná (UFPR)<sup>10</sup> e após a autorização formal dos campos onde foi realizada a pesquisa, através das coordenações dos CAPS e da Coordenação Municipal de Saúde Mental do município onde essas instituições estão localizadas.

Foram prestados esclarecimentos sobre o estudo, finalidade e metodologia, e os participantes foram convidados a assinar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” – TCLE (Apêndice 1), o qual foi construído de acordo com as normas internacionais de participação em pesquisa. Foram garantidos o sigilo e o anonimato dos participantes, assim como das informações cedidas por estes em cada etapa da pesquisa.

### 3.5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE PRODUÇÃO DE DADOS

Os dados foram produzidos nos meses de novembro de 2016 a fevereiro de 2017, nas dependências dos CAPS, em locais reservados, escolhidos pela pesquisadora, para que os participantes se sentissem à vontade e que não houvesse interferências.

O levantamento de informações se deu principalmente através da realização de atividades grupais, utilizando-se da técnica de **grupo focal**. De forma complementar foram realizadas quatro **entrevistas** individuais semi-estruturadas com as psicólogas atuantes nos CAPS e **observação participante** realizada em cada um dos serviços.

A escolha do **grupo focal** como principal técnica utilizada para a produção de dados se deu pelo entendimento de que esta técnica possibilita uma ampla problematização do tema pesquisado, intensificando o acesso às informações, permitindo a reflexão e compreensão de práticas cotidianas e o alcance de diferentes perspectivas acerca do fenômeno estudado, abarcando contraposições, contradições, diferenças e divergências acerca do mesmo (LOPES, 2014; BACKES et al., 2011). Além disso, entende-se que o uso do grupo focal enquanto instrumento de produção de informações, possibilitou a dinâmica conversacional para levar os sujeitos a níveis significativos de expressão que facilitam o surgimento de processos simbólicos e emoções que expressam os sentidos subjetivos (GONZÁLEZ REY, 2005).

---

<sup>10</sup> Parecer consubstanciado do CEP/SD - PB nº 1.705.661, na data de 31/08/2016.

Foram realizados três encontros com o grupo de profissionais, com periodicidade semanal e duração média de uma hora e meia cada, os quais aconteceram nas dependências do CAPS Infantojuvenil. Cada encontro teve uma temática em foco (tema central) que norteou as discussões. A sequência do encontro seguiu a ordem: abertura, discussão do tema, síntese da discussão e fechamento. Para emergir a discussão sobre a temática proposta foram utilizadas atividades lúdicas e técnicas de dinâmica de grupos como instrumentos facilitadores, os quais serviram como recursos para a produção de informações.

O objetivo foi organizar cada encontro segundo uma temática peculiar ao objeto investigado, ou seja, a interdisciplinaridade nos centros de atenção psicossocial. Assim, segue-se uma breve explanação dos temas dos encontros:

QUADRO 3 - DESCRIÇÃO DOS TEMAS DOS ENCONTROS

<b>Encontro</b>	<b>Tema central</b>	<b>Instrumentos</b>
1º	CAPS	Grupo focal; dinâmica de grupo
2º	INTERDISCIPLINARIDADE	Grupo focal; dinâmica de grupo
3º	PRÁTICA INTERDISCIPLINAR	Grupo focal; complemento de frases

FONTE: A autora (2017).

O **primeiro encontro**, iniciou com um "contrato" grupal, acordando-se sobre o sigilo, o anonimato, a liberdade de expressão e a importância do respeito com o próximo e com as reflexões expressas individualmente. Também foi solicitado que todos os participantes assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na sequência, cada participante preencheu um protocolo com dados de identificação sociodemográfica do sujeito, para caracterização do perfil dos participantes (APÊNDICE 2). Nesse dia estiveram presentes uma psicóloga, uma enfermeira, uma assistente social, uma psiquiatra, uma pedagoga e uma fisioterapeuta.

Em seguida foi proposto uma dinâmica de grupo na qual, de forma lúdica, as participantes fizeram uma construção, a partir de recortes de revistas sobre o tema "*CAPS - que lugar é esse?*". A produção das participantes suscitou assuntos e discussões diversas. Ao final foram pontuadas pela pesquisadora as principais considerações levantadas durante a atividade e realizado o fechamento do encontro, agradecendo-se a participação de todas.

No **segundo encontro** estiveram presentes as mesmas participantes do encontro anterior, com exceção da psicóloga que não pôde estar presente devido situações pessoais. Iniciou-se de forma descontraída, com um clima ameno, em que as participantes conversavam sobre situações pessoais e familiares. A pesquisadora agradeceu novamente a participação de todas, expôs o tema norteador do encontro e explicou a atividade que seria realizada. O tema norteador desse encontro foi a *Interdisciplinaridade*. Cada participante recebeu várias folhas nas quais estavam escritas o nome de uma das profissões das outras participantes do grupo. Na qual puderam descrever aquilo que entendiam ser o papel/função de cada um dos outros profissionais dentro da equipe. Por exemplo: a enfermeira escreveu sobre a psiquiatra, a assistente social, a psicóloga, a pedagoga, fisioterapeuta e sobre sua própria profissão, ou seja, a enfermagem. E assim cada uma das outras escreveu sobre as demais, assim como sua profissão.

A partir dessa atividade foram explorados aspectos relacionados aos diversos assuntos suscitados durante as ponderações do grupo. Da mesma forma que no encontro anterior, ao final foram sintetizadas as principais opiniões emergidas no decorrer das reflexões, realizando-se o fechamento da atividade.

No **terceiro encontro** o tema central norteador do encontro foi a *Prática Interdisciplinar*. Para emergir o assunto e promover a discussão entre os participantes foi proposta uma atividade escrita, uma técnica de complemento de frases (APÊNDICE 3), em que cada pessoa preencheu individualmente e posteriormente compartilhou com o grupo suas principais reflexões. Nesse dia estiveram presentes todas as profissionais, com exceção da pedagoga, que não pôde comparecer devido uma cirurgia que havia recém realizado. Além disso, a profissional enfermeira que estava participando dos encontros precisou levar seu filho bebê, pois o mesmo estava doente e não havia uma outra pessoa com quem deixá-lo. Acredita-se que, em alguns momentos, a presença do bebê possa ter influenciado no andamento da atividade, pois algumas vezes a profissional precisou dar atenção à criança, tirando seu foco das discussões. Apesar disso, entende-se que esse fator não invalida a atividade realizada.

Durante as discussões desse dia diversos assuntos permearam o momento de reflexão. Como fechamento dos encontros, a pesquisadora também trouxe à discussão alguns tópicos selecionados das transcrições dos grupos anteriores, em que não houve clareza ou não se chegou a um consenso sobre o assunto. Foi possível

também explorar alguns pontos que não foram abordados e dar um retorno para o grupo sobre o processo vivido durante as atividades anteriores.

De modo geral, os encontros grupais foram avaliados pelas participantes de forma positiva, as quais sentiram-se bem por terem participado. Foi considerado como um momento de desabafo, em que as frustrações e dificuldades enfrentadas puderam ser compartilhadas. Além disso, pelo retorno recebido das colaboradoras, os encontros propiciaram reflexão sobre a atuação profissional, sugerindo-se até mesmo que houvessem mais ocasiões como aquelas.

As atividades grupais foram gravadas em equipamento digital, mediante autorização das participantes. Também houve um estagiário que atuou como auxiliar observador, fazendo anotações durante os grupos e colaborando para a organização das atividades grupais. As informações coletadas foram posteriormente transcritas para facilitar a análise.

Os grupos focais foram realizados nas dependências do CAPS Infantojuvenil, em uma sala que comportava confortavelmente todas as participantes, permitindo sentarem-se em rodas, em que podiam se ver face a face para facilitar o diálogo e o fluxo de informações. Também foi garantido um lugar reservado, em que não havia fatores que pudessem restringir qualquer tipo de informação ou expressão dos participantes.

Além dos grupos focais, como método complementar de coleta de dados, foi também realizado um período de **observação participante** nos CAPS. Esta técnica viabiliza o contato direto do pesquisador com o contexto social, permitindo um envolvimento em todas as dimensões de vida do grupo estudado (MINAYO, DESLANDES & GOMES, 2010). É uma observação qualitativa, que implica em uma imersão profunda nos locais estudados. Nela o pesquisador mantém um papel ativo e uma reflexão permanente, estando atento a detalhes, acontecimentos, eventos e interações (SAMPIERI; COLLADO & LUCIO, 2013).

Para tanto, foram feitas observações diretas nos locais pesquisados, as quais foram registradas sistematicamente em diário de campo e realizadas conforme disponibilização das coordenações dos respectivos serviços. Durante essas observações foram coletados principalmente dados referentes ao funcionamento e caracterização dos serviços.

Foram realizadas ainda 4 **entrevistas** individuais e semiestruturadas com as psicólogas que atuam nos CAPS investigados. Esse modelo de entrevista foi

escolhido por ser flexível e aberto, possibilitando a comunicação e a livre expressão dos participantes, permitindo obter pontos de vista, experiências e informações detalhadas a respeito do tema investigado (SAMPIERI; COLLADO & LUCIO, 2013). Além disso, as entrevistas permitem a obtenção de dados subjetivos, relacionados aos valores, atitudes e opiniões dos participantes (MINAYO, DESLANDES & GOMES, 2010). A escolha da entrevista semiestruturada enquanto instrumento de produção de informações também se deu pelo fato de possibilitar uma conversação de livre expressão, sendo possível não centrar nas perguntas e respostas, mas permitir emergir zonas de sentidos subjetivos que se organizam no curso da expressão do sujeito (GONZÁLEZ REY, 2005).

O objetivo dessas entrevistas foi obter informações referentes a atuação do psicólogo nas equipes multiprofissionais dos Centros de Atenção Psicossocial e de sua formação profissional. Estas entrevistas também foram gravadas em equipamento digital, mediante autorização das entrevistadas, e realizadas em local reservado, disponibilizado pela coordenação dos serviços.

Nessas entrevistas o diálogo foi orientado por um roteiro elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE 4). Este protocolo de entrevista estava composto por questões abertas sobre interdisciplinaridade e cuidados em saúde mental, baseadas em tópicos norteadores do diálogo, fundamentados na literatura pesquisada e na experiência nessa área. Além dessas questões, foi possível o desenvolvimento de outras, conforme se estabelecia o diálogo entre as participantes e a pesquisadora, o que é possibilitado graças a maleabilidade da entrevista semiestruturada e da pesquisa de orientação qualitativa.

### **3.6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE ORGANIZAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE INFORMAÇÃO**

Nas pesquisas qualitativas baseadas na Epistemologia Qualitativa de González Rey (1997, 2002, 2005) a construção e interpretação das informações acontece durante todos os momentos da pesquisa, permitindo um processo de construção teórica, com vistas à produção de conhecimento, que é a pesquisa científica. Procedimento metodológico esse que o autor denomina Método Construtivo-Interpretativo. Nessa perspectiva, a análise e interpretação de resultados não é um



processo dirigido pelos dados, mas um momento de produção teórica que transcende os dados e não necessariamente tem sua origem neles (GONZÁLEZ REY, 2002).

A fonte das ideias não está só nos dados, mas no confronto entre o curso do pensamento, conduzido por múltiplas vias, e os dados; confronto de onde surgem novas ideias, cuja legitimidade só pode se entender dentro do processo de pensamento em que se originaram, e não por sua correspondência com os dados produzidos no cenário de onde surgiram.

O dado não se legitima de forma unilateral pelo que representa na relação com o objeto estudado, mas por "sua capacidade de diálogo" com o pesquisador; diálogo que se articula ao longo da pesquisa, em cujo curso um mesmo dado pode entrar em diferentes momentos de elaboração teórica, que o integrem a sistemas diferentes de relação com outros dados, nos quais adquirirá múltiplas significações (GONZÁLEZ REY, 2002, p. 111).

É através do confronto entre os dados e os pensamentos do pesquisador que são construídas elaborações teóricas que permitem acessar o problema estudado, de modo que a pesquisa resulta em uma construção teórica, que está além da aparência dos dados e do nível descritível de informações.

Para o alcance da produção de informação na perspectiva da pesquisa qualitativa apoiada na Epistemologia Qualitativa, González Rey (2002, 2005) propõe o uso de indicadores. González Rey (2002, p. 113) refere que "um indicador é uma construção capaz de gerar um significado pela relação que o pesquisador estabelece entre um conjunto de elementos que, no contexto do sujeito estudado, permitem formular uma hipótese".

O uso de indicadores possibilita o acesso de informações ocultas aos sujeitos estudados, permitindo ultrapassar o nível descritivo da informação direta e intencionalmente expressa pelos participantes, facilitando o acesso àquilo que não está na representação consciente dos sujeitos (GONZÁLEZ REY, 2005). Um indicador não tem valor em si isoladamente, não é redutível ao dado, mas está associado a um momento interpretativo. Faz "parte de um processo em que funciona em estreita relação com outros indicadores" (GONZÁLEZ REY, 2002, p. 114).

Eles podem se definir por um elemento ou por um conjunto de elementos. E podem estar distantes de evidências empíricas, manifestando-se pela combinação de informações indiretas e omitidas. "Os indicadores aparecem nos instrumentos, nas relações entre eles, assim, como em quaisquer das situações e processos surgidos nas diferentes relações que constituem o campo da pesquisa" (GONZÁLEZ REY, 2002, p. 115).

Os indicadores são categorias [...] produzidas no processo de construção do conhecimento que se constituem em instrumentos para a definição de zonas de sentidos sobre o problema estudado. Os indicadores são produzidos com finalidade explicativa, não descritiva; o que marca uma profunda diferença com a forma como o conceito de dado é utilizado pela psicologia. (GONZÁLEZ REY, 2002, p.114, 115).

Usados com finalidade explicativa, os indicadores são construções que dão sentido ao não-observável, propiciando o desenvolvimento de hipóteses que articulam as ideias do pesquisador e as manifestações do estudado. Em outras palavras, os indicadores possibilitam a síntese entre o empírico, o teórico e o observado (GONZÁLEZ REY, 2002).

Tendo-se em vista tais considerações, é possível dizer que o conceito de indicador pode sustentar uma análise. Uma vez que a análise tem como objetivo compreender e interpretar as informações produzidas, articulando-as com o referencial teórico pesquisado e com os objetivos da pesquisa, buscando a construção de um modelo compreensivo sobre as informações estudadas.

Na presente pesquisa a organização do material empírico produzido durante os grupos focais, entrevistas e observações realizadas permitiu a identificação de indicadores e a posterior formação de núcleos de sentidos, construídos a partir da sistematização dos indicadores encontrados.

Para tanto, inicialmente as informações produzidas (durante os grupos, entrevistas e observações), foram organizadas e transcritas para texto. Em seguida, foi realizada a leitura minuciosa do material buscando identificar os indicadores e estabelecer relações entre os dados e a teoria aqui adotada. Para isso a pesquisadora seguiu três etapas de organização tal qual explanadas a seguir. Exemplos de como essa sistematização foi realizada encontram-se no Apêndice 5.

- **1ª etapa - construção de indicadores** – leitura minuciosa do material identificando palavras e trechos de fala e informações que revelam indícios da forma de pensar, sentir e agir dos sujeitos. Os indicadores são construções provenientes de falas, frases, expressões, emoções, reflexões e informações que indicam a presença de afetos e a recorrência de referências (tanto diretas quanto indiretas) ao tema em diferentes instrumentos e em diferentes momentos.
- **2ª etapa - sistematização de indicadores** – nesse momento foi realizada a articulação dos indicadores, buscando-se critérios de similaridade, complementaridade e/ou contraposições entre eles.

- **3ª etapa - formação dos núcleos de sentidos** – os indicadores, anteriormente sistematizados, foram vinculados e sintetizados de modo a revelarem de forma mais profunda a realidade estudada. Nessa fase, buscou-se os sentidos que o sujeito atribui para a realidade estudada.

É possível dizer que a formação dos núcleos de sentido, cujas configurações foram possíveis graças a articulação dos indicadores presentes tanto nos diálogos estabelecidos para produção de informações como nos outros instrumentos utilizados na pesquisa, constituem as primeiras hipóteses que organizam a produção de informações e permitem a construção de um modelo interpretativo, orientando o conhecimento sobre os sentidos subjetivos da interdisciplinaridade na atenção em saúde mental que é o objetivo central deste trabalho.

Para tanto, dialoga-se com os pressupostos da Psicologia Histórico Cultural e da Teoria da Subjetividade, de González Rey - teorias que embasam a pesquisa, e considera-se também o espaço sócio-político-econômico e cultural que configura o contexto em que a mesma se realiza, integrando-se as diferentes informações e hipóteses na busca da inteligibilidade acerca do fenômeno estudado.

#### **4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS – A CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO**

Ao longo do processo de investigação, sobretudo no momento empírico, foi possível construir diversas reflexões sobre as informações levantadas. Portanto, esse capítulo tem por objetivo apresentar as principais elaborações produzidas, submetendo à reflexão teórica os temas que permearam a produção de informações.

É importante notar que tais reflexões são atravessadas por aspectos relacionados ao cenário da saúde pública brasileira, em especial a saúde mental, a atuação profissional no setor público, neste caso os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma vez que a produção de informações esteve atrelada a este espaço social.

Neste trabalho optou-se por fazer uma análise conjunta dos sentidos em torno da temática da interdisciplinaridade, uma vez que esse tema sempre permeou as reflexões realizadas junto aos profissionais. Além disso, considerou-se que analisar os profissionais individualmente traria alguns constrangimentos quando na divulgação dos resultados. Ainda é importante considerar que uma análise conjunta pode minimizar as tendências pessoais de análise, embora, entenda-se que na pesquisa de base qualitativa o pesquisador também participa de forma ativa.

Como forma de organização dos dados, optou-se por estruturar as discussões em dois eixos temáticos. O primeiro (4.1) intitulado "*Sentidos subjetivos da atuação interdisciplinar nos CAPS: dilemas e desafios*", está baseado especialmente nos assuntos desdobrados a partir da realização dos grupos focais. O segundo (4.2) intitula-se "*Sentidos subjetivos da prática do psicólogo em equipe interdisciplinar nos CAPS*" e foi organizado sobretudo com base nas entrevistas realizadas com as psicólogas que atuam nos CAPS. Subcapítulos foram formados a partir dos núcleos de sentidos compostos, originários dos indicadores.

##### **4.1 SENTIDOS SUBJETIVOS DA ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR NOS CAPS: DILEMAS E DESAFIOS**

Durante todo o processo de construção de informações tomou-se por base a questão que norteia a presente investigação: *Quais os sentidos subjetivos da interdisciplinaridade na prática de atenção à saúde mental para os profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial?* Diante disso, buscou-se compreender o

sentido da interdisciplinaridade no cuidado em saúde mental para os profissionais que atuam nos CAPS, tendo em vista que o trabalho nesses serviços está organizado em torno da prática em equipe multiprofissional, em que se presume a atuação de forma interdisciplinar.

Cabe notar que apesar da temática da interdisciplinaridade estar presente em todos os grupos e discussões realizadas, ela suscitou outros desdobramentos que trazem à tona assuntos que envolvem o trabalho nos CAPS como um todo, atingindo também seu contexto histórico-social que transcende ao serviço, chegando às esferas administrativas e organizacionais do mesmo.

A análise das informações produzidas ao longo do processo empírico permitiu a formação de núcleos de sentidos, organizados a partir dos indicadores elaborados em decorrência da produção de dados suscitados pelos diferentes instrumentos utilizados e da leitura do material transcrito. Essa forma de organização foi fundamental para gerar inteligibilidade acerca das informações e de seus possíveis desdobramentos. Os núcleos de sentidos formados servirão, a partir desse momento, como tópicos dos subcapítulos e temas das reflexões elaboradas.

