

**Diretrizes da Saúde Mental: um olhar para a praxe profissional do psicólogo(a) em como lidar com os atravessamentos subjetivos dos pacientes que procuram acolhimento no CAPS**

**Mental Health Guidelines: a look at the professional practice of Psychologists in how to deal with the subjective difficulties of patients who search care at CAPS**

**Directrices de Salud Mental