#### **4.1.1 Trabalho interdisciplinar – o desafio como sentido**

O CAPS é um espaço acolhedor para os mais diversos tipos de profissionais. Tal qual o discurso de uma das psicólogas participantes expõe "*O CAPS é a cara do trabalho interdisciplinar [...]*". A perspectiva de um trabalho interdisciplinar é um facilitador na atuação de um serviço que almeja cuidados intensivos a casos de grande complexidade como são os transtornos mentais severos e persistentes. Se por um lado a possibilidade de diversos profissionais trabalhando de forma conjunta permite um cuidado melhor e diversificado, por outro, trabalhar de forma interdisciplinar não parece ser algo fácil.

Ao serem questionados sobre a importância de um trabalho interdisciplinar, os profissionais reconhecem que seria mais efetivo, levaria ao alcance dos objetivos do tratamento, a uma resolutividade. No entanto, o desafio de se desenvolver um trabalho que seja de fato interdisciplinar beira ao consenso na opinião dos diversos profissionais envolvidos na pesquisa. Muitas vezes o não saber o que de fato é a interdisciplinaridade esteve presente nas reflexões:

*"Eu fiquei pensando comigo mesma se eu sei realmente o quê que é [a interdisciplinaridade]." (Psicóloga)*

*"[...] essa dificuldade de saber o quê que é a interdisciplinaridade e saber como trabalhar, né?" (Enfermeira)*

Outras vezes a confusão quanto ao que é multi, inter, pluri, transdisciplinaridade. São tantas as possibilidades de atuação que as confusões ficam evidentes no discurso:

*"Eu vou ser franca, eu tenho um pouco de dificuldade com essa definição sabe? Da interdisciplinaridade. Tem a multidisciplinaridade, tem vários conceitos né? São coisas diferentes. E aí, às vezes, eu tenho dúvida, se o que a gente faz é de fato a interdisciplinaridade ou se é a multi, sabe?" (Assistente Social)*

A partir disso é possível vislumbrar que a dificuldade em se entender a interdisciplinaridade se dê por não ser uma prática de dimensão reforçada durante a formação das profissionais participantes. O que levaria à dificuldade na apropriação teórica e no desenvolvimento prático.

Há uma contradição perceptível tanto no discurso dos profissionais, quanto nas observações *in lócus*. Os profissionais reconhecem que apesar de entenderem que a interdisciplinaridade seria uma forma mais adequada de se trabalhar, o que na prática acontece é o trabalho multiprofissional, ou seja, apenas uma diversidade de profissionais atuando em um mesmo local, mas sem que haja um intercâmbio de conhecimento. Há um reconhecimento de que muitas vezes o trabalho é realizado de forma individualista, cada um fazendo o seu. Na maioria das vezes as discussões de caso parecem não chegar ao nível da troca e inter-relação de conhecimento, da ampliação de pontos de vista. Em vários momentos houve o reconhecimento de que o trabalho é médico-centrado. Se está centralizado na figura de um único profissional não tem como ser interdisciplinar, marcando a contradição entre o discurso idealizado e a prática efetivada.

Nas observações realizadas, o que se pôde perceber foi que na maioria das vezes os profissionais estão atuando de forma individual. As discussões poucas vezes chegam ao nível de compartilhar o conhecimento. Em um dos CAPS estudados, nem mesmo existe um momento de discussão partilhada. Tal discussão só existe se houver o pedido do médico que está envolvido nos cuidados de algum caso específico, denotando mais uma vez a centralidade deste profissional na atuação do serviço. Corroborando que a despeito da política que almeja a superação da lógica médico-

centrada, esta ainda se mantém muito presente nos CAPS, caminhando na contramão do que se propõe.

Souza e Ribeiro (2013), também assinalam em seu estudo sobre confusões acerca do conceito de interdisciplinaridade e da dificuldade de se colocar em prática a ação interdisciplinar no contexto de um CAPS. Apontam situações de individualização do trabalho e dificuldades no entrosamento da equipe, com noções equivocadas sobre o que seria interdisciplinaridade e aproximando-se mais com a multidisciplinaridade ou até mesmo com a pluridisciplinaridade. Essas autoras referem ainda que essa passagem pelo discurso multi e pluridisciplinar possa ser parte de um processo natural de evolução para se chegar à interdisciplinaridade.

Ao se lançar à discussão questões relacionadas às práticas interdisciplinares nos CAPS pouco se falou sobre isso. A prática mais comum existente parece ser as reuniões de discussão de caso, que em alguns dos serviços também não pode ser considerada uma prática frequente, uma vez que estas não estão sistematizadas dentro da dinâmica daqueles CAPS. Apenas um deles possui essa prática de forma sistematizada. Para uma das profissionais que atua em um desses onde a prática não está estabelecida, o que existe é uma tentativa, um esforço, para se buscar uma atuação que seja de fato interdisciplinar.

No preenchimento da técnica de complemento de frases, outras práticas foram lembradas, tais como: atendimentos multiprofissionais, grupos de estudo, elaboração conjunta do plano terapêutico singular (PTS) do paciente, troca de informações, grupo terapêutico em conjunto com outros técnicos, pareceres realizados em conjunto e dirimir dúvidas. Contudo, apenas a discussão de casos foi citada por todas as participantes, sendo também a única lembrada durante as reflexões do grupo focal.

Apesar da discussão de casos ser elencada como uma prática interdisciplinar, há que se questionar se realmente é. As ideias expostas sugerem que as reuniões coletivas nem sempre primam pelo compartilhar dos saberes, o que ainda se denota como um desafio dentro dos serviços. Vale dizer que isto não está posto de uma forma linear e direta em meio ao discurso, mas alguns trechos das conversas ajudam a compreender esse sentido. Fala-se sobre não ter voz, sobre se dar maior valor ao saber médico, sobre não serem escutados ao se posicionarem durante as discussões, sobre profissionais que não consideram a atuação dos demais, sobre conhecimentos serem deixados de lado. Embora as profissionais reconheçam a existência de tais dificuldades, esse reconhecimento parece não gerar uma ação para dirimi-la.

Percebe-se a frustração diante disso, mas não se identifica motivação ou atitudes para mudar esse panorama, denotando um acomodamento diante dessa realidade.

Isso sugere um lugar deturpado à interdisciplinaridade, que necessita gerar possibilidades de práticas que realmente dialoguem com os diversos saberes existentes na constituição dessas equipes. Pois, na medida em que as práticas se limitam a atuações individualizadas, há um reducionismo do papel e do potencial que existe na atuação de diversos profissionais no cuidado em saúde mental.

À luz da Teoria da Subjetividade, de González Rey, é possível compreender que essas opiniões, atitudes, sentimentos e reflexões, expressas pelos profissionais, denotam a dificuldade de serem sujeitos ativos e criativos no processo de mudança desses procedimentos e relacionamentos que eles criticam. Em vez disso, surgem sentimentos de frustração e a acomodação diante da realidade que vivenciam.

Contra-pondo-se a isto, foi possível perceber que em alguns momentos há dificuldade também para que os profissionais se posicionem de forma individual, colocando o seu saber, independente dos demais. Parece que muitas vezes o conhecimento profissional se dilui em meio a interdisciplinaridade, faltando uma delimitação da identidade profissional. Durante o preenchimento da ficha de complemento de frases, algumas profissionais evidenciaram grande dificuldade no preenchimento da consigna "*O que caracteriza minha atuação profissional...*", denotando que muitas vezes o trabalho em equipe interdisciplinar tende suprimir a singularidade de cada área de conhecimento. O que também remete ao desafio que é trabalhar na perspectiva da interdisciplinaridade.

É importante ressaltar que o sentido de desafio na prática interdisciplinar também vai ao encontro do que outros pesquisadores encontraram ao estudar sobre essa temática, pois diversos deles também constataram a existência de dificuldades para se colocar em prática o trabalho interdisciplinar. Fazendo-se um levantamento sobre o que outros autores elencaram como obstáculos ao exercício da interdisciplinaridade foi possível encontrar a produção de conflitos entre os distintos especialistas que compõem as equipes dos CAPS, a diluição da especificidade profissional com conseqüente perda da identidade profissional, necessidade de se desenvolver habilidades específicas para a atuação coletiva, invasão ao espaço do outro, situações de tensões e incômodos entre os membros das equipes decorrentes da ausência de delimitação de funções, falta de clareza quanto ao papel na equipe, sofrimentos impostos pelo trabalho com pacientes psiquiátricos graves, falta de



preparo para trabalhar nessa área, a precarização do trabalho em saúde, existência de conflitos de poderes intra-institucionais, pouca qualificação dos trabalhadores e dificuldades relacionadas a própria formação dos profissionais para a atuação nessa área, entre outras (MILHOMEM & OLIVEIRA, 2007; JUNS & LANCMAN, 2011; MEIRELLES, KANTORSKI & HYPOLITO, 2011; SILVA & OLIVEIRA FILHO, 2013).

#### ***4.1.2 Precarização do serviço público – a necessidade de recursos humanos, materiais e educacionais como sentido***

A partir da organização da informação alguns desdobramentos se fizeram notórios ao se refletir sobre os sentidos e significados da atuação profissional nos CAPS. Algumas configurações subjetivas foram se formando no discurso das participantes, sendo possível discorrer sobre aspectos que atravessam o trabalho multiprofissional na atenção à saúde mental.

Em vários momentos o discurso esteve permeado por queixas relacionadas a condições precárias de trabalho em diversos aspectos. Denuncia-se a falta de recursos humanos, a escassez e/ou falta de diversificação nas especialidades profissionais, a falta de materiais e instrumentos que permitam outras possibilidades de atuação, a falta de capacitação para os profissionais, o que aponta para uma precarização do serviço público e mostra que a falta também é elemento gerador de sentidos subjetivos, ou seja, que os sentidos se dão pelas faltas.

Há nas participantes uma expectativa de que a carência de profissionais seja suprida. Falou-se sobre a necessidade de oficinairos, de terapeuta ocupacional, de nutricionista e de mais profissionais dos mesmos que as equipes já possuem. Ou seja, de mais psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, pedagogos e médicos. O sentido que é dado a essa carência de recursos parece ser o de que havendo mais membros nas equipes o trabalho seja reorganizado, de um modo a torná-lo mais efetivo. Até mesmo impasses para a realização de um trabalho que se efetive na perspectiva interdisciplinar estiveram atrelados a esse problema. Relacionando-se a isso o fato de que com poucos profissionais exige-se que se façam serviços para além das atribuições que seriam específicas das profissões, levando-se muitas vezes a deixar de lado atividades que seriam de sua especificidade. Em um dos serviços, o fato de não haver reuniões interdisciplinares para discussão dos casos

atendidos também foi atribuído à carência de profissionais, que acarreta em falta de tempo aos demais.

Ao se debater sobre a temática "*CAPS - que lugar é esse?*", a elaboração de uma das profissionais esteve notavelmente marcada por essas dificuldades que mostram a fragilidade do serviço. O que parecia ser uma opinião individual e destoante das demais, paulatinamente se revelou como uma importante questão para as outras. Mesmo as que haviam ignorado esse aspecto na construção simbólica da atividade, revelaram que também concordavam com a colega e complementaram as queixas expostas. Esse assunto também voltou à tona nas discussões dos outros encontros, não ficando circunscrito apenas a essa temática. Nisto pode-se perceber o quanto as faltas (de recursos, de profissionais, de materiais, etc.) são geradoras de sentidos e estão presentes na subjetividade social daquelas profissionais.

Convém mencionar que outros estudos também apontam para questões relacionadas a precarização do serviço público. Alves, Dourado e Côrtes (2013) ao estudarem sobre a influência dos vínculos organizacionais no CAPS, encontraram dados relacionados a condições de trabalho que mostraram falta de profissionais gerando sobrecarga de trabalho nos funcionários, além de déficits estruturais e funcionais, com falta de recursos para o desenvolvimento adequado do trabalho.

Milhomem e Oliveira (2007) ao analisarem o trabalho em equipe nos CAPS consideraram as condições deficientes de trabalho como um desafio imposto à atuação nos serviços públicos de saúde mental, os quais não obedecem às normas vigentes nos direitos trabalhistas, gerando uma situação de não-proteção social. Essas autoras também reconhecem "outras formas de manifestação da precarização do trabalho tais como: número reduzido e baixo investimento em qualificação dos trabalhadores, condições internas desfavoráveis (ausência ou insuficiência de materiais e instrumentos), ausência de perspectivas de progressão no trabalho" (MILHOMEM & OLIVEIRA, 2007, p. 107).

Ainda dentro desse núcleo de precarização, cabe apontar a falta de capacitação para os servidores públicos. Em vários momentos esse déficit apareceu. Seja na falta de conhecimento de alguns profissionais em aspectos importantes da área em que atuam, seja no aprimoramento de conhecimentos para que possam ir além e melhorar a qualidade do trabalho que desempenham. Discorreu-se sobre a limitação de "uma realidade CAPS" para um trabalho mais eficiente. Uma realidade com limitações estruturais, físicas e humanas, técnicas e financeiras. Até mesmo

aquilo que se espera de cada profissional dentro de um CAPS esteve relacionado a essa "realidade CAPS".

Há uma compreensão que se mostra hegemônica na subjetividade social dos profissionais de que a carência de técnicos, a falta de recursos e as condições precárias justificam as vulnerabilidades do trabalho realizado. Ou seja, o sentido de que as precariedades autorizam que o trabalho não seja realizado tal qual se espera. Que autoriza que o serviço não funcione da maneira como deveria. Trata-se de uma visão reducionista, que minimiza a amplitude do problema e traz uma perspectiva acrítica, que beira o senso comum. Diante disso, é possível entender que a forma como o trabalho vem se constituindo nesses CAPS diz da subjetivação individual e da subjetividade social do que chamam de "realidade CAPS". Assim, se acreditam que existe uma realidade limitadora, também realizam um trabalho que é limitado.

Não se pode negar que a precarização do serviço traz efeitos problemáticos ao seu funcionamento. Entretanto, tratá-lo dessa forma reducionista demonstra uma tendência a retirar de cena a possibilidade de construção de novas zonas de sentido ao trabalho que é realizado. Anula-se a capacidade criativa do ser humano, colocando-se em uma posição conformista, cristalizada, que não transcende e não estabelece novas formas de olhar os problemas existentes.

Nesse contexto, há que se considerar que as condições de trabalho inapropriadas, marcadas deliberadamente com tantas faltas, tal como exposto pelas profissionais participantes da pesquisa, também acarretam em consequências negativas quanto à forma como as instituições CAPS veem se constituindo e, conseqüentemente, a Política Nacional de Saúde Mental vem se implementando. Pois, dentro do que se pôde perceber, as limitações impostas pelas precariedades encontradas são geradoras de sentidos subjetivos e os posicionamentos dos profissionais, enquanto agentes do processo de trabalho nessas instituições, produzem as configurações subjetivas da equipe, que por sua vez integram a subjetividade social desses importantes espaços sociais que são os CAPS.

#### ***4.1.3 Entraves da forma de gestão – a relação profissional/gestão como geradora de sentido no processo de trabalho***

Para além da atuação dos profissionais, seja de forma individual ou interdisciplinar, características que compõem o cenário social em que o serviço está

inserido influenciam as práticas, trazendo impasses, dilemas e dificuldades e, assim, produzindo sentidos subjetivos. Tais características se fizeram presentes durante todo o discurso das profissionais. Mesmo que não houvesse indagação sobre isso, aspectos relacionados a forma de gestão do serviço público compunham o discurso das participantes em praticamente todos os momentos. Fato que mostra o quanto tal aspecto é de suma importância na presente análise. Cabe notar, que está se considerando nesse núcleo, tanto a gestão direta, enquanto coordenação do serviço, quanto a mais abrangente, envolvendo níveis superiores de gestão municipal.

Já durante o preenchimento da ficha com os dados sociodemográficos, quando se questionava o motivo de terem escolhido trabalhar no CAPS, algumas palavras negativas remeteram a aspectos relacionados a forma de gestão do serviço. Castigo e retaliação estiveram entre elas. O que ficou mais demarcado foi o fato de, na maioria dos casos, não ter sido uma escolha pessoal atuar no CAPS, mas o lugar onde foram colocadas. Apenas duas, das seis participantes dos grupos focais relataram terem escolhido trabalhar no CAPS.

A forma de escolha dos profissionais que atuam nos CAPS foi algo mencionado em diversos momentos. Como a entrada para o serviço se dá através de concurso público<sup>11</sup>, os profissionais são locados nas unidades conforme são convocados, não havendo possibilidade de escolha. Nesses casos, recorrentemente o profissional vai atuar em uma área para a qual não tem conhecimento específico. Muitas vezes tem especializações e afinidade com outros campos de atuação, mas tem que se submeter a trabalhar naquele local. Ou seja, os profissionais que atuam nos CAPS, desse município, não prestaram um concurso para atuar especificamente nessa área.

Há ainda casos em que o profissional considerou ter sido alvo de retaliação, quando foi remanejado para o CAPS por considerarem que é um local onde não é agradável trabalhar e que, portanto, seria uma forma de castigá-lo. Esse fato foi mencionado por uma das participantes, mas a experiência pessoal da pesquisadora, enquanto funcionária de um CAPS, permite saber sobre a existência de outros casos similares, denotando uma prática comum entre os gestores municipais.

---

<sup>11</sup> A seleção de profissionais para compor as equipes que atuam nos serviços do município em estudo se dá através de concurso público. Os concursos são realizados por categorias profissionais e não há subdivisão por área de atuação. Como exemplo, pode-se considerar os concursos com vagas para a psicologia, em que os profissionais classificados podem atuar em qualquer serviço que conte com essa categoria profissional, seja na área da saúde, da educação, assistência social ou outra que demande a presença do psicólogo.

Diante disso, é possível inferir que como essas profissionais não desejavam esse local de trabalho, ou até mesmo nem tinham conhecimento sobre o trabalho em CAPS, os sentidos subjetivos gerados por terem que atuar em um local com o qual não havia afinidade sempre foram permeados por sentimentos negativos, de forma que configurações subjetivas já se organizam entremeadas de conotações negativas. Isto posto, revela-se a necessidade de que a gestão desses serviços seja repensada, de forma que seja possível proporcionar novas experiências, que sejam positivas a esses sujeitos, capazes de gerar novos sentidos, levando a transformações nessas configurações subjetivas que se mostram negativas e em suas práticas, e que, assim, essas profissionais possam encontrar novas perspectivas de trabalho e evitar o sofrimento psíquico das mesmas.

Entretanto, até o momento ainda não foi isso o que se observou. A pressão no trabalho, as comparações entre serviços e a valorização do quantitativo foram formas de cobrança que as profissionais de um dos CAPS disseram haver. Contudo há que se considerar que tal forma de gestão tende a trazer prejuízos para o serviço à medida em que sobrecarrega o trabalhador, não considerando a qualidade de seu trabalho, tão pouco o empenho em realizá-lo. Não considera a capacitação para a atividade, buscando apenas quantidade de resultados, gerando frustração e desmotivação profissional. Percebe-se que tais práticas levam apenas a cristalizações subjetivas desses sentidos negativos em torno do trabalho em CAPS, sem permitir que se transcenda e novos espaços de subjetivação sejam gerados. Além disso, essa forma de gestão é contraditória ao que a própria concepção de saúde mental que permeia a política dos CAPS solicita.

Em convergência com esta ideia, Alves, Dourado e Côrtes (2013), apontam que indivíduos satisfeitos e envolvidos com o trabalho, tendem a se mostrar também comprometidos com a organização em que atuam. Considerando que esses vínculos se encontram enfraquecidos, principalmente devido à falta de suporte e reciprocidade organizacional, isso pode prejudicar diretamente a consolidação dos CAPS.

Um fato que chama a atenção são as afirmações de que os gestores não dão importância à saúde mental, que esta não é uma área valorizada pela gestão municipal, que muitos deles nem sabem o que é um CAPS. O trecho que segue exemplifica:

Psicóloga: "Nós ouvimos de um gestor lá no CAPS: 'Isso aqui serve pra alguma coisa?' [...] Eles não têm ideia do que é um CAPS, e nem querem enxergar o CAPS como um todo. [...] É um serviço que precisa ter no município porque é lei, então vamos colocar esse serviço no município, agora investir nesse serviço, aí é uma outra história!"

Enfermeira: "A gente já teve até um representante maior aqui dizendo: 'É aqui que vocês curam os drogados?'"

Psicóloga: "Então provavelmente foi o mesmo gestor que foi lá e disse: 'Serve pra alguma coisa isso daqui? Salva? Recupera?'"

Há nesse fragmento de conversação indicadores que vão além de um queixume ou de uma relação ruim com os gestores. De fato, tal trecho, em conjunto com outras informações produzidas, demonstra o desconhecimento por parte dos gestores sobre elementos importantes no que concerne à área de saúde mental e aos objetivos dos serviços que a compõem. Percebe-se que apesar de todas as estatísticas e investimentos na política pública de saúde mental, ainda há omissão e menosprezo com essa área. Observa-se, assim, que o desafio de conferir visibilidade aos problemas que se circunscrevem à saúde mental ainda permanece, mesmo passados vários anos do Movimento de Reforma Psiquiátrica.

A partir disso é possível avançar em informações que conduzem a outros pontos que de forma imediata não são apreendidos. Indica uma produção de sentidos subjetivos em relação ao que esperam da administração pública. Envolve a preocupação de como produzir intervenções efetivas no cuidado em saúde mental, como ter esperanças que os serviços recebam melhorias estruturais e novos profissionais, se a gestão desconhece a importância disso? Um desafio que se dá não apenas em função das dificuldades que enfrentam, mas se amplia ante a própria história que o campo da saúde mental possui no município, pois historicamente a saúde mental vem sendo tratada com descaso e negligência.

A expectativa das profissionais é que melhorias aconteçam, que os serviços consigam se estruturar com diversidade de especialistas, que tenham mais recursos, que o trabalho seja reconhecido. Contudo, há um tom de desesperança que permeia esse desejo. Quando no fundo sabem que muitas coisas que almejam não vão acontecer se considerarem o contexto histórico e cultural do serviço público, tanto naquele município, quanto da realidade do serviço público no Brasil como um todo.

Diante disso, é importante notar que, de acordo com análise efetuada por Lima; Lima e Marques (2017, p. 410), "a gestão e financiamento de recurso para a saúde

mental vem sofrendo depreciação de interesse político, o que afeta diretamente os processos laborais e estruturais para prover insumos e recursos humanos básicos para o funcionamento satisfatório dos CAPS”.

As formas de submissão dos profissionais ante a ordem administrativa operante demonstram uma contradição em face ao papel social e ao potencial de alcance que um serviço de saúde mental como o CAPS possui. Se por um lado o CAPS oferece a possibilidade de se avançar na implantação de uma política pública que almeja uma mudança de paradigmas. Por outro, a maneira que a implementação dessa política se efetua é repleta de vulnerabilidades e fragilidades, do que decorre que a rede assistencial contenha os serviços, mas que estes, muitas vezes, não consigam dar conta da demanda que lhes é apresentada ou, ainda, que não haja capacitação suficiente para o propósito ao qual se destinam.

#### ***4.1.4 Formação deficitária – os sentidos gerados a partir da falta de conhecimento/capacitação***

O contexto de saúde mental encerra uma complexidade que faz surgir para os profissionais que trabalham nos CAPS alguns dilemas e desafios que sua formação imediata não pressupõe. O uso do saber escolarizado das diversas formações, seja a psicologia, a enfermagem, a psiquiatria, a pedagogia, o serviço social, ou qualquer outra que se possa imaginar, parece insuficiente diante da gama de situações que são vivenciadas no cotidiano da atuação em saúde mental. Para além da formação profissional, existe a necessidade de saberes específicos à área em que se atua. Considerando-se que o CAPS faz parte de uma política nacional de saúde pública, há ainda que se ponderar a necessidade de conhecimentos peculiares a essa política.

Durante os diversos momentos de discussão possibilitados na realização dos grupos focais, indicadores da falta de conhecimento dos profissionais estiveram presentes. Ora apareceu na percepção de uma formação deficitária, que não contemplou os conteúdos que uma atuação em saúde mental exige. Ora na falta de clareza quanto ao papel profissional dentro de um CAPS ou até mesmo na confusão quanto ao que deve ser o foco do trabalho de um CAPS. O trecho que segue exemplifica um pouco desse desconhecimento:

Enfermeira: *Mas isso que você falou, a questão que nem sabe o quê que é CAPS, eu acho que até muitos funcionários não sabem o quê que é CAPS.*

Psicóloga: *Ah! sem dúvida!*

Enfermeira: *E isso que vem aquilo que eu falei, que a gente tenta trabalhar e não consegue, né? Você faz um pseudo tratamento psicossocial [...] E até quando colocam a residência de psiquiatria aqui dentro, então aqui eles trabalham como um serviço ambulatorial dentro do CAPS, né? E atrapalhando todo o andamento de um tratamento diferente.*

Fisioterapeuta: *Eles não sabem o que é um CAPS, pra quê que serve um CAPS, como trabalha um CAPS e daí atrapalha tudo, e vai pro ambulatório, e mandam pra lá... como devem mandar pra vocês também, né?*

O não saber o que é um CAPS e o que se faz em um CAPS apareceu tanto sob a forma de discurso, como no fragmento acima, quanto no decorrer das atividades propostas nos momentos grupais. O uso das dinâmicas de grupo permitiu perceber que em alguns momentos havia grande confusão de conceitos no discurso das profissionais. E para além do uso dos conceitos, evidenciou-se até mesmo dúvidas quanto ao papel profissional que possuem dentro do serviço, uma falta de clareza sobre o quê sua especialidade deve fazer dentro desse contexto interdisciplinar. Durante o preenchimento da atividade de complemento de frases, algumas participantes expressaram grande dificuldade para expor o que caracteriza sua atuação profissional e a singularidade de sua prática.

Na atividade em que as profissionais escreviam umas sobre as outras, devendo escrever sobre aquilo que acreditam ser da competência dos outros técnicos, mostrou-se também haver falta de conhecimento sobre o que faz parte da atuação das demais profissões. Em outros momentos, demonstrou-se não se ter informações quanto ao que a política de saúde mental propõe. Como evidencia-se na fala de uma das técnicas: *"É porque aqui no CAPS não se trabalha de acordo com a RAPS"*. Denota-se que conjuntamente com a falta de clareza quanto a conceitos e especificidades da prática, há ainda o desconhecimento do que a política indica. Mais uma vez, mostra-se a contradição entre a prática realizada e a lei idealizada.

Nesse mesmo sentido, no decurso da produção de dados, muitas vezes aludiu-se ao caráter médico-centrado do trabalho realizado. Ao que parece, frequentemente a prática distancia-se do modelo psicossocial previsto com a reforma psiquiátrica e assemelha-se ao modelo ambulatorial, com a atuação individualizada e sem



aproveitamento da interdisciplinaridade proporcionada pelo ambiente do CAPS. Evidenciando nisto a falta de conhecimento quanto ao modelo de tratamento que deveria ser seguido neste contexto.

Isso permite entender que a falta de conhecimento e capacitação leva também a uma atuação deficitária. Muitas vezes as profissionais não conseguem fazer o que é inerente de sua profissão, não conseguem atuar tal qual a lei prevê. Leva-se até mesmo a um lugar de acomodação, em que se falta conhecimento inclusive para melhorar e/ou mudar a sua forma de atuação. Evidencia-se a necessidade de que o saber que possuem seja transposto, superado, enriquecido para atuarem de forma eficaz na atenção à saúde mental.

No entanto, há que se considerar que como o CAPS prevê uma ampla diversidade de profissionais, muitos destes não são da área da saúde e estão conquistando espaços que historicamente não ocupavam, como é o caso, por exemplo, da pedagogia, do serviço social e da própria psicologia. Além disso, as instituições CAPS fazem parte de uma política pública ainda recente, que começou a ser implantada nos anos 2000 (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001). Diante disso, muitas vezes o saber vem sendo construído com a prática, como bem afirmou a assistente social: *"Tudo o que eu sei sobre saúde mental eu aprendi aqui com as meninas"*. Somando-se a isso, ainda existe os entraves da gestão dos serviços, como já elucidado anteriormente, que não prevê capacitações aos profissionais, nem o aproveitamento dos trabalhadores conforme sua área de especialização e/ou interesse.

Além dos déficits já apresentados, despontou de forma unânime na opinião das participantes que sua formação universitária não as capacitou para uma prática interdisciplinar. A graduação acadêmica não contemplou conteúdos que visem uma atuação em conjunto com outros profissionais. Isto posto, é possível interrogar inclusive se os formadores acadêmicos têm essa formação. Ainda mais, se for considerado que as profissionais participantes têm, em média, cerca de 15 anos de formação universitária e que a atuação em equipe interdisciplinar é ainda uma prática recente na saúde pública, principalmente na área de saúde mental, em que tais práticas iniciaram apenas a partir do movimento de reforma sanitária e reforma psiquiátrica que, no Brasil, ocorreram por volta do final da década de 1980 e década de 1990, mas só foram implantados no início dos anos 2000 (SPINK, 2010; GUARESCHI et al., 2010).

Segundo Guareschi et al. (2010, p. 32), foi entre os anos 2001 e 2004 que foram implementadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação que contemplam a área da saúde, as quais firmaram nacionalmente que “a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção à saúde”. Dessa maneira, pode-se inferir que a formação dessas profissionais provavelmente não contemplou com profundidade conteúdos que abarquem conhecimentos relacionados ao trabalho em equipe interdisciplinar na área da saúde.

Diante disso, é possível entender que se a formação técnica não abrangeu a interdisciplinaridade, tão pouco são proporcionadas capacitações aos profissionais, existe uma lacuna de conhecimento no que concerne ao trabalho conjunto e à inter-relação de saberes. Não é de se estranhar que a prática ocorra de forma individualizada, muitas vezes, assemelhando-se a uma atuação ambulatorial e médico-centrada.

Há que se considerar ainda que a subjetividade social que permeia a realidade brasileira ainda tem o médico como centro dos cuidados de saúde, inclusive dos cuidados em saúde mental. Assim, a subjetividade dessas profissionais foi constituída em um contexto social que tem uma visão reducionista quanto aos cuidados no que concerne à saúde mental, de forma que os sentidos subjetivos expressos por elas também mostram as significações e sentidos culturalmente produzidos. E se na história de formação dessas profissionais que atuam nos CAPS não existiram oportunidades de desenvolver novos sentidos subjetivos que sejam capazes de levar à reconfiguração da subjetividade e, assim, possam se contrapor a essa subjetividade social que se faz presente, as atuações interdisciplinares não se fazem presentes em suas configurações subjetivas ou ainda não adquiriram força motriz capaz de proporcionar uma constituição subjetiva diferenciada.

A partir dessa compreensão é possível refletir acerca da importância de que sejam proporcionados treinamentos, capacitações e espaços de discussão que permitam que novas significações e sentidos subjetivos sejam gerados, constituindo novos momentos em seu desenvolvimento subjetivo, que levem essas profissionais a transcenderem de forma que suas ações nesse cenário social que atuam – os CAPS – sejam transformadoras da subjetividade social. Isto por se entender que ao mesmo tempo que o indivíduo se constitui na subjetividade social, é também elemento

constituente dela e que a subjetividade é um sistema dinâmico, em constante desenvolvimento (GONZÁLEZ REY, 2002).

#### **4.1.5 Concepção do papel do CAPS e concepção de saúde mental – que sentidos são esses?**

Outros aspectos que atravessam o sentido do trabalho interdisciplinar na atenção à saúde mental estiveram relacionados a concepção de saúde mental e do papel dos CAPS, e que parecem estar atrelados também à formação deficitária dos profissionais. Algumas zonas de sentido foram se formando no discurso das participantes emergindo novas discussões.

A produção gerada a partir da dinâmica proposta no primeiro encontro do grupo de profissionais suscitou diversas opiniões sobre o que é o CAPS. A dinâmica propunha uma construção lúdica, usando recortes de revistas, sobre o tema "*CAPS - que lugar é esse?*". Com essa atividade, diversas ideias foram geradas. Falou-se sobre um lugar de escuta, de acolhimento, de estabilização, de reinserção. Um lugar onde se busca produzir algum tipo de mudança na vida do paciente que está em sofrimento psíquico. Além disso, as participantes também discorreram sobre aspectos relacionados a precarização do serviço público, à forma de funcionamento da equipe e de administração do serviço, atributos estes que para elas também caracterizam esse local.

Ao debaterem sobre o CAPS, foi possível perceber que para as profissionais o sentido que é dado a esse serviço é o de um lugar onde se pode de alguma maneira ajudar as pessoas. Apesar de haver diversos entraves para um funcionamento com excelência no serviço oferecido, busca-se gerar novos sentidos àqueles que lhes demandam atendimento. Busca-se um processo de transformação, de conscientização, de resgate, reestruturação, adaptação, aprendizado, libertação. Palavras essas que permearam os discursos das participantes, marcando uma concepção de CAPS como um local de mudança.

Semelhantemente revelou-se uma concepção do que é saúde mental, já que o CAPS é um serviço de atenção que atua diretamente nesta área. Em diversos momentos chegou a haver uma certa confusão quanto a este conceito. Essa concepção esteve relacionada à possibilidade de cura do paciente, assim como foi considerada como uma ciência e também confundida com a educação especial. Em

algumas situações o conceito de saúde mental emergiu atrelado ao sintoma, ao diagnóstico, à medicalização, remetendo à visão biomédica, ainda tão presente no modelo psicossocial de atenção.

Tais considerações se opõem consideravelmente às concepções de que os CAPS são locais onde se busca articular o cuidado, com atenção para as demandas que vão além das necessidades clínicas de tratamento, não se reduzindo ao estudo e tratamento de doenças mentais, com foco no sujeito e não na doença (AMARANTE, 2011; LAURIDSEN-RIBEIRO & TANAKA, 2016). Mas vai ao encontro do que estudos denunciam que muitas práticas ainda estão aquém de alcançar os objetivos totais da reforma, de modo que algumas ações perpetradas nos CAPS ainda reproduzem o cuidado médico-centrado, dissolvendo as condutas interdisciplinares na organização do serviço e no processo de trabalho (JORGE et al., 2010).

Apesar das profissionais estarem todas lotadas em CAPS, atuando nesse serviço considerado central na atenção em saúde mental, a concepção de saúde mental parece um pouco obscura. Existem profissionais que admitem nunca terem aprendido sobre esse conteúdo durante sua formação acadêmica, tal qual afirma a assistente social: *"Na minha formação, por exemplo, eu nunca tive nada disso, nada de saúde mental [...] Eu não me lembro nunca de ter ouvido falar em saúde mental!!! Nunca!"*. Diante disso, há que se considerar que a formação deficitária também contribui para possíveis ambiguidades e enganos em torno dessa temática.

Tais equívocos parecem também contribuir para que haja algumas dúvidas até mesmo sobre o que se constitui o enfoque do trabalho nos CAPS. Em outras palavras, há uma certa imprecisão sobre o que seria o objeto de trabalho desse serviço. Debateu-se sobre ser as particularidades de cada paciente, a inserção social, o sofrimento psíquico, o sintoma, aquilo que prejudica a vida do paciente. Tendo os profissionais envolvidos nesse processo o dever de levar a pessoa a uma postura, ou um olhar, diferente diante das situações problemáticas.

Em vista das ideias apresentadas em torno desta temática, é preciso considerar que a prática profissional nos CAPS é também passível de ser atravessada por impasses relacionados às concepções que os profissionais trazem acerca do que é saúde mental e de qual é o foco do trabalho nas instituições CAPS. Concepções estas que são constituídas subjetivamente e que estão atravessadas tanto pela subjetividade individual de cada profissional, assim como pela subjetividade social que circunda o espaço em que atuam. Exemplo disso são as práticas médico-centradas,

focadas em diagnosticar e com pouco aproveitamento da eficácia que um trabalho interdisciplinar de fato pode ter.

Baseando-se nesses dados torna-se possível aventar que, na perspectiva da Teoria da Subjetividade (GONZÁLEZ REY & MARTÍNEZ, 2017), a experiência presente dessas profissionais e seus posicionamentos enquanto membros das equipes dos CAPS, sendo, portanto, agentes dos processos sociais da atenção em saúde mental, adquirem valor conforme a configuração subjetiva que se produz a partir desses posicionamentos na dinâmica do trabalho. E se, como se mostra nesse caso, as configurações subjetivas da equipe estão permeadas por concepções equivocadas e até mesmo confusas quanto ao que é saúde mental e ao que é um CAPS, há que se entender que a subjetividade social que vem sendo produzida acerca do que é a atenção em saúde mental esteja carregada de sentidos subjetivos e processos simbólicos que, nesse contexto, se constituem de uma forma problemática. Isto porque, se existe um movimento de reforma psiquiátrica que almeja mudança de paradigmas e a construção de um novo modelo de cuidado, ele se contrapõe à reprodução de práticas, subjetivadas coletivamente, que não encontram momentos de tensão que possam levar, de fato, à mudança proposta.

Diante disso, é possível levantar a hipótese que a recente incursão de algumas categorias profissionais na área da saúde mental contribui sobremaneira para que equívocos como esses aconteçam, gerando dificuldades na prática cotidiana. Desta forma, denota-se a necessidade de que haja uma apropriação de referenciais teóricos desta área e de discussões proporcionadas a partir da prática, em busca de se dissipar possíveis fragmentações e equívocos que uma formação deficitária produz. Para além do saber escolarizado de cada especialidade, surge a necessidade que se amplie o conhecimento, considerando que a inserção em um serviço tal qual o CAPS demanda a construção de novas perspectivas, que contemplem a complexidade que circunscreve a atenção à saúde mental.

Tal como Meirelles, Kantorski e Hypolito (2011) comentam, os CAPS, enquanto dispositivos fundamentais da atual política de saúde mental, requerem novas práticas no processo tradicional de trabalho e de formação, trazendo desafios para os serviços de atenção à saúde mental, de modo que não continuem atuando numa lógica antiga.

#### **4.1.6 A constituição do papel profissional – experiências pessoais e afetivas que geram sentidos e interferem na postura profissional**

Novas zonas de sentidos surgem quando se atenta para aspectos pessoais e afetivos que interferem na constituição do papel que as profissionais exercem no contexto psicossocial. Se por um lado o CAPS é um espaço acolhedor para diferentes profissionais, por outro, o trabalho em equipe suscita sentimentos e emoções que nem sempre são manejados da melhor forma.

Durante as discussões em grupo, as participantes discutiram sobre a necessidade de um certo perfil profissional para o trabalho em CAPS, tal qual o excerto abaixo salienta:

*"[...] eu acho que tem uma outra coisa que é extremamente importante, independente de qual formação, do profissional, que ele tenha perfil pra trabalhar em CAPS... porque podem equipar o CAPS de vários profissionais diferentes, se ele não tiver essa habilidade de lidar com os pacientes de CAPS [...] ter a hora de acolher esse paciente, sem pré-julgar esses pacientes, saber traçar pra esse paciente um encaminhamento dentro de cada função, do que você, junto, construindo com ele, vai ser interessante no tratamento dele. [...] Flexibilidade tem que ter... saber trabalhar em grupo, né? Não ser detentor da razão ali, eu acho que, isso é bem importante pro profissional do CAPS"* (Psicóloga).

Há nesse fragmento de conversação elementos que representam tanto a necessidade de características pessoais que facilitem a abordagem ao paciente, quanto qualidades que permitam trabalhar em equipe. Evidenciando-se que as características pessoais podem interferir na postura profissional.

Na compreensão dos sujeitos pesquisados, as características pessoais mostraram-se como importantes fatores a interferir no trabalho interdisciplinar. Nos diversos momentos de produção de informações (grupos focais, complemento de frases, observações participante e entrevistas) foi mencionado sobre pessoas que não compartilham informações, que se julgam superiores às outras, que trabalham de forma individualista, que demonstram insegurança no exercício de sua função, que não assumem a autonomia profissional, que são competitivas, que não buscam melhorar sua capacitação técnica. Existe nessas diversas falas indicadores que remetem a características pessoais dos profissionais e não somente do conhecimento

que detêm, demonstrando que além da qualificação técnica, existem aspectos pessoais e afetivos que caracterizam a ação profissional e lhe dão sentido. Ou seja, existem elementos subjetivos implicados na ação profissional.

Nessa mesma perspectiva, Juns e Lancman (2011) apontam para o fato de que o trabalho interdisciplinar nos CAPS requer novos processos de trabalho, estabelecendo relações mais horizontais entre a equipe de profissionais. Essa atuação coletiva implica na construção de competências para a cooperação, integração e coesão entre os trabalhadores. Meirelles, Kantorsky e Hypolito (2011) também refletem que a interdisciplinaridade exige postura profissional que envolve características tais como respeito à diversidade, diálogo, vontade de colaboração, humildade, coerência e desapego, entre outras.

À luz da Teoria da Subjetividade (GONZÁLEZ REY, 2007b) é possível compreender que essas características pessoais das profissionais advêm das configurações subjetivas que caracterizam a personalidade delas antes mesmo da sua inserção nesse ambiente concreto de trabalho que é o CAPS. Contudo, a ação profissional e a comunicação necessária nesse contexto são fontes permanentes de sentidos subjetivos, os quais nem sempre são compatíveis com os sentidos subjetivos dominantes nessas configurações subjetivas pré-existentes. Assim, novos sentidos subjetivos, gerados nas condições concretas da atividade profissional, podem levar a mudanças nas configurações subjetivas do indivíduo transformando-as.

Entretanto, ao que foi possível notar, durante os períodos de observação participante realizados, as práticas que vêm se efetuando no contexto desses CAPS parecem não estar suscitando possibilidades que novos sentidos subjetivos sejam gerados. Ao contrário, percebe-se uma tendência a se perpetuar formas de expressão dos indivíduos que pouco contribuem para a efetivação da interdisciplinaridade.

Se falou também sobre a necessidade de afinidade com o trabalho, de se gostar do que faz, demarcando a importância do envolvimento afetivo com o trabalho. É evidente, que existem profissionais que não escolheram atuar em CAPS e por isso encontram dificuldade, não apenas no que se refere ao conhecimento necessário para exercer sua função, mas também não conseguem desenvolver uma afinidade com o que fazem. Diante disso, sentimentos de frustração e desmotivação parecem ser recorrentes. Uma das profissionais preencheu no complemento de frases:

*"Se eu pudesse voltaria para o Departamento de Recursos Humanos. Saúde mental é muito complicada e sobrecarrega muito emocionalmente. Hoje trabalho bem menos que antes, mas me sinto muito mais cansada física e emocionalmente. Além disso, nossos pacientes raramente tem uma melhora total (o que é absolutamente normal), mas é muito frustrante".*

O sentimento de frustração foi recorrente durante diversos momentos da produção de informações. As profissionais mostraram-se frustradas por não atuar em um serviço com o qual tenham afinidade, pela falta de recursos e a forma de gestão do serviço e até mesmo em virtude de como se dá a relação entre os profissionais.

Atentar para os aspectos emocionais dos profissionais que atuam em CAPS torna-se de grande relevância ao se entender que esses profissionais estão trabalhando com pessoas, e ao mesmo tempo em que se constituem subjetivamente nas situações concretas que enfrentam, passam a constituir a própria situação e, dessa forma, influenciam também na constituição subjetiva daqueles indivíduos com os quais estão trabalhando. Ou seja, as experiências pessoais desses profissionais também são constituintes de outras subjetividades, dos usuários dos serviços.

Nesse ponto, é plausível o questionamento de que se os profissionais não percebem que suas necessidades emocionais no que tange o trabalho estejam sendo supridas, também haverá dificuldades para o exercício adequado de seu trabalho. Assim, considerando-se que o CAPS é um serviço onde os profissionais atuam diretamente com pessoas em sofrimento psíquico intenso, que estão emocionalmente instáveis e que, por isso, torna-se mais difícil trabalhar com elas, há que se prezar também pela saúde mental dos trabalhadores que ali estão, para que não fiquem emocionalmente sobrecarregados. Esta necessidade evidencia-se também quando ao refletirem sobre a participação nos grupos focais, as profissionais relataram que foi um momento importante para desabafarem e que isso poderia acontecer mais vezes, já que se sentiram melhor por poderem compartilhar suas impressões e frustrações.

Athayde e Hennington (2012), em um estudo acerca da saúde mental dos profissionais de um CAPS, apontam que o trabalho no CAPS pode ser desestabilizador e causador de sofrimento, pois os técnicos lidam rotineiramente com a imprevisibilidade e com situações-limites próprias dos transtornos mentais, como por exemplo, o suicídio ou a automutilação. Esse estudo também mostrou que a impossibilidade de realização de um bom trabalho devido à precariedade das condições de trabalho é o fator causador de maior sofrimento entre a equipe



pesquisada, gerando sentimentos negativos como raiva, desmotivação, frustração, tristeza, entre outros. Por outro lado, esses autores também assinalam, que o sofrimento gerado no cotidiano do trabalho possa até mesmo impulsionar movimentos criativos para subverter as adversidades.

Nesse ponto, cabe recorrer ao entendimento de criatividade sugerido por González Rey (2007b, p. 135):

A criatividade é uma das expressões mais interessantes do subjetivo, expressa a capacidade humana para subverter o *dado*, condição essencial para o crescimento da humanidade. A criatividade sempre representa uma possibilidade de produção de sentidos subjetivos diferentes que permitem ao sujeito desenvolver o sistema complexo da ação criativa.

A partir desse ponto de vista, é possível compreender que existem possibilidades criativas para mudança dessa ordem estabelecida, a partir do posicionamento dos profissionais enquanto sujeitos ativos em suas experiências, capazes de produzir novos espaços de subjetivação, transcendendo suas cristalizações subjetivas, através do posicionamento crítico e responsável em meio às condições adversas que se apresentam no contexto de sua experiência.

Há indicadores também de que as profissionais percebem que poderiam estar fazendo além do que fazem. Reconhecem que existem coisas que ficam a desejar. Ou seja, o trabalho poderia ser composto de um modo diferente, ser recriado. A justificativa para a forma como vem se produzindo o serviço é dada como falta de tempo, de recursos e de profissionais. Contudo, acredita-se que fatores pessoais também interferem nisso. Por exemplo, há que se questionar se há falta de tempo ou é a forma de gestão pessoal do tempo que impede que o profissional faça outras coisas e atue de forma mais efetiva. Será que faltam recursos? Ou os que estão disponíveis poderiam ser utilizados de forma diferenciada e bem-sucedida, se houvesse um maior comprometimento dos profissionais. A falta de outros profissionais interfere de que forma? Será que uma adequação do serviço com os profissionais já existentes poderia resultar satisfatoriamente? É possível aventar que o posicionamento pessimista dos servidores também colabora para que o funcionamento do serviço fique a desejar. Denotando mais uma vez a necessidade de um posicionamento crítico e criativo por parte desses profissionais que ali atuam.

Cabe notar que não está se ignorando que fatores como falta de tempo, recursos e profissionais possam interferir na qualidade do trabalho. Contudo, levanta-se a hipótese de que os profissionais também possam se acomodar diante das

circunstâncias negativas que permeiam o serviço público e com isso não se dediquem da melhor maneira possível, justificando-se de uma forma que terceiriza o problema, ao invés de se procurar outras alternativas, em que o grupo se posicione coletivamente, buscando novas perspectivas de atuação frente aos problemas que identificam.

Dessa maneira é possível refletir que o trabalho interdisciplinar nos CAPS deveria se orientar para uma dinâmica que levasse à reflexão sobre as necessidades e benefícios de práticas diferenciadas nesse contexto, de forma que estas se tornassem configurações subjetivas de sujeitos ativos, que procuram repensar e agir em prol de novas possibilidades no modo de trabalho. Ou seja, de que esses profissionais possam se mostrar, de fato, sujeitos desse processo e não apenas um componente a mais da equipe, sem perceber o potencial e alcance de sua presença no projeto de atenção psicossocial em voga.

### **Breve síntese...**

Tomando-se o primeiro eixo temático aqui apresentado, com a intenção de se produzir uma síntese do processo construtivo-interpretativo das informações e da construção de um modelo de inteligibilidade, é possível destacar alguns pontos que merecem atenção e denotam os sentidos subjetivos da atuação interdisciplinar nos CAPS.

A sistematização das informações levantadas aponta que a atuação interdisciplinar nos CAPS se apresenta permeada por um sentido de desafio, marcado por fatores como as condições precárias de trabalho que demarcam faltas diversas, entraves relacionados à forma de gestão dos serviços que indicam o descaso da administração pública com a área de saúde mental, a formação deficitária dos profissionais e equívocos ocasionados a partir disso, gerando confusões até mesmo com conceitos comuns ao cotidiano desses trabalhadores, como são os conceitos de saúde mental e CAPS e por fim os sentidos gerados a partir dos aspectos pessoais e afetivos implicados na ação dos profissionais.

Nesse contexto, a partir da perspectiva epistemológica, teórica e metodológica aqui adotada, é possível compreender que as necessidades e adversidades que os profissionais encontram no cotidiano de trabalho são geradores de sentidos subjetivos diversos, os quais têm composto uma complexa rede de configurações subjetivas que esculpem a subjetividade social que emerge como parte das subjetividades individuais

desses profissionais que atuam nos CAPS. Toda experiência profissional nesse contexto é vivida como produção subjetiva pelas configurações subjetivas que emergem no curso das histórias de cada trabalhador e do CAPS como instituição.

Assim, os sentidos subjetivos da atuação em equipe interdisciplinar nos CAPS são produzidos através da expressão de subjetividades individuais e sociais que se manifestam no processo de trabalho. As quais são configuradas tanto na história pessoal dos sujeitos envolvidos nesse processo, quanto na multiplicidade de configurações subjetivas sociais que caracterizam esses espaços sociais que são os CAPS.

Portanto, compreender a subjetividade vai além de se focar nas determinações imediatas das atividades práticas e das relações profissionais que acontecem nos CAPS, enquanto espaços sociais produtores de subjetividade. A forma como os serviços de atenção à saúde mental se organiza reflete a reprodução de uma ordem social, subjetivada coletivamente. Isto envolve também a forma em que são geridos, os desafios, precariedades e adversidades que enfrentam, as características pessoais e profissionais de cada membro das equipes, assim como as interações que se dão no espaço de trabalho.

#### **4.2 SENTIDOS SUBJETIVOS DA PRÁTICA DO PSICÓLOGO EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR NOS CAPS**

Este eixo está substancialmente fundamentado nas entrevistas que foram realizadas com as psicólogas que atuam nos CAPS que fazem parte deste estudo. Nessas entrevistas abordou-se sobre a prática do psicólogo, suas especificidades e possibilidades, a formação em psicologia, a identidade do profissional de psicologia e, ainda, a atuação em equipe interdisciplinar, suas dificuldades e potencialidades. Com isto, além de responder à questão norteadora desta pesquisa, buscou-se construir e promover reflexões que identificassem qual o papel do psicólogo na equipe interdisciplinar dos CAPS pesquisados e entender se a formação acadêmica capacita o psicólogo para a atuação na perspectiva interdisciplinar.

A análise das informações produzidas durante a dinâmica conversacional propiciada pelas entrevistas e a conseqüente construção de indicadores também permitiu a formação de núcleos de sentidos. Tal sistematização permitiu a clareza dos dados e seus possíveis desdobramentos, de tal forma que as reflexões realizadas

estão organizadas a partir dos núcleos de sentidos formados, que compõem os tópicos dos subcapítulos que se seguem.

#### **4.2.1 O psicólogo como integrante da equipe interdisciplinar dos CAPS – o sentido da importância profissional**

Apesar do CAPS não ser concebido historicamente como um espaço de atuação do psicólogo, pois faz parte de uma política que pode ser considerada ainda recente, há que se ponderar que a saúde pública e, mais especificamente, a saúde mental vem se constituindo como uma importante área de atuação, em que o psicólogo, para além dos tradicionais espaços antes ocupados - clínica, escola e organizações - está construindo sua trajetória nesses serviços.

A psicologia se constitui como uma área profissional que pode compor a equipe técnica dos CAPS, tal qual previsto pela legislação de saúde mental (Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro 2002). A legislação não especifica que todos os CAPS necessariamente contenham o psicólogo na composição de seu quadro profissional, pois a decisão sobre quais funcionários constituirão as equipes fica a critério da gestão de cada município, de acordo com a especificidade da demanda. No entanto, todos os CAPS que compõem a presente investigação possuem este profissional em suas equipes, integrado junto as demais áreas. Não há dúvida que o trabalho do psicólogo neste contexto é de grande relevância. A importância do psicólogo nas equipes CAPS foi ressaltada de forma unânime no discurso das entrevistadas, tal qual expõe a fala de uma delas:

*“Olha, não é querer falar da psicologia porque a minha formação é a psicologia, mas eu acho bem difícil um CAPS sem psicólogo, [...] posso estar errada, mas, na minha opinião, é quase impossível!”* (Psicóloga C).

Para além do exposto no excerto citado, há indicadores que demonstram a relevância deste profissional compondo as equipes CAPS, sinalizando o sentido subjetivo de importância do psicólogo na equipe de um CAPS. Durante as entrevistas falou-se sobre um saber psicológico, um conhecimento distinto, que permite um olhar diferenciado na atenção à saúde mental. Para as entrevistadas, o saber psicológico permite a este profissional favorecer a escuta do paciente, refletir sobre a dinâmica

psicológica do caso, focar o sujeito e não a doença, contribuindo com as outras áreas profissionais que também atuam nessas instituições.

Em concordância com esses dados, Cantele e Arpini (2016), em um estudo que teve como objetivo compreender a prática do psicólogo através do olhar das equipes dos CAPS, também encontraram resultados que indicam a escuta diferenciada como uma especificidade da Psicologia e a importante participação do psicólogo no conjunto de ações que constituem o trabalho nos CAPS. Além disso, seus resultados apontaram ainda que este profissional é fundamental para fazer o elo equipe-família-sociedade.

É significativo notar que durante as observações nos serviços também foi possível perceber a importância do psicólogo nas equipes dos CAPS, como um profissional a quem se recorre quando há dúvidas sobre algum caso, quando existe alguma situação de crise a ser atendida, como um articulador durante reuniões de discussão de casos, muitas vezes esperando-se pela opinião específica deste profissional para que alguma decisão possa ser tomada.

Nesse aspecto, a partir dos pressupostos da Teoria da Subjetividade é possível compreender que o sentido de importância do psicólogo como componente da equipe multiprofissional de um CAPS está presente tanto na subjetividade individual das psicólogas, quanto na subjetividade social que circunda os serviços e que também constitui a subjetividade individual dos demais profissionais que ali trabalham.

A análise das informações oferece ainda elementos importantes para se discutir o lugar que o profissional de psicologia ocupa na equipe interdisciplinar. Mais que um membro da equipe, o psicólogo aparece também como um mediador. Diversas vezes, este profissional é tido como a pessoa que vai mediar conflitos do ambiente de trabalho, mediar as questões pessoais e interpessoais dos outros servidores. Revela-se assim, a importância deste profissional não apenas no que diz respeito ao atendimento das pessoas que estão em tratamento, como também na ajuda que pode oferecer aos colegas de equipe, mesmo que não seja uma ajuda formalizada, mas que acontece de forma natural.

Além disso, as entrevistadas percebem que, frequentemente, também são responsáveis por propiciar reflexões sobre as dificuldades vivenciadas pelas equipes, analisando o trabalho e articulando possibilidades de mudança. Entretanto, é preciso considerar que essa é uma percepção das psicólogas e que outros profissionais não foram consultados a respeito de tais informações, de modo que não é possível afirmar

se são opiniões naturalizadas por outros componentes das equipes. Nesse aspecto, é possível compreender que, uma vez que a formação do psicólogo contempla a atuação nas organizações de trabalho, este profissional também está capacitado para analisar as complexas interações que ocorrem nas instituições e, assim, é viável auxiliar no que diz respeito à organização do serviço.

#### ***4.2.2 As complexas demandas do trabalho – o sentido subjetivo da limitação profissional***

Apesar da atuação do psicólogo ser entendida como fundamental nas equipes CAPS, algumas zonas de sentido despontaram no discurso das profissionais indicando também limitações profissionais frente as complexas demandas de trabalho. Esse sentido subjetivo de impotência profissional aparece tanto mediante demandas da equipe, quanto do paciente. Está relacionado a aspectos pessoais, profissionais e da gestão dos serviços e traz consigo o sentido de que apesar de ser uma atuação importante, é também difícil ser psicóloga em CAPS, tamanha a complexidade do trabalho.

Parece haver consenso entre outros profissionais que compõem as equipes CAPS a ideia de que o psicólogo deve ser acionado quando os demais profissionais não sabem o que fazer. Quando outras alternativas já foram tentadas e não houve evolução do caso. Esperam que o psicólogo resolva os problemas e que tenha respostas. Isto pode ser identificado nos trechos abaixo, extraídos das entrevistas realizadas.

*"Fico com uma impressão assim que é o que excede, as exceções que acontecem são identificadas a uma demanda do psicólogo." (Psicóloga A)*

*"[...] é uma tarefa difícil. Acho que tanto a equipe joga muita responsabilidade em cima do psicólogo [...] tem muita cobrança, eles depositam muita coisa em cima da gente como se a gente fosse resolver tudo, né?" (Psicóloga B)*

*"A equipe acha que a gente acaba tendo uma percepção diferenciada. Não necessariamente que sempre, mas a equipe tem essa [...] "Ah! Ela dá conta! Ela é psicóloga dá conta de tudo então!" [...] Mas eu sempre falo pra eles que eu não dou conta de tudo, eu sempre faço essa colocação. Não é porque eu sou psicóloga que eu vou dar conta de tudo, né? Tem coisas que pra mim também fogem do meu alcance aqui dentro." (Psicóloga D)*

Estas demandas da equipe, o que se espera que o psicólogo faça, está muitas vezes além da capacitação profissional, ultrapassando limites pessoais e até mesmo profissionais, indo além daquilo que é função deste técnico. Nisto ressalta-se similarmente o sentido, já elucidado anteriormente, da importância do profissional de psicologia como componente da equipe. Pois além das próprias psicólogas perceberem sua importância, ainda que percebam suas limitações, as demandas dos outros profissionais pelas ações da psicologia reforçam esse sentido subjetivo de importância, indicando que também está presente na subjetividade individual de outros profissionais.

Outras vezes o sentido subjetivo de limitação profissional aparece diante das demandas dos pacientes. O profissional identifica dificuldades sobre as quais não tem como ajudar, seja por falta de tempo, de recursos materiais e até mesmo por entraves da forma de gestão. Junto a isso, surge também o sentimento de frustração, pois as profissionais identificam como poderiam ajudar a pessoa que está em sofrimento psíquico, mas percebem que o serviço não oferece minimamente o que é preconizado em lei. Uma entrevistada expõe:

*"A minha percepção do meu trabalho é que a gente trabalha num ambiente até de harmonia, mas com muitos problemas, muitas dificuldades, de pessoal pra trabalhar, do que a gente está oferecendo pros pacientes, do quê é que um CAPS deveria realmente estar fazendo, né? O que está lá na lei e do que nós podemos oferecer pra eles. Isso me causa um pouquinho de aflição as vezes. [...] eu acho que isso tem me incomodado um pouco. [...] estamos patinando, patinando, e a coisa parece que não está caminhando. [...]. A gente já trabalha com a frustração diariamente e aí ainda mais a frustração de não poder oferecer o mínimo que eu acho que deveria ser oferecido pros pacientes, em grupos, em atendimentos e tudo. Então eu acho que a frustração é bem grande a frustração de trabalhar em CAPS."* (Psicóloga D)

Evidencia-se uma contradição entre o saber do profissional e as limitações ocasionadas pela precariedade dos serviços. Entre a política instituída e a efetivação do trabalho em saúde mental há uma trama complexa. Há indicadores que mostram aspectos da subjetividade individual dos profissionais, que exprimem uma intencionalidade de um trabalho melhor e mais efetivo, que emergem o desejo de oferecer um trabalho que alcance as necessidades dos pacientes e ofereça uma real atenção psicossocial àqueles que sofrem com os transtornos mentais. Contudo, há

também elementos que sinalizam um descaso político, objetivado em situações precárias de trabalho, falta de recursos humanos e materiais, falta de investimento da administração pública no setor de saúde mental, que acarreta na falta de condições para fazer o trabalho da melhor forma. Esse cenário social e político gera tensões nos sujeitos que trabalham no cuidado em saúde mental frente as limitações para se atender a demanda que se apresenta.

Aliado aos elementos já identificados mostra-se mais uma vez as limitações ocasionadas diante da falta de interesse de alguns profissionais em atuar no contexto dos CAPS. As entrevistadas percebem que existem pessoas que não têm interesse em trabalhar nesses serviços, tampouco experiência na área da saúde mental e que isto interfere diretamente na rotina diária do serviço, prejudicando uma efetivação ou um aprofundamento das práticas interdisciplinares. Se por um lado há uma diversidade de profissionais atuando no serviço, por outro as limitações dadas pela falta de desejo e de conhecimento impedem a eficácia que uma ação conjunta pode ter. O que ocasiona, frequentemente, num trabalho individualizado e diluído, perdendo-se a inter-relação entre os saberes e a força que a equipe interdisciplinar pode ter.

A complexidade da demanda do trabalho do psicólogo nos CAPS é um fator que vem sendo exposto também em outros estudos. Cantele, Arpini e Roso (2012) em uma investigação sobre a experiência dos profissionais da Psicologia nos CAPS, da mesma forma que no presente estudo, encontraram resultados que evidenciaram sentimentos de impotência, frustração e medo vivenciados pelos psicólogos que atuam em CAPS. Além disso, também encontraram dados indicando o desafio que é trabalhar em CAPS e o despreparo acadêmico, devido a fragilidades da formação que não oferece capacitação adequada para a atuação no contexto do CAPS.

De igual modo, a pesquisa realizada pelo CREPOP/CFP com psicólogos atuantes em CAPS evidenciou desafios e dificuldades relativos ao trabalho nestas instituições. Entre os resultados encontrados foram apontadas questões políticas e administrativas, burocracias, falta de rede de assistência integrada, dificuldades relacionadas a recursos materiais e humanos, às condições de trabalho, além de desafios relativos à formação e prática profissional, assim como do trabalho multiprofissional (CFP, 2013).

Outro aspecto importante a ser notado é que foi opinião unânime entre as entrevistadas na presente pesquisa que a formação em psicologia não capacita o



profissional para o trabalho interdisciplinar. Pode se entender também que este fator acarreta em uma certa limitação profissional, pois a formação universitária foca um atendimento individualizado, que não pressupõe a troca de saberes entre os profissionais. Para as psicólogas participantes, esta capacitação acontece na prática e seu aprofundamento vai depender do interesse e do desejo de cada profissional. As entrevistadas reconhecem que esta capacitação se dá de forma complementar, através da realização de cursos de extensão, da participação em congressos e do aprofundamento de estudos, buscando-se periódicos e artigos que tratem o tema.

Além da falta de capacitação para o trabalho interdisciplinar, a análise das informações salientou a falta de capacitação para o trabalho em saúde pública. As participantes reconhecem que a graduação em psicologia contemplou de forma superficial esse campo de atuação e que o aprendizado aconteceu na prática. Diante do exposto, é preciso discutir sobre o papel das universidades, principalmente as públicas, que deveriam prezar por uma formação voltada às esferas do serviço público, mas que, muitas vezes, tendem a focar predominantemente a atuação nas instituições privadas e serviços particulares, tendo como consequência disso profissionais com formações deficitárias e insuficientes.

Cantele, Arpini e Roso (2012) também destacam que os cursos de graduação em Psicologia ainda estão fortemente marcados pelo modelo clínico, privado, tradicional de consultório que não dá conta da atual realidade de trabalho dos psicólogos que atuam na saúde pública. Cantele e Arpini (2016) apontam a necessidade de se repensar as práticas psi, uma vez que a atuação dos psicólogos nas equipes de saúde mental demanda um novo fazer da prática psicológica, fato que requer também que os cursos de graduação e formação se adequem a essa realidade.

De igual modo, Macedo e Dimenstein (2016) em uma análise sobre saberes e práticas dos psicólogos que atuam na política de atenção em saúde mental, encontraram resultados indicando que a formação em Psicologia, tanto a nível de graduação quanto de pós-graduação, oferece conhecimento insuficiente para os psicólogos atuarem na perspectiva psicossocial em saúde mental. Esses autores referem ainda que a formação em Psicologia não fornece subsídio teórico-técnico voltado à atuação interdisciplinar.

Diante disso, há que se considerar a necessidade urgente de adequação dos currículos universitários à realidade das políticas públicas brasileiras, visando uma formação efetiva, que valorize o trabalho em equipe e a atuação na perspectiva

psicossocial, principalmente ao se considerar que atualmente o setor público se constitui no maior empregador (40,3%) de psicólogos no Brasil (MACEDO & DIMENSTEIN, 2016).

#### **4.2.3 A prática profissional do psicólogo que atua em CAPS – dinâmica de trabalho diferenciada como sentido**

Durante a realização das entrevistas, as participantes foram também indagadas acerca das atividades de trabalho do psicólogo que atua em CAPS. Atividades diversas foram elencadas pelas profissionais, evidenciando o sentido subjetivo de que a atuação em CAPS pressupõe uma dinâmica diferenciada de trabalho, demarcando que este contexto se distingue consideravelmente das práticas de vanguarda da psicologia, notadamente voltadas aos contextos clínico, escolar e organizacional.

Nos CAPS preconiza-se que o trabalho seja realizado de forma interdisciplinar, contemplando diversos profissionais em sua equipe técnica, de forma que a assistência prestada seja diversificada, composta por atividades variadas. A Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, que estabelece as modalidades de CAPS, designa as seguintes atividades no CAPS: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social.

De modo geral, as práticas dos diversos profissionais que atuam nos CAPS, que compõem a amostra deste estudo, são bastante similares. Para as psicólogas entrevistadas, o diferencial do trabalho é o enfoque dado a partir da formação profissional individual. O sentido subjetivo que é dado às práticas do psicólogo que atua em equipe interdisciplinar na atenção à saúde mental é o de ser um trabalho dinâmico, composto por atividades diferenciadas. As quais envolvem a discussão dos casos atendidos com os outros profissionais integrantes das equipes e que de forma sistematizada poderiam ser divididas em: clínicas, burocráticas e de articulação de rede.

Entre as *atividades clínicas* pode-se considerar os grupos (terapêuticos, psicoterapêuticos, psicoeducativo, focal, operativo e oficinas), os atendimentos

individuais (psicoterapêutico, de técnico de referência - TR<sup>12</sup>, e triagem), os atendimentos de familiares (individuais ou grupais), o plantão de acolhimento, as palestras externas, as visitas domiciliares e as reuniões de discussão de casos e de definição de plano terapêutico singular (PTS). As *atividades burocráticas* envolvem atividades administrativas (respostas de ofícios, relatórios de atendimento, atestados, elaboração de documentos, atendimento de telefone, entre outros), orientações sobre o funcionamento do serviço e busca ativa de pacientes. As *atividades de articulação de rede* envolvem todas as formas de interlocução com outros serviços, quer sejam da própria RAPS (UBS, ambulatório de especialidades, UPAS, hospitais, comunidades terapêuticas, etc) ou intersetoriais. Estas envolvendo outros serviços como os de assistência social (CRAS, CREAS, Abrigos), de educação (escolas, CEMAE e outros serviços municipais vinculados à educação), Conselho Tutelar, Ministério Público, Poder Judiciário, de cultura, esporte e lazer.

Além das atividades citadas, é possível considerar ainda, como parte da dinâmica de trabalho das psicólogas que atuam nesses serviços, o compartilhar o saber psicológico. O quê, nem sempre, ocorre de forma sistematizada na rotina diária, mas parece comum, tendo se evidenciado no decorrer das entrevistas. Em um dos CAPS pesquisados existe um momento estruturado de compartilhar informações que acontece através de um grupo de estudos, com frequência semanal, no qual são propostas leituras e discussões das mesmas. As sugestões de leituras ficam a cargo da psicóloga que também atua como coordenadora da instituição. De modo informal, as entrevistadas também reconheceram que compartilham seu conhecimento e experiência profissional em conversas e diálogos, explicando, argumentando, buscando propiciar reflexões e se colocando à disposição da equipe para auxílio e orientação quando considerarem necessário.

Diante do exposto é possível entender que como o trabalho nos CAPS prevê uma ampla gama de atividades, a prática do psicólogo nesses serviços se constitui de forma bastante dinâmica, envolvendo atividades diversificadas, que vão além daquelas que tradicionalmente os psicólogos da área de saúde exerceriam. Não se

---

<sup>12</sup> Nos CAPS cada pessoa em tratamento tem um profissional que atua como seu TR (técnico de referência ou terapeuta de referência). Segundo o Manual do CAPS (Ministério da Saúde, 2004), o TR tem como responsabilidade o monitoramento do projeto terapêutico do usuário, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas para o tratamento.

restringe ao paciente e ao contexto estrito do serviço, externalizando-se na articulação e interlocução com outros órgãos.

Em concomitância com o sentido subjetivo que se apresenta entre as profissionais entrevistadas acerca de uma dinâmica de trabalho diferenciada no contexto dos CAPS, Dimenstein e Macedo (2012, p. 236) explicam que com os avanços da Reforma Psiquiátrica, a partir do final da década de 80, foi possível observar o “desenvolvimento de práticas inovadoras de cuidado e de assistência em função de um conceito mais ampliado e complexo de saúde mental, o que exigiu modelos efetivamente transdisciplinares de integração de saberes”.

As mudanças ocorridas nas políticas públicas de saúde mental, trouxeram aos psicólogos inseridos no setor público a necessidade de um repensar e reinventar de suas práticas e modos de atuação, voltando-se a um fazer mais plural da prática psicológica (DIMENSTEIN & MACEDO, 2012; CANTELE & ARPINI, 2016). Isso fica claro no discurso das psicólogas que atuam nos CAPS pesquisados, as quais elegem entre as atividades que compõem sua rotina de trabalho uma gama de modalidades de intervenção bastante diversificadas daquelas práticas hegemônicas da Psicologia tradicional, que eram marcadas deliberadamente pelo atendimento clínico individual em consultório.

Semelhantemente, a pesquisa elaborada pelo CREPOP/CFP (CFP, 2013) evidenciou que o exercício profissional do psicólogo inserido no CAPS contempla práticas diversificadas na rotina de trabalho deste profissional, realizadas tanto individualmente quanto em equipe multidisciplinar.

Com base no exposto e no que afirma González Rey (2005, p.25):

O sujeito individual está inserido, de forma constante, em espaços da subjetividade social, e sua condição de sujeito atualiza-se permanentemente na tensão produzida a partir das contradições entre suas configurações subjetivas individuais e os sentidos subjetivos produzidos em seu trânsito pelas atividades compartilhadas nos diferentes espaços sociais. É neste processo que o conhecimento tem lugar, definindo, assim sua riqueza dinâmica.

É possível compreender que os CAPS são importantes espaços sociais produtores de subjetividades e que os diversos profissionais que atuam nessas instituições estão constantemente produzindo novos sentidos subjetivos que se objetivam em suas práticas profissionais. Suas configurações subjetivas estão em transformação, pois a realidade objetiva à qual se deparam impõe novas demandas e, conseqüentemente, produz novos conhecimentos.

A partir disso, é possível entender também que os sentimentos de frustração e impotência, já explanados anteriormente, que se fizeram tão presentes no discurso das psicólogas, surge do confronto entre essa nova realidade de trabalho e as práticas aprendidas e naturalizadas anteriormente, seja durante a formação universitária ou em outros contextos de trabalho com práticas mais tradicionais da Psicologia.

#### ***4.2.4 A complexidade da atuação em equipe interdisciplinar: dificuldades e desafios que produzem sentidos subjetivos***

Compreender a relação do psicólogo com os demais profissionais que compõem o quadro de trabalhadores dos CAPS evidencia indicadores que denotam a complexidade de se trabalhar em equipe interdisciplinar. Se por um lado a atuação em conjunto facilita a diversificação das práticas laborais e a troca de conhecimentos, por outro, traz consigo dificuldades e desafios.

Dificuldades diversas foram elencadas pelas entrevistadas e mais uma vez a falta de conhecimento esteve entre elas. As profissionais apontam que percebem déficits nas formações, tanto delas mesmas quanto de outros membros das equipes, insuficiência de conhecimento sobre saúde mental e falta de clareza quanto aos papéis profissionais em meio às ações laborais em equipe multiprofissional. Percebem que muitos profissionais não têm interesse pelo trabalho em saúde mental, que essa não é sua área de atuação de simpatia e, assim, não buscam aprofundar conhecimentos para o entendimento daquilo que é específico de sua profissão dentro de um CAPS e de como poderiam exercer um melhor trabalho naquele contexto. Decorre disto que as práticas ficam limitadas, enfraquecendo o potencial que o CAPS tem na atenção em saúde mental.

Paralelamente outros elementos apontam para inconvenientes decorrentes dos aspectos pessoais envolvidos na inter-relação entre os diversos profissionais. Conflitos interpessoais ocasionados pela dificuldade para se lidar com críticas, pela competitividade entre os técnicos, conflitos de opinião, desavenças, pensamentos contraditórios, ou seja, tudo aquilo que possa de alguma forma gerar resistências. Essas dificuldades muitas vezes geram desgastes nas equipes e tornam o trabalho pouco produtivo. Nas entrevistas ressaltou-se também o fato de nas equipes existirem profissionais que misturam suas questões de vida pessoal com o trabalho, o que acarreta tanto em dificuldades relacionais, quanto em prejuízos ao trabalho.

Zurba (2011) aponta a necessidade de que os psicólogos inseridos no âmbito do SUS incluam em suas estratégias de intervenções ações interdisciplinares. Contudo, ressalta que o fazer da Psicologia no contexto de equipe interdisciplinar requer o desenvolvimento de algumas habilidades como, por exemplo, a capacidade de trabalhar em conjunto, o compartilhar de conhecimentos e a empatia.

Os dados encontrados na pesquisa realizada pelo CREPOP/CFP (CFP, 2013) com psicólogos atuantes em CAPS também evidenciaram dificuldades e desafios advindos da atuação em conjunto com outros profissionais da equipe multiprofissional, assim como o trabalho intersetorial, com profissionais de outros serviços e de outras áreas. A citada pesquisa apontou ainda a inconsistência técnica dos profissionais frente às propostas da Política Nacional de Saúde Mental, numa tensão entre a perspectiva psicossocial e as abordagens estritamente clínicas e médico-centradas.

No presente estudo, indicadores assinalam também os desafios que se apresentam ao profissional de psicologia, tendo em vista que o CAPS é um espaço orientado pelo campo da saúde e, muitas vezes, o trabalho ainda acontece numa lógica médico-centrada e biologizante. Nessa perspectiva, frequentemente o saber psicológico caminha na contramão, buscando apontar para um olhar diferenciado, que foca o sujeito, que pensa na dinâmica psicológica da doença para além do sintoma, buscando determinantes psicológicos, sociais, históricos e culturais e não apenas biológicos. Contudo, há que se considerar que nem sempre esse posicionamento consiste em tarefa fácil. Tratando da ação em equipe, nem todos podem compartilhar dessa visão, muitos são inflexíveis e o que é discutido em equipe pode não ser aceito. Esses problemas ficam evidenciados na fala de uma das entrevistadas:

*"São visões bem diferentes, são saberes diferentes, são posições diferentes, eu acho que até as vezes tem muita sintonia, tem um entendimento, mas as vezes há algumas desavenças, há uns pensamentos meio contraditórios. E aí você tem que também respeitar, enfim, entender que o outro pensa de outra forma e é a visão dele. E assim, eu acho que o mais difícil é por isso, cada um com o seu saber [...] e as vezes é isso daí, da nossa visão não ser aceita, o que a gente pensa não é aceito, ou até é discutido, é falado que vai ser dessa forma e daí sai de outra. [...]. Tem muitos profissionais que vieram parar aqui que não sabem nem como que vieram parar, tem profissionais que não tem interesse, ou que nunca trabalhou na área, que chegam aqui e aí se deparam com uma outra forma de trabalhar, que não é cada um no seu quadrado agindo. Então eu acho que é isso que impacta mais, assusta mais, cria mais dificuldades, porque daí entram*

*questões pessoais [...] as vezes são pessoas antigas, que já tinham outra forma de ver, outra visão, então pra mudar tudo isso é um tempo [...] é um aprendizado novo pras pessoas e tem que ter a vontade e querer crescer junto, fazer junto, né? Enfim, de começar a ter um olhar diferente, né? Então acho que a dificuldade é uma soma de vários fatores." (Psicóloga B)*

Esse trecho de conversação traz elementos que evidenciam também o fato de que muitos profissionais já são formados há muito tempo, não aprenderam a trabalhar numa perspectiva interdisciplinar. Suas formações não contemplaram as novas políticas em saúde que demandam uma visão ampliada, que traz novos contextos de atuação. Somado a isso, muitos técnicos parecem mostrar-se enrijecidos em suas posturas profissionais e pouco abertos a mudanças em suas ações laborais.

É possível, então, questionar quais objetivos os profissionais têm buscado atender em suas ações e como produzem as intervenções numa perspectiva interdisciplinar, que é um dos princípios do trabalho em CAPS. Tais indagações apontam para uma zona de sentidos subjetivos que envolve o desafio e a dificuldade de se produzir intervenções interdisciplinares de fato. Um desafio que se dá em função da ampliação das áreas de atuação profissional criadas a partir da reforma psiquiátrica e de novas políticas públicas em saúde. Isso sugere que embora o CAPS ofereça um lugar importante à atuação do psicólogo, existe a necessidade de que suas práticas dialoguem com outros conhecimentos, que não seja um trabalho isolado, tal qual uma prática clínica tradicional.

A complexidade de se trabalhar inserido em uma equipe multiprofissional também foi elencada por Cantele, Arpini e Roso (2012) como um desafio que se apresenta ao profissional que trabalha em CAPS e que o leva a uma ressignificação de suas práticas, numa constante peleja entre o novo e o tradicional na Psicologia. Se as práticas tradicionais levavam o psicólogo a uma atuação isolada e individualizada, por outro lado uma das principais características que diferencia o trabalho no CAPS é a atuação interdisciplinar.

À luz da Teoria da Subjetividade (GONZÁLEZ REY, 2002, 2005) é possível compreender que o sentido subjetivo de complexidade do trabalho em equipe interdisciplinar vem se constituindo nos momentos de tensão e contradição entre aquilo que essas psicólogas trazem de suas formações profissionais, marcadas principalmente por práticas individualizadas, e as práticas contempladas em seus momentos atuais, que têm um papel essencial em sua constituição subjetiva e que

permitem a construção do que se constitui o trabalho do psicólogo no contexto interdisciplinar dos CAPS. A flexibilidade e complexidade da subjetividade permite gerar novos sentidos subjetivos, levando à reconfiguração da subjetividade através desses processos implicados em suas práticas laborais.

#### **4.2.5 O sentido subjetivo de potencialidade do trabalho em equipe interdisciplinar no cuidado em saúde mental**

Apesar do trabalho em equipe interdisciplinar na atenção à saúde mental despontar permeado por dificuldades e desafios, indicadores diversos também apontaram para o lado positivo dessa forma de atuação, emergindo o sentido subjetivo de uma prática que se torna potente ao dialogar com outros saberes. Há o reconhecimento de que, apesar da complexidade dessa forma de atuação, as práticas interdisciplinares são importantes, uma vez que permitem a soma de saberes, a troca de conhecimentos e ampliação da visão através de outros olhares profissionais. Ou seja, há a identificação de potencialidades e facilidades na atuação interdisciplinar, as quais serão identificadas na sequência.

As psicólogas constataam que atuar lado a lado com técnicos de outras especialidades permite um entendimento maior dos casos, trazendo auxílio e ganhos, à medida em que trazem outras percepções sobre o sofrimento psíquico, ampliando o olhar sobre cada caso e enriquecendo as ações. Isso permite que o trabalho seja mais produtivo, potente e dinâmico, alcançando-se melhores resultados.

Há indicadores também de que o trabalho interdisciplinar possibilita acompanhar os casos de forma longitudinal, uma vez que não é apenas um profissional que está em contato com a pessoa em tratamento. O relato de uma entrevistada expõe:

*"Eu acho que o trabalho interdisciplinar ele pode ser muito mais acolhedor para os casos que são crônicos, que são persistentes... ele dá, eu penso assim, que esse acompanhamento longitudinalmente, acompanhando com o tempo o paciente, assim, a gente tem muito mais ganhos do que alguém que só faz um atendimento individual, só faz terapia ou coisas assim, né? [...]. Então eu acho que isso só agrega [...] Eu acredito bastante nesse trabalho." (Psicóloga A)*



O trabalho nos CAPS permite que a pessoa em sofrimento psíquico seja acompanhada por diferentes profissionais, em diferentes momentos e que, posteriormente, os casos sejam discutidos em equipe. Isso amplia o alcance da atuação, potencializando os resultados e viabilizando um melhor entendimento das situações que circunscrevem a doença.

Outros elementos sugerem ainda que o trabalho em equipe multiprofissional possibilita o aprendizado e o crescimento profissional, tal qual expõe o excerto abaixo.

*"Muito importante a troca de conhecimento, né? Eu aprendi muuuuuuuta coisa! [...]. Muita coisa que eu não tinha nem ideia de como funcionava, de como que é, então, assim, o aprendizado é muito grande. [...]. Então acho, assim, que é um aprendizado pra todo mundo que trabalha na parte interdisciplinar. Você aprende muita coisa, que as vezes você vai precisar usar também."*  
(Psicóloga D)

Atuar em conjunto com outros profissionais possibilita a inter-relação de saber. Áreas de conhecimento que não são de domínio da psicologia passam a ser conhecidas através das trocas diárias entre os técnicos que atuam nos CAPS. Há a ampliação do conhecimento e também a possibilidade de se diversificar a atuação profissional ao se trabalhar de modo interdisciplinar.

Essas reflexões positivas sobre a atuação interdisciplinar, que evidenciam o sentido subjetivo de potencialidade do trabalho do psicólogo inserido em equipe multidisciplinar, corrobora o que a literatura traz em defesa das práticas interdisciplinares nas políticas públicas de saúde e em especial nos CAPS. Diversos autores apontam os benefícios da interdisciplinaridade, entre os quais é possível citar a articulação de saberes, atuação criativa, corresponsabilização nas práticas de cuidado, superação das concepções biologicistas e médico-centradas, superação do modelo manicomial, aumento da compreensão sobre os processos de saúde e doença, cooperação, integração e contextualização de ações (MILHOMEM & OLIVEIRA, 2007; VASCONCELLOS, 2010; JUNS & LANCMAN, 2011; MEIRELLES, KANTORSKI & HYPOLITO, 2011; CANTELE, ARPINI & ROSO, 2012; CARPES et. al., 2012).

Para além do trabalho interdisciplinar no contexto do CAPS, apontou-se também a possibilidade da atuação intersetorial, quando as ações são externalizadas e acontecem em conjunto com outros equipamentos da rede de atenção. A perspectiva de trabalho nos CAPS envolve a articulação com outros serviços, pelos

quais a pessoa em tratamento também circula, ou que podem se tornar necessários conforme a demanda de cada caso. A intersetorialidade também aparece como uma nova zona de sentido para se potencializar as ações dos psicólogos, através da interlocução com os outros serviços.

Contudo, faz-se necessário apontar uma contradição presente no discurso das participantes. Apesar do reconhecimento da necessidade e importância desse trabalho em conjunto com outros órgãos, elas também referem dificuldades no que concerne aos encaminhamentos para outros serviços. Uma das psicólogas denuncia em sua fala que muitas vezes os pacientes são encaminhados, mas por já estarem em acompanhamento no CAPS não são aceitos nos outros locais, mesmo que haja demanda para aquele tipo de atendimento. Cabe também retomar uma discussão ocorrida durante a realização dos grupos focais, quando as participantes referiram que existem possibilidades de se firmar parcerias com outras secretarias e outros serviços para se oferecer um melhor cuidado na atenção em saúde mental, mas que isso não é viabilizado pelas diferentes instâncias da gestão municipal.

Outra importante contradição é que apesar de todas as psicólogas relatarem sobre uma atuação interdisciplinar, tendo em vista que o próprio delineamento dado às entrevistas propiciava essa visão, durante o período de observação participante foi possível constatar que os momentos interdisciplinares são escassos. Muitas vezes as discussões são superficiais, as práticas conjuntas são poucas e nem sempre existem momentos específicos de discussão entre todos os técnicos que compõem as equipes. Apenas dois dos três CAPS investigados possuem formalizado em sua rotina de atividades reuniões para discussão dos casos. Sendo que em um deles, apesar de existir esse momento, a equipe encontra-se tão reduzida que muitas vezes a discussão é inviabilizada por ausência de profissionais. Denunciando mais uma vez, a precariedade e fragilidade do serviço público.

Apontando nessa mesma direção, observou-se que apenas em um dos CAPS são realizadas atividades terapêuticas em conjunto entre os profissionais. Tais como grupos em que as profissionais fazem em conjunto, por exemplo, uma enfermeira e uma psicopedagoga realizam um grupo de brincadeiras com as crianças, e práticas de inserção social, como festas e passeios, que todos os profissionais realizam juntos. Contudo, não há como afirmar se elas podem realmente ser consideradas interdisciplinares, uma vez que não há como saber se acontece a troca de conhecimento durante a atuação. Nesse caso, fica a hipótese de que sejam apenas

atividades que se assemelham ao modelo multiprofissional, apenas com os técnicos atuando lado a lado, mas sem existir a inter-relação do saber.

Essas contradições apontadas indicam não apenas a complexidade do trabalho interdisciplinar, como também denotam a complexidade do estudo da subjetividade humana, pois é possível perceber que nas configurações subjetivas das profissionais que participaram deste estudo existem tanto sentidos subjetivos permeados de sentimentos e emoções negativas, assim como positivas. Diante disso, cabe lembrar que a categoria sentido subjetivo expressa justamente a unidade inseparável do simbólico e do emocional, em que cada um evoca o outro (GONZÁLEZ REY, 2007a). Assim, os sentidos subjetivos que emergem nesse contexto surgem das diversas situações que se apresentam a essas psicólogas e caracterizam sua experiência profissional nos CAPS. Tanto as experiências exitosas que vivenciam, quanto as dificuldades que enfrentam são geradoras de sentidos que compõem seu sistema subjetivo. Isso porque, a subjetividade humana é um sistema complexo, dinâmico e processual, em constante organização, capaz de gerar desdobramentos diversos (GONZÁLEZ REY, 2007b; MORI & GONZÁLEZ REY, 2010).

#### ***4.2.6 O papel do psicólogo em meio à equipe interdisciplinar do CAPS: sentidos, contribuições e especificidades***

O contexto dos CAPS se caracteriza como um espaço no qual a presença do psicólogo se apresenta de forma integrada junto às demais áreas. Não há dúvidas quanto a importância desse profissional nas equipes. Entretanto, buscou-se também identificar qual o papel que essa especialidade exerce no conjunto das profissões presentes nos CAPS, ou seja, compreender qual a especificidade do trabalho do psicólogo em meio aos demais técnicos.

É possível identificar duas formas de se efetuar essa compreensão. Uma a partir da perspectiva daquilo que as psicólogas veem como sendo seu papel. E outra do que os outros profissionais esperam do psicólogo. Cabe notar que essa divisão se deu durante a análise das informações, sendo que não necessariamente as profissionais tenham feito essa diferenciação.

Tomando-se inicialmente a perspectiva do que as psicólogas compreendem como seu papel, há indicadores de que, no CAPS, o psicólogo tem como objetivo fazer uma avaliação da demanda do indivíduo, daquilo que passa da queixa para a

demanda, buscando entender o que está dizendo o sofrimento que a pessoa em tratamento apresenta. O psicólogo é apontado como o profissional capaz de ter uma visão ampla do sujeito, de fazer uma escuta diferenciada. Que chama a atenção para situações e para aspectos psicológicos da pessoa que, muitas vezes, passam despercebidos pelos outros técnicos. Uma percepção distinta, que foca o sujeito e não apenas a doença. Trabalha com a saúde mental e não com a doença, acreditando que há algo que se possa fazer. Busca a especificidade de cada caso e não generaliza, procurando novas alternativas.

Nesta direção, é possível aventar que o conhecimento que a psicologia proporciona ao profissional lhe permite um olhar peculiar, que busca também a compreensão dos aspectos históricos, sociais e culturais que configuram o contexto em que se apresenta o fenômeno avaliado. Nota-se, assim, uma importante contribuição deste profissional ao estabelecer uma ampliação do modelo biomédico, ainda muito presente nas instituições CAPS, ao se buscar uma avaliação que seja de fato psicossocial e não mera descrição de sintomas ou conclusão por diagnóstico.

Em concordância com o exposto, Cantele, Arpini e Roso (2012) e Cantele e Arpini (2017) chamam a atenção para o fato de que o psicólogo assume um importante papel na equipe multidisciplinar, que se constrói a partir de sua capacidade de escuta, ampliando a percepção acerca dos problemas levantados. Cantele e Arpini (2017) elucidam ainda a importância da psicologia nos CAPS para superação de uma visão médico-centrada e para o olhar para o sujeito.

As psicólogas entrevistadas percebem também que uma das especificidades do papel do psicólogo no CAPS, na atuação em conjunto com outros técnicos é o compromisso ético deste profissional com o sigilo. Tal qual expõe o discurso de uma das entrevistadas:

*“Eu acho que uma coisa que é bem forte é a questão do sigilo, da ética do sigilo, eu acho que o psicólogo tem isso muito forte. [...] O psicólogo tem um compromisso muito forte com o sigilo, isso faz parte da nossa identidade e os outros profissionais também acabam tendo isso como referência.” (Psicóloga C)*

Como a atuação interdisciplinar nos CAPS envolve a discussão dos casos em equipe, esse cuidado com a questão do sigilo mostra-se como uma importante contribuição da psicologia às demais áreas, ao compartilhar seu posicionamento ético enquanto profissional.

É interessante notar que no presente estudo as psicólogas ressaltam o compromisso ético com o sigilo de forma positiva, como um ponto importante de seu papel profissional e que na atuação em equipe pode influenciar positivamente os demais técnicos. Em contraposição, Silva (2015) aponta o sigilo compartilhado como uma característica desafiadora ao trabalho em equipe, que acaba até mesmo servindo como justificativa para ações isoladas, o que não parece ser o caso entre as participantes da presente pesquisa, pois para estas profissionais, ao que tudo indica, o compromisso ético que o psicólogo tem com o sigilo profissional, também leva os demais a se atentarem para esse importante cuidado.

Nesse contexto, cabe também ressaltar que a ação profissional do psicólogo também é geradora de sentidos subjetivos. Ao que parece, a ética do sigilo que para os psicólogos é uma questão bastante reforçada durante sua formação e, portanto, já subjetivada por esses profissionais, passa também a ser um fator que gera sentidos subjetivos às outras categorias profissionais. Isso mostra mais uma vez que os CAPS são importantes espaços sociais geradores de formas de subjetivação que se concretizam nas diferentes atividades compartilhadas pelos profissionais e que, passam a ser, com sentidos subjetivos diversos, parte da subjetividade individual desses sujeitos que compartilham esse lócus. Nesse contexto, atuam como sujeitos levando a posicionamentos reflexivos, capazes de produzir novos sentidos subjetivos que se desvelam numa atuação profissional diferenciada.

Outros elementos sugerem que, muitas vezes, o psicólogo tem um papel de mediador na equipe. Essa mediação aparece na possibilidade de mediar situações de conflitos entre os trabalhadores dos CAPS, mediar questões pessoais dos profissionais. Observa-se nisso a importância que o psicólogo tem, não apenas no que se volta aos sujeitos em tratamento, mas também no que concerne aos colegas de trabalho, ajudando as pessoas a lidarem melhor com as situações do dia-a-dia do ambiente de trabalho.

Há indicadores que apontam ainda para um papel de orientação que o psicólogo frequentemente assume na equipe. Em vários momentos das entrevistas, as psicólogas se reconheceram como a pessoa da equipe que é buscada para esclarecer, para auxiliar quando os outros profissionais encontram dificuldades. Além disso, durante as discussões de casos em equipe, também se veem como a pessoa que provoca reflexões, que direciona e repensa práticas, atuando diretamente em situações de tomada de decisões. Durante observações feitas durante momentos de

discussão de casos, as quais foram possíveis de se fazer apenas em dois dos CAPS estudados, uma vez que no dia de observação no outro local não houve esse tipo de atividade, também foi possível observar que as psicólogas são as profissionais que na maioria das vezes articulam e direcionam os momentos de discussão, confirmando a percepção das participantes.

Na perspectiva do que se constitui a visão da equipe sobre o papel do psicólogo, parece haver uma ideia, que beira o senso comum, de que a atuação do profissional de psicologia é necessária quando existem situações mais complexas, que saem do comum, que podem ser consideradas como exceções. Alguns trechos de conversação podem ser tomados como exemplo:

*"É muito comum se concluir assim que: "Ah! Esse fulano já tá vindo há tanto tempo aqui não sei mais o que fazer com ele", algo assim que não dá resultado, então também ele é uma demanda do psicólogo. [...] Fico com uma impressão assim que é o que excede, as exceções que acontecem são identificadas a uma demanda do psicólogo." (Psicóloga A)*

*"O que é específico, parece assim, surgiu um problema, saiu do controle, chama o psicólogo! As vezes dá impressão que é isso, que o quê é específico é o que sai do comum, que sai da rotina, as vezes eu tenho essa sensação (risos). [...] Se vira! Já tentei de tudo quanto é jeito não dá! Ah! fulano lá tá quebrando tudo! ou coisas assim, fulano não quer entrar na oficina, não quer fazer... aí acho que vai o psicólogo pra tentar lidar, remediar a situação, tentar ver o que está acontecendo." (Psicóloga B)*

Nessa perspectiva, o sentido que é dado ao papel do psicólogo na equipe interdisciplinar na atenção à saúde mental é o de ser o profissional que atua nos casos complexos. Essa ideia parece ir ao encontro também do que uma das psicólogas contou ter percebido em uma atividade realizada na instituição, quando os outros profissionais a elegeram como "alicerce do CAPS". Ambas perpassando o sentido de suporte.

Apesar dessa perspectiva trazer consigo um importante papel que o psicólogo conquista na equipe interdisciplinar, ela também exprime um reducionismo do papel da psicologia na atenção à saúde mental, uma vez que não considera o potencial de atuação deste profissional. Potencial este capaz de dar vez e voz aos sujeitos sociais, contribuindo efetivamente para uma assistência psicossocial orientada à

emancipação da pessoa com transtorno mental, tal qual preconiza a proposta da reforma psiquiátrica.

Essa ideia de que é papel do psicólogo atender as demandas complexas, parece estar presente não apenas na subjetividade social que se circunscreve a esses CAPS estudados, mas ao se analisar de forma mais ampla, é possível perceber que na sociedade como um todo há uma compreensão de que psicólogo é aquele que explica o inexplicável, que compreende o que os outros não conseguem compreender. Exemplo disto é o jargão tão comumente repetido na sociedade em geral de que “Freud explica”, que remete justamente a esse sentido de explicação e/ou análise do complexo, tão presente na subjetividade social.

Ainda em relação ao papel do psicólogo na equipe interdisciplinar, é possível analisar também os dados fornecidos durante uma dinâmica realizada em um dos grupos focais, na qual outros profissionais descreveram o que consideravam ser função do psicólogo. Em suas descrições, as outras profissionais elencaram principalmente atividades práticas, tais como: atendimentos em grupos, atendimentos individuais, orientação de pais, atendimentos a familiares e responsáveis, visitas domiciliares, acolhimento, responsabilidade técnica por seus referenciados (atividades como TR), matriciamento, participação em reuniões de rede (articulação intersetorial), orientação vocacional para adolescentes em idade produtiva, contribuir para fechamento de diagnósticos dos pacientes, reuniões de equipe para definição de plano terapêutico, discussão de casos para definir alta ou internação hospitalar. Além dessas atividades práticas, algumas ações esperadas desse profissional foram: ouvir e observar os pacientes, trabalhando as suas dificuldades, angústias e dúvidas, atender quanto ao sofrimento da pessoa, ajudando a identificar seus sentimentos e emoções.

Diante desses dados, é possível considerar que os outros profissionais esperam mais por atividades práticas do psicólogo e não tanto pelo conhecimento que este profissional detém e poderia compartilhar para o enriquecimento das práticas dos demais, ou para práticas conjuntas. Isto parece se contrapor à visão das psicólogas, que parecem primar pelo conhecimento que possuem e que acreditam ser o diferencial no trabalho interdisciplinar. Também se contrapõe ao fato delas perceberem que as procuram para dirimir dúvidas e pedir auxílio e orientações, o que não aparece nos apontamentos dos demais, que focaram principalmente em ações voltadas aos pacientes e não à equipe.

Além disso, esses dados mais uma vez trazem exemplos da visão biomédica presente nos serviços, quando os outros profissionais citam a prática de diagnosticar e internar em hospital psiquiátrico a pessoa em sofrimento psíquico. Diante de uma gama de possibilidades de atuação do profissional de psicologia, com vistas a exercer um papel ativo na compreensão dos processos psicológicos e de resignificação do sofrimento psíquico, a atenção se volta a práticas biologizantes e reducionistas, que fogem do modelo psicossocial proposto. Nesse aspecto, mostra-se a necessidade de que o psicólogo esteja constantemente revendo e repensando suas práticas, de modo que possa realmente fazer a diferença dentro da equipe multiprofissional.

González Rey (2005, p.24) afirma que “a subjetividade está constituída tanto no sujeito individual, como nos diferentes espaços sociais em que este vive, sendo ambos constituintes da subjetividade”. Os dados expostos permitem analisar que a subjetividade individual das psicólogas parece estar atravessada por sentidos subjetivos que denotam que este profissional procura uma compreensão diferenciada do sujeito e do sofrimento psíquico, atentando-se não somente aos sintomas, mas procurando ir além, numa compreensão diferenciada, característica do modelo psicossocial, o que seria possível graças a formação peculiar da Psicologia. Por outro lado, a subjetividade social destes espaços parece ainda ter fortemente marcada pela representatividade do modelo médico-centrado individualizante.

### **Breve síntese...**

A partir desse segundo eixo temático aqui sistematizado é possível entender que os sentidos subjetivos da prática do psicólogo em equipe interdisciplinar nos CAPS expressam tanto as dificuldades e desafios do trabalho em equipe interdisciplinar quanto a potencialidade e importância que esta forma de atuação alcança.

A análise das informações produzidas ao longo do processo empírico indica que o trabalho do psicólogo em equipe interdisciplinar nos CAPS é entremeado por um sentido de complexidade, que engloba tanto a importância do psicólogo como constituinte das equipes, como sua limitação frente às intrincadas demandas que se apresentam no cotidiano do trabalho e que levam este profissional a experimentar formas diversificadas de atuação, que ampliam suas práticas. Além disso, ao mesmo tempo em que enfrenta os desafios e dificuldades próprios a uma interação entre diversos profissionais, entende que o trabalho conjunto é potente e eficaz. Por fim, em



meio aos sentidos gerados em sua prática, constrói seu papel singular entre os diversos componentes das equipes interdisciplinares.

Há uma complexa rede de configurações subjetivas, tanto individuais, quanto sociais que remetem a representações, discursos, normativas e ideologias previstas para a atuação profissional do psicólogo. Dentre essa trama complexa é possível vislumbrar o papel do psicólogo em meio à equipe interdisciplinar, onde estão implicados sujeitos intencionais e definidores de suas opções nos processos de suas diferentes atividades e experiências.

Esses psicólogos expressam em suas práticas concretas uma subjetivação que implica sua subjetividade individual e a subjetividade social, numa integração de sentidos subjetivos singulares que se desdobram em suas trajetórias profissionais concretas. Atuando como sujeitos em suas atividades profissionais, inseridos nas equipes multiprofissionais, posicionam-se criticamente e levam também outros membros das equipes a posicionamentos reflexivos. Além disso, mesmo em meio às dificuldades e limitações que permeiam o trabalho nos CAPS, esses psicólogos conseguem produzir novos espaços de subjetivação que se objetivam através das atividades práticas que veem recriando a atuação psicológica e compondo uma dinâmica diferenciada de trabalho, que se distancia daquelas práticas individualizantes que outrora predominaram na psicologia.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais que atuam em CAPS estão imersos cotidianamente em uma experiência que privilegia as práticas interdisciplinares. A partir da Teoria da Subjetividade e da compreensão do subjetivo é possível a construção de um modelo de inteligibilidade de processos sociais e individuais configurados de maneira singular no processo de trabalho interdisciplinar. Assim, a interdisciplinaridade como fenômeno está configurada socialmente pelos discursos dos diversos profissionais e por práticas institucionais que se articulam com valores pessoais, com tradições, conhecimentos, entre outras construções sociais subjetivadas singularmente, tanto nos espaços sociais que estes profissionais estão inseridos, quanto de modo individual, pelos recursos que possuem para gerar processos de subjetivação ante a situação institucionalizada que o trabalho os coloca.

Retomando-se o problema de pesquisa inicialmente apresentado: *“Quais os sentidos subjetivos da interdisciplinaridade na prática de atenção à saúde mental para os profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial?”* é possível concluir que a interdisciplinaridade nos CAPS tem se construído permeada por sentidos de desafio e complexidade, frente a multiplicidade de dilemas e situações adversas com as quais se deparam no cotidiano de trabalho. São situações decorrentes não apenas da atuação e relacionamento entre diversos profissionais, mas envolvem também as condições precárias de trabalho, a forma de gestão dos serviços, características pessoais dos profissionais, assim como aspectos relacionados a déficits advindos de uma formação universitária frágil, que não contemplou conteúdos necessários para a atuação interdisciplinar em saúde mental.

Tomando-se especificamente a prática do psicólogo nas equipes interdisciplinares nos CAPS, é possível identificar que esta atuação está atravessada por sentidos subjetivos diversos que variam entre a importância e limitação profissional e também remetem ao sentido de complexidade, num contexto permeado por dificuldades e desafios, com carências relacionadas tanto às condições precárias de trabalho, marcadas por faltas diversas, quanto a lacunas da formação profissional que não capacitou para o trabalho interdisciplinar e em saúde pública. Contudo, há também o sentido subjetivo de potencialidade do trabalho em equipe interdisciplinar e constata-se que nesse contexto vem se delineando novas formas de atuação

profissional do psicólogo, com a construção de um importante papel profissional através das contribuições específicas que este profissional soma à equipe.

Os resultados apontam que, de forma unânime, os profissionais não percebem que sua formação acadêmica tenha os capacitado para a atuação interdisciplinar, tão pouco para atuar nas políticas públicas de saúde mental. De forma geral, é possível dizer que as práticas interdisciplinares estão restritas principalmente às discussões clínicas em equipe, havendo pouca menção sobre outras alternativas de trabalho conjunto. O que se percebe é que muitas vezes a atuação fica restrita ao campo da multidisciplinaridade, em que os profissionais apenas desempenham suas funções lado a lado, sem haver a troca e interação de conhecimentos. Verifica-se também dificuldades e confusões na compreensão do que seja saúde mental e desconhecimento da política de saúde mental e de seus preceitos.

A atual política nacional de saúde mental prevê uma mudança de paradigmas, uma nova visão que é a perspectiva psicossocial, a qual pressupõe também a interdisciplinaridade. Entretanto, constata-se que os currículos acadêmicos não acompanham esta mudança e que os profissionais não estão sendo formados para atuar nesta nova perspectiva. Apesar das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação que contemplam a área da saúde, implementadas desde 2004, preverem que se tenha o enfoque para o trabalho em equipe interdisciplinar, não é o que a formação acadêmica tem proposto. Principalmente considerando-se a graduação em psicologia, pois foi opinião unânime entre as psicólogas entrevistadas que os currículos acadêmicos não abrangeram a interdisciplinaridade. Desse modo, os resultados indicam a necessidade de que os currículos dos cursos de graduação sejam aperfeiçoados a fim de englobar práticas e conteúdos relacionados à interdisciplinaridade, assim como na perspectiva de formação de um olhar crítico sobre as políticas públicas de saúde mental.

Embora a interdisciplinaridade tenha sido reconhecida como um elemento importante na atuação nos CAPS, ela aparece de forma mais superficial, sem haver um aprofundamento teórico por parte dos profissionais quanto ao que se constitui na essência um trabalho interdisciplinar. A realidade encontrada reafirma a dificuldade dos profissionais de superar os modelos tradicionais individualizados de atuação. Nesse contexto, é possível refletir que as práticas exercidas pelos profissionais no atendimento às demandas que se apresentam nos CAPS poderiam ser ampliadas,

construindo-se novas práticas, que abarcassem ainda mais a potencialidade que um trabalho em conjunto pode oferecer.

Frente a tais constatações, é importante ponderar que o presente estudo encontrou limitações não tendo conseguido aprofundar conhecimento sobre as práticas interdisciplinares nos CAPS, tão pouco compreender como os profissionais constroem essas práticas, tal qual eram alguns objetivos inicialmente propostos. Isto demonstra que o tema em estudo é amplo e complexo, requerendo a realização de outras pesquisas que abarquem a extensão que o tema oportuniza.

No que se refere especificamente à atuação do psicólogo em equipe interdisciplinar, foi possível entender que o campo da saúde mental, sobretudo nos CAPS, forjou um espaço importante para mudanças de paradigmas no que concerne à prática profissional do psicólogo em suas vertentes tradicionais, que estavam circunscritas principalmente à atuação clínica, individualizada, em consultório. Nos CAPS encontrou-se um novo e importante lugar de atuação em meio à equipe interdisciplinar, onde é percebida a potencialidade que o trabalho conjunto e a interlocução dos saberes podem ter.

Diante disso, para os psicólogos que atuam nessas instituições, a prática profissional tem se construído com um sentido subjetivo de um trabalho dinâmico e diferenciado, sinalizando a construção de uma identidade profissional marcada por práticas diversificadas. Contudo, cabe notar que na presente pesquisa optou-se por não tratar de identidade profissional em específico, mas sim considerá-la no contexto da subjetividade social, a qual remete a representações, discursos, normativas e ideologias previstas para as atuações profissionais distintas. A concepção de configuração subjetiva individual e social permite vislumbrar a identidade profissional de forma mais complexa, onde estão implicados sujeitos intencionais e definidores de suas opções nos processos de suas diferentes atividades e experiências. Nesse sentido, interessa olhar mais esse processo do que a marca da identidade profissional. Daí a opção pela subjetividade que, entre outras dimensões psicossociais, contempla a identidade.

Há que se ressaltar também que apesar da legislação de saúde mental não exigir que os CAPS contenham o psicólogo na composição de suas equipes, deixando a cargo das gestões municipais a escolha de quais profissionais constituirão o quadro profissional desses serviços, os dados produzidos indicam a importância do psicólogo em meio à equipe multiprofissional dos CAPS, sendo a relevância deste profissional

ressaltada de forma unânime no discurso das entrevistadas. Os resultados deste trabalho são indicadores de que o engajamento dos psicólogos atuantes na atenção à saúde mental, especialmente nos CAPS, tem uma importante contribuição para com as outras áreas profissionais no conjunto de ações que constituem o trabalho nos CAPS.

Tais informações possibilitam ainda uma reflexão crítica sobre a formação acadêmica dos psicólogos, apontando a necessidade de que se tenha uma formação mais voltada para essa área de atuação a qual tem se constituído como um importante mercado de trabalho para estes profissionais, a fim de que a Psicologia se consolide como um campo de saber e profissão comprometidos com a saúde pública.

Os dados construídos sugerem também que apesar do movimento de luta antimanicomial e reforma psiquiátrica trazer mudanças na política pública de saúde mental, a subjetividade social que circunda os serviços de atenção à saúde mental parece ainda estar permeada por sentidos subjetivos que caracterizam práticas que vão na contramão do que a política propõe. Muitos aspectos que a reforma tentou superar se repetem nas mais variadas práticas empreendidas pelos serviços, os quais inclusive foram formados a partir desse movimento, como é o caso dos CAPS. A atuação nos CAPS possui, atualmente, práticas inovadoras convivendo com resquícios do velho modelo asilar. Exemplo disto são concepções de saúde mental pautadas em modelos biologizantes e algumas atuações médico-centradas e individualistas, que não consideram a presença e opinião da diversidade de profissionais que compõe as equipes CAPS.

Além disso, a falta de investimentos financeiros nos CAPS, os entraves políticos e a precarização das condições de trabalho revelam peculiaridades do cotidiano de trabalho que demonstram que a política de saúde mental ainda encontra muitos percalços para se solidificar. Isso também traz implicações nos processos de subjetivação dos profissionais que atuam na atenção psicossocial em saúde mental, à medida em que são fatores geradores de sentidos subjetivos e de sentimentos que têm sido marcados pelas faltas e frustrações diversas com o trabalho.

À luz da Teoria da Subjetividade, a compreensão da interdisciplinaridade no contexto dos CAPS se dá através da expressão de uma subjetividade social carregada de sentidos subjetivos e processos simbólicos diferenciados que tomam forma singular nesse contexto.

Na perspectiva da subjetividade social, os posicionamentos dos membros das equipes CAPS como agentes dos processos sociais da atuação interdisciplinar não têm valor em si mesmos, mas adquirem valor conforme a configuração subjetiva que esses posicionamentos produzem na dinâmica de trabalho. Todavia, tal qual afirmam González Rey e Martínez (2017, p. 83), “uma configuração subjetiva nunca é restrita às experiências específicas atuais dos indivíduos e grupos em uma área específica da vida”. Assim, as configurações subjetivas da equipe, dos profissionais que a compõem e das dinâmicas que se organizam enquanto atuam interdisciplinarmente são distintas para cada um e são fonte de sentidos subjetivos diversos, os quais emergem nos diferentes níveis da relação interdisciplinar e são inseparáveis das experiências vividas por esses profissionais em outras esferas da vida, assim como da configuração subjetiva social da equipe profissional que atua em CAPS.

Portanto, não se pode esperar uma racionalidade dos profissionais ou da equipe orientada apenas pelos acontecimentos das experiências presentes. “Nos termos da teoria da subjetividade, a experiência presente é um ponto de encontro, colisão e contradição dos mundos vividos pelos seus protagonistas, que aparecem nas configurações subjetivas singulares em que essa experiência presente é vivida” (GONZÁLEZ REY & MARTÍNEZ, 2017, p. 84). Isso porquê a compreensão da subjetividade está para além das determinações imediatas das atividades práticas e das relações das pessoas que acontecem nesse espaço social que são os CAPS.

Isto posto, é possível concluir que a forma como os serviços de atenção à saúde mental se organiza naquele município estudado reflete a reprodução de uma ordem social, subjetivada coletivamente, que não tem encontrado momentos de tensão que possam levar a uma mudança. Constata-se a possibilidade e importância dos profissionais gerarem novos sentidos subjetivos e novos espaços de subjetivação no contexto normativo-institucional dos CAPS para enfrentarem os dilemas e desafios apresentados e, assim, efetivarem uma prática interdisciplinar voltada para a saúde mental.

Como se trata de um sistema em movimento, mais uma vez é possível ressaltar a importância de que sejam proporcionados aos profissionais, tanto as psicólogas como os demais integrantes das equipes multiprofissionais, espaços de reflexão, capazes de gerar novos sentidos subjetivos que possam transformar as configurações negativas existentes. Para tanto, na perspectiva epistemológica, teórica e metodológica aqui adotada, proporcionar espaços de diálogo com profissionais de

CAPS a respeito dessas temáticas permite a produção de sentidos subjetivos referentes não só ao conhecimento e vivência deles enquanto profissionais especializados e equipes de trabalho multiprofissionais, mas enquanto sujeitos ativos e criativos, capazes de ressignificar suas práticas profissionais para consolidarem e aprimorarem a proposta de uma política pública que trata do sofrimento humano.

Mostra-se assim, que a metodologia de estudo aqui adotada traz um importante dado, pois ao ter proporcionado um espaço dialógico para os profissionais, através da realização dos grupos focais, propiciou também um importante espaço de reflexão, em que os profissionais puderam se posicionar criticamente, enquanto sujeitos ativos. Isso possibilita pensar que na vivência laboral destes profissionais que participaram do presente estudo há uma carência de espaços de subjetivação como estes, em que os profissionais possam se posicionar crítica e responsavelmente enquanto sujeitos ativos, implicados com o processo de trabalho. Espaços que sejam geradores de novos sentidos subjetivos, como alternativas às experiências vividas cotidianamente, que impliquem em um posicionamento crítico, assumindo seu compromisso social com a atividade que desempenham, o que pode ter implicações simultâneas para a política pública de saúde mental.

Entende-se que esses espaços dialógicos e de relação propiciem que os profissionais saiam de uma condição de alienação, em que só reproduzem um trabalho coletivizado, e passem a uma condição de apropriação da técnica e saber que possuem, para uma recriação de suas atividades ao se tornarem sujeitos de sua experiência profissional, com capacidade de subverter a ordem, com ações realizadas efetivamente em equipe e geradoras de mudanças.

Assim, mesmo que o estudo tenha exposto precariedades e fragilidades dos serviços e das relações de poder, ele traz dados importantes no que concerne às possibilidades de se criar alternativas capazes de abrir novos caminhos de subjetivação no curso das experiências vividas no contexto do trabalho interdisciplinar nos CAPS.

Os resultados deste trabalho podem ser indicadores de que as transformações que se desejam produzir na atenção psicossocial em saúde mental dependem do engajamento conjunto de todos os profissionais que atuam nesse campo. O compromisso social com uma proposta de trabalho interdisciplinar na atenção psicossocial em saúde mental envolve todas as categorias profissionais, assim como as instituições formadoras acadêmicas, além das instâncias de governo.

Por fim, é necessário entender que os dados produzidos ao longo do processo de investigação poderiam gerar diversos desdobramentos, originando formas diferentes de inteligibilidade. Assim, os resultados aqui apresentados não representam uma visão estanque e cristalizada da realidade, mas fazem parte de um processo subjetivo de construção da pesquisadora e representam reflexões sobre o social e o individual na experiência do trabalho interdisciplinar nos CAPS.



## REFERÊNCIAS

ABUHAB, D. SANTOS, A. B. A. P., MESSENERG, C. B., FONSECA, R. M. G. S. & ARANHA E SILVA, A. L.. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.26, n. 3, p. 369-80, dez. 2005.

ALMEIDA, V. **Disciplinaridade, multi, pluri, inter, transdisciplinaridade**. Vídeo aula publicada em 07 de março de 2015. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=mC0zQHG-u88&t=1s>>. Acesso em: 22 de junho de 2017.

ALVES, H. M. C., DOURADO, L. B. R. & CÔRTEZ, V. N. Q. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n. 10, p. 2965-2975, 2013.

AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 34-41, jan-abr. 2009.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 3ª edição revista e ampliada, 2011.

ATHAYDE, V. & HENNINGTON, E. A. A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 983 – 10001, 2012.

BACKES, D. S., COLOMÉ, J. S., ERDMANN, R. H. & LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.

BICHAFF, R. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

BOCK, A. M. B. A psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. Im: BOCK, A. M. B., GONÇALVES, M. G. M. & FURTADO, O. (orgs.). **Psicologia sócio-Histórica (uma perspectiva crítica em psicologia)**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 15-35.

BRASIL. Ministério da Saúde Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Presidência da República**, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2011/l12016.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2011/l12016.htm)>. Acesso em: 09 de setembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf)>. Acesso em 09 de setembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> Acesso em 09 de setembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CANTELE, J. **Novos olhares em tono da prática psicológica**: o ponto de vista de profissionais que compõem as equipes multiprofissionais dos Centros de Atenção Psicossocial. 133f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2013.

CANTELE, J., ARPINI, D. M. & ROSO, A. A psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. **Psicologia, Ciência & Profissão**, v.32, n.4, p. 910-925, 2012.

CARLOS, J. G. **Interdisciplinaridade no Ensino Médio**: desafios e potencialidades. 172f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Ensino de Ciências) - Decanato de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2007.

CARDOSO, J. P., VILELA, A. B. A., SOUZA, N. R., VASCONCELOS, C. C. O. & CARICCHIO, G. M. N. Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 20, n. 4, p. 252-258, 2007.

CARPES, A. D., SANTOS, B. Z., MORAIS, C. B., BACKES, D. S., MARTINS, J. S. & KRAUSE, L. M. F. A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v.13, n.2, p.145-151, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 dez. 1012. Disponível em : <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 de setembro de 2015.

DIMENSTEIN, M. & MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 32, num. esp., p. 232-245, 2012.

FIGUEIREDO, V. V. & RODRIGUES, M. M. P. Atuação do psicólogo nos CAPS do estado do Espírito Santo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.9, n.2, p.173-181, mai/ago, 2004.

FORTES, C. C. Interdisciplinaridade: origem, conceito e valor. **Revista acadêmica Senac on-line**. 6a ed. setembro-novembro, 2009. Disponível em: <[http://www.pos.ajes.edu.br/arquivos/referencial\\_20120517101727.pdf](http://www.pos.ajes.edu.br/arquivos/referencial_20120517101727.pdf)> Acesso em 30 de junho de 2017.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Epistemologia cualitativa y subjetividad**. São Paulo: Educ, 1997.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa em psicologia - Caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

GONZÁLEZ REY, F. L. **O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GONZÁLEZ REY, F. L. As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. **Psicologia da Educação**. São Paulo, v.24, p. 155-179, 1º sem. 2007a.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Psicoterapia, Subjetividade e Pós-Modernidade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo, Thomson Learning, 2007b.

GONZÁLEZ REY, F. L. As configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 30, n. 2, p. 328-345, 2010.

GONZÁLEZ REY, F. L. & MARTÍNEZ, A. M. Subjetividade: teoria, epistemologia e método. Campinas, SP, Alínea Editora, 2017.

GOULART, M. S. B. & DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**. v. 22, n. 1, p. 112-120, 2010.

GUARESCHI, N. M. F., DHEIN, G., REIS, C., MACHRY, D. S. & BENNEMANN, T. A psicologia e a formação do profissional da saúde para o SUS: um estudo a partir dos currículos de cursos de psicologia do Rio Grande do Sul. In: GUARESCHI, N. M. F., SCISLESKI, A., REIS, C., DHEIN, G. & AZAMBUJA, M. A. (Orgs.) **Psicologia, Formação, Políticas e Produção em Saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

JORGE, M. S. B., SALES, F. D. A., PINTO, A. G. A. & SAMPAIO, J. J. C. Interdisciplinaridade no processo de trabalho em centro de atenção psicossocial. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 23, n. 3, p. 221-230, jul./set. 2010.

JUNS, A. G. & LANCMAN, S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. v. 22, n. 1, p. 27-35, jan./abr. 2011.

LANE, S. T. M. A Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs.). **Psicologia Social - o homem em movimento**. 8ª edição. São Paulo: Basiliense, 1989. p. 10-19.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & TANAKA, O. Y. (Orgs.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2016.

LIMA, I. C. S; LIMA, S. B. A. & MARQUES, A. D. B. Desafios e avanços do processo de gestão de um centro de atenção psicossocial de um município do interior do nordeste brasileiro. **Revista Online de Pesquisa – Cuidado é Fundamental**. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. v. 9, n. 2, p. 408-415, abr/jun., 2017.

LOPES, B. E. M. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. **Revista Educação e Políticas em Debate**. v. 3, n. 2, p. 482-492, ago./dez. 2014. Resenha.

MACEDO, J. P. & DIMENSTEIN, M. efeitos do saber-fazer de psicólogos na Saúde Mental do Piauí. **Fractal: Revista de Psicologia**. V.28, n.1, p. 37-45, jan./abr. 2016.

MARTINS, L. M. Introdução aos fundamentos epistemológicos da psicologia sócio-histórica. In: MARTINS, L. M. (Org.) **Sociedade, Educação e Subjetividade: reflexões temáticas à luz da psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cultura Acadêmica, Unesp. 2008. p. 33-60.

MARX, K. & ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MEIRELLES, M. C. P., KANTORSKI, L. P. & HYPOLITO, A. M. Reflexões sobre a interdisciplinaridade no processo de trabalho de centros de atenção psicossocial. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**. v. 1, n. 2, p. 282-289, mai./ago. 2011.

MILHOMEM, M. A. G. C. & OLIVEIRA, A. G. B. O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial - CAPS. **Cogitare Enfermagem**. v. 12, n. 1, p. 101-108, jan./mar. 2007.

MINAYO, C. S. (org.), DESLANDES, S. F. & GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 29ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Transtornos mentais atingem 23 milhões de pessoas no Brasil**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2010/06/transtornos-mentais-atingem-23-milhoes-de-pessoas-no-brasil>>. Acesso em: 06 de setembro de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Saúde mental na infância e adolescência**. [Apostila do módulo 2 do curso de capacitação em saúde mental na infância e adolescência]. Política nacional de saúde mental infanto-juvenil. Escolas promotoras de saúde. Florianópolis: Ministério da Saúde, 2014.

MORETTO, C. C. & TERZIS, A. Experiências de uma equipe interdisciplinar de saúde mental. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**. v. 13, n. 2, p. 68-76, 2012.

MORI, V. & GONZÁLEZ REY, F. L. Reflexões sobre o social e o individual na experiência do câncer. **Psicologia & Sociedade**. v. 23, n. spe, p. 99-108, 2011.

ROQUETE, F. F., AMORIM, M. M. A., BARBOSA, S. P., SOUZA, D. C, M. & CARVALHO, D. V. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v. 2, n. 3, p. 463-474, set./dez. 2012.

ROSA, C. M. & VILHENA, J. Do manicômio ao CAPS da contenção (im)pediosa à responsabilização. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n.37, p. 154-176, jul./dez. 2012.

RIOS, C. F. M. **O trabalho como atividade principal na vida adulta**: contribuições ao estudo da periodização do desenvolvimento psíquico humano sob o enfoque da psicologia histórico-cultural. 138f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

SAMPIERI, R. H., COLLADO, C. F. & LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5ªed . Porto Alegre: Penso, 2013.

SCHNEIDER, J. F., CAMATTA, M. W. & NASI, C. O trabalho em um centro de atenção psicossocial: uma análise em Alfred Schütz. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 28, n. 4, p.520-526, dez. 2007.

SIDRIM, M. I. C. **As representações sociais da reabilitação psicossocial: um estudo sobre os CAPS**. Curitiba: Juruá, 2010.

SILVA, G. A. Psicologia e interdisciplinaridade: novas propostas de formação profissional e engajamento nas políticas públicas. **Revista Interciente**, v.02, p. 41-58, 2015. Disponível em: <<http://publicacoes.ufabc.edu.br/interciente/wp-content/uploads/2015/01/Artigo-Interciente-Gabriela-Andrade-da-Silva.pdf>>. Acesso em: 05 de junho de 2017.

SILVA, J. C. B. & OLIVEIRA FILHO, P. Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de centros de atenção psicossocial. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 4, p. 609-617, out./dez. 2013.

SOUZA, A. C. S. & RIBEIRO, M. C. A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores. **Cadernos de Terapia Ocupacional**. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 91-98, 2013.

SPINK, M. J. P. **Psicologia Social e Saúde - Práticas, saberes e sentidos**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

TARDIVO, L. C., SALLES, R. J. & GABRIEL FILHO, L. Uma proposta de formação do psicólogo em saúde mental – Ensino, pesquisa e intervenção. **Educação, Sociedade & Culturas**, São Paulo, n. 39, p. 79-99, 2013.

TAVARES, D. E. Ciência - conceitos e saberes. **Interdisciplinaridade - Revista do Grupo de Estudos e Pesquisa em Interdisciplinaridade**. Edição especial, p. 61-64, nov. 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/interdisciplinaridade/article/view/25477/18160>. Acesso em: 30 de junho de 2017.

VASCONCELLOS, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p.1-16, 2010. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38712>. Acesso em 29 de maio de 2016.

VILELA, E. M. & MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p. 525-531, jul/ago. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **People with mental disabilities cannot be forgotten**. Disponível em: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental\\_disabilities\\_20100916/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/en/). Acesso em 06 de setembro de 2015.

ZANELLA, A. V. Atividade, significação e constituição do sujeito: considerações à luz da psicologia histórico-cultural. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.9, n.1, p.127-153, 2004.

ZURBA, M. C. Contribuições da psicologia social para o psicólogo na saúde coletiva. **Psicologia & Sociedade**, ABRAPSO, v.23, n. spe, p. 5-11, 2011.

## APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Rosiane Magalhães de Oliveira, Psicóloga – CRP 08/11433, aluna do Mestrado em Psicologia e Profa. Dra. Norma da Luz Ferrarini, professora orientadora, da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional de nível superior dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSi, CAPSad e CAPStm), a participar de um estudo intitulado **Interdisciplinaridade e atenção à saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – produção de sentidos e subjetividades**. Esta pesquisa se faz relevante ao viabilizar o intercâmbio intelectual em torno da temática da interdisciplinaridade e da proposta de cuidado em saúde mental no modelo psicossocial, considerando a centralidade dos CAPS na atual política de saúde mental.

- a) O objetivo principal desta pesquisa é investigar qual o sentido da interdisciplinaridade no cuidado em saúde mental, procurando identificar como o trabalho interdisciplinar tem sido construído pelos profissionais que atuam nos CAPS.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista individual e/ou de uma roda de diálogo (em grupo, com os demais profissionais dos CAPS) a respeito do tema “a interdisciplinaridade na atenção à saúde mental”.
- c) A entrevista e os grupos serão realizados no próprio CAPS, preferencialmente em horário de trabalho. A entrevista será composta de perguntas abertas, orientadas ao tema. As atividades do grupo focal acontecerão em 3 encontros, de aproximadamente uma hora e meia cada. Quaisquer informações prestadas serão registradas na forma escrita, num diário de pesquisa. Em qualquer momento você poderá se recusar a responder ou interromper o processo, sem necessidade de justificativa.
- d) Neste tipo de pesquisa não há qualquer desconforto ou risco físico. Se eventualmente houver qualquer constrangimento, desconforto emocional, mal-estar ou desordem psicológica suscitada pelo processo de pesquisa, você terá a garantia de receber, se assim desejar, apoio psicológico pelas pesquisadoras responsáveis nas dependências do Centro de Assessoria e Pesquisa em Psicologia e Educação da Universidade Federal do Paraná (CEAPPE-UFPR).
- e) Os benefícios esperados desta pesquisa são: proporcionar reflexões acerca

das práticas interdisciplinares exercidas nos CAPS e a partir disso contribuir para o aprimoramento do cuidado a pessoa em sofrimento psíquico, assim como melhora nos processos relacionais entre os diferentes profissionais que atuam nos CAPS. Além disso o resultado da pesquisa contribuirá para o avanço do conhecimento científico a respeito da interdisciplinaridade na atenção psicossocial.

- f) Este estudo tem como pesquisadora responsável a psicóloga Rosiane Magalhães de Oliveira (CRP 08/11433), mestranda em psicologia pela Universidade Federal do Paraná, sob orientação da Profa. Dra. Norma da Luz Ferrarini, docente da UFPR, que poderão ser contatadas no endereço Praça Santos Andrade, 50, sala 216, telefone 3310-2244, das 9h às 17h, de segunda a sexta-feira, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações adicionais que considere necessárias, antes, durante, ou depois de encerrado o estudo. Também poderão ser contatadas através do celular (41) 9936-1656 ou do e-mail rozziane@yahoo.com.br.
- g) A sua participação neste estudo é totalmente voluntária, portanto não haverá qualquer tipo de remuneração ou compensação financeira. Se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo permanecerão confidenciais, respeitando o caráter sigiloso dos dados. No entanto, se qualquer informação for divulgada em apresentação ou publicação científica, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código. Não haverá divulgação do nome ou qualquer característica que possa identificar os autores das ideias citadas na pesquisa. Até a fase de publicação desse material você poderá declinar de sua participação na amostra, bastando para isso entrar em contato com as pesquisadoras.
- i) O material obtido – relatos de entrevistas, questionários, imagens e vídeos – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído ao término do estudo, dentro de 5 anos.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.



- k) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo e os tratamentos alternativos. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item d.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante de Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

## APÊNDICE 2 - PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

### Caracterização do Perfil Profissional - Dados Sociodemográficos

Nome: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

—

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo atua em CAPS: \_\_\_\_\_

Experiências prévias de trabalho: \_\_\_\_\_

Já atuou em outro serviço de saúde mental? Qual? \_\_\_\_\_

Tempo de experiência em saúde mental: \_\_\_\_\_

Porque escolheu trabalhar no CAPS? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 3 - COMPLEMENTO DE FRASES

### Complemento de Frases

**Instruções:** Este exercício chama-se complemento de frases e visa construir associações livres de ideias. Nele existem fragmentos de frases e um espaço em branco para que você complete de forma livre. Não há respostas certas ou erradas, o importante é que você seja espontâneo. Use o tempo que achar necessário e se precisar de mais espaço continue a resposta no verso da folha, mas lembrando sempre de enumerar de acordo com a frase que está se referindo.

1. CAPS é o lugar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Saúde Mental \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Interdisciplinaridade é \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Tenho como prática interdisciplinar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. O que caracteriza minha atuação profissional \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Minha prática profissional tem de singular \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Efetivam a interdisciplinaridade práticas como \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Como práticas interdisciplinares diárias temos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. O cuidado em saúde mental é produzido \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. A relação entre a formação acadêmica e a capacitação para a prática interdisciplinar é \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. A integração interdisciplinar entre os profissionais se dá \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Meu papel na equipe multidisciplinar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Os diferentes saberes se integram quando \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. O objetivo do meu trabalho \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Outros profissionais contribuem com meu trabalho quando \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. No CAPS esperam que eu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Quando tenho dúvidas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. No CAPS infelizmente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. Eu prefiro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. Na interdisciplinaridade o maior problema \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. O mais importante no trabalho interdisciplinar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22. Se eu pudesse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Penso que os outros profissionais \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24. Olhar para o sofrimento psíquico entre diferentes profissionais \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. Ajudo outros profissionais \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

26. Faça o possível para \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

27. a articulação entre os saberes se dá \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

28. O que falta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

29. Soluções compartilhadas acontecem \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

30. Atuar em saúde mental exige \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

### Roteiro de Entrevista

1. Como é ser psicóloga (o) em um CAPS?
2. Quais são as suas atividades de trabalho no CAPS?
3. Como é atuar junto a diferentes profissionais?
4. Qual é a contribuição do trabalho do psicólogo no CAPS, no conjunto das atividades realizadas no serviço?
5. Qual é o objetivo e a especificidade do trabalho do psicólogo no CAPS?
6. Você considera que a formação em psicologia o capacitou para a prática interdisciplinar? Como?
7. O que é comum no trabalho do psicólogo e demais profissionais? E o que é específico?
8. Há interferência de outros profissionais no trabalho do psicólogo?
9. E do psicólogo no trabalho dos demais profissionais?
10. Quais as dificuldades que você percebe para trabalhar em equipe interdisciplinar?
11. E existem facilidades na atuação interdisciplinar?
12. De que forma você costuma tornar o seu saber acessível aos outros profissionais?
13. Como se expressa a identidade de sua prática profissional em meio ao trabalho interdisciplinar?
14. Qual é o seu papel na equipe interdisciplinar?
15. Que importância você reconhece em trabalhar numa equipe multidisciplinar?

**Observação:** Como é uma entrevista de caráter aberto e semi-estruturado, outras perguntas podem ser formuladas durante a entrevista, conforme se estabeleça o diálogo com o interlocutor.

## APÊNDICE 5 - MODELO DE SISTEMATIZAÇÃO DOS INDICADORES

**1º passo:** transcrição das informações para texto:

### TRECHO DE DIÁLOGO DO GRUPO FOCAL:

**Assistente Social:** E aí concordo assim, né, a questão das dificuldades que as meninas falaram, daí senti falta de ter colocado alguma coisa aqui, né?

**Pesquisadora:** Mas quer comentar? Eu ia justamente pedir pra você comentar isso que você falou que sentiu falta.

**Assistente Social:** Eu senti falta, quando você (olhando a enfermeira) começou a falar eu falei, puts! eu não coloquei nada.

**Psicóloga:** Eu também!

**Fisioterapeuta:** Eu também não!

**Pedagoga:** Eu também não!

**Enfermeira:** Eu já me senti angustiada que pensei: Puts! Dei um enfoque que não era pra dar! (risos).

**Assistente Social:** Não! Não! Acho que não! E assim, né, eu concordo plenamente com o que ela colocou.

**Pedagoga:** Eu também! (Fala ao mesmo tempo que a colega)

**Assistente Social:** Dessa questão de ter a precariedade, né, acho que a gente faz bastante coisa com pouco.

**Enfermeira:** Milagre! (fala sussurrando, rindo e apontando para a figura de um homem com asas, que estava no cartaz da psiquiatra).

**Assistente Social:** Hã?... Faz os milagres, né? ééé... tem essa questão da precariedade, tem essa questão da pressão, essa questão dos números, da comparação, né, por diversas vezes a gente foi comparado: Ah! porque o outro CAPS fez não sei quantos atendimentos em grupo!

**Psicóloga:** No nosso CAPS nunca chegou isso pra nós! Interessante né?

**Fisioterapeuta:** Pra nós também não!

**Psicóloga:** Nunca! Nunca, nunca.

**Enfermeira:** Nossa gente! Jure!

**Psicóloga:** Nunca!

**Fisioterapeuta:** Mas, assim, a comparação é com relação ao CAPS de vocês com os demais CAPS daqui?

**Pedagoga:** o quantitativo...

**Fisioterapeuta:** Gente! Não tem lógica na minha ideia!

**Assistente Social:** Na nossa também não!

**Fisioterapeuta:** Porque são trabalhos totalmente diferenciados.

**Psicóloga:** É... essa visão eu nunca.. nunca aconteceu pra nós assim...

**Psiquiatra:** É outra pegada, né?

**Psicóloga e Fisioterapeuta:** É outra!

**Fisioterapeuta:** É outro público!!! nós temos lá... ficam sempre querendo, não, tem que atingir... atingir não! não pode abaixar, não pode abaixar, não pode abaixar, não pode abaixar a quantidade de... de oficinas, e isso, isso e aquilo, mas... mas..

**Enfermeira:** Isso chegou a ser um terror pra nós.

**Psicóloga:** Nossa! Nunca passamos por isso!

**Psiquiatra:** Seja bem-vinda! (fala sarcasticamente, rindo).

**2º passo:** seleção de palavras e trechos de falas que indicam a forma de pensar, sentir e agir dos sujeitos, presença de emoções, contradições, recorrência, etc.

### CONSTRUÇÃO DE INDICADORES:

**Assistente Social:** E aí concordo assim, né, a questão das dificuldades que as meninas falaram, daí senti falta de ter colocado alguma coisa aqui, né?

**Pesquisadora:** Mas quer comentar? Eu ia justamente pedir pra você comentar isso que você falou que sentiu falta.

**Assistente Social:** Eu senti falta, quando você (olhando a enfermeira) começou a falar eu falei, puts! eu não coloquei nada.

**Psicóloga:** Eu também!

**Fisioterapeuta:** Eu também não!

**Pedagoga:** Eu também não!

**Enfermeira:** Eu já me senti angustiada que pensei: Puts! Dei um enfoque que não era pra dar! (risos).

**Assistente Social:** Não! Não! Acho que não! E assim, né, eu concordo plenamente com o que ela colocou.

**Pedagoga:** Eu também! (Fala ao mesmo tempo que a colega)

**Assistente Social:** Dessa questão de ter a precariedade, né, acho que a gente faz bastante coisa com pouco.

**Enfermeira:** Milagre! (fala sussurrando, rindo e apontando para a figura de um homem com asas, que estava no cartaz da psiquiatra).

**Assistente Social:** Hã?... Faz os milagres, né? ééé... tem essa questão da precariedade, tem essa questão da pressão, essa questão dos números, da comparação, né, por diversas vezes a gente foi comparada: Ah! porque o outro CAPS fez não sei quantos atendimentos em grupo!

**Psicóloga:** No nosso CAPS nunca chegou isso pra nós! Interessante né?

**Fisioterapeuta:** Pra nós também não!

**Psicóloga:** Nunca! Nunca, nunca.

**Enfermeira:** Nossa gente! Jure!

**Psicóloga:** Nunca!

**Fisioterapeuta:** Mas, assim, a comparação é com relação ao CAPS de vocês com os demais CAPS daqui?

**Pedagoga:** o quantitativo...

**Fisioterapeuta:** Gente! Não tem lógica na minha ideia!

**Assistente Social:** Na nossa também não!

**Fisioterapeuta:** Porque são trabalhos totalmente diferenciados.

**Psicóloga:** É... essa visão eu nunca.. nunca aconteceu pra nós assim...

**Psiquiatra:** É outra pegada, né?

**Psicóloga e Fisioterapeuta:** É outra!

**Fisioterapeuta:** É outro público!!! nós temos lá... ficam sempre querendo, não, tem que atingir... atingir não! não pode abaixar, não pode abaixar, não pode abaixar, não pode abaixar a quantidade de... de oficinas, e isso, isso e aquilo, mas... mas..

**Enfermeira:** Isso chegou a ser um terror pra nós.

**Psicóloga:** Nossa! Nunca passamos por isso!

**Psiquiatra:** Seja bem-vinda! (fala sarcasticamente, rindo).



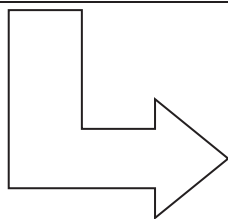
CONTRADIÇÕES  
EMOÇÕES



**3º passo:** articulação dos indicadores e construção dos núcleos de sentidos

**EXEMPLO:**

INDICADORES	SISTEMATIZAÇÃO DE INDICADORES	NÚCLEOS DE SENTIDOS
Dificuldades Precariedade Faz bastante com pouco Milagres	Falta de recursos	* Precarização do serviço público – necessidade de recursos humanos e materiais
Números Comparação Quantitativo	Forma de gestão	* Entraves da forma de gestão – a relação profissional gestão no processo de trabalho



Temas recorrentes também em outros momentos de diálogo e no uso dos diferentes instrumentos.

**4º passo:** formalização dos núcleos de sentidos subjetivos (após análise de todo o material e conforme recorrência durante os diferentes momentos da pesquisa)

**Precarização do serviço público – a necessidade de recursos humanos, materiais e educacionais como sentido**

**Entraves da forma de gestão – a relação profissional/gestão como geradora de sentido no processo de trabalho.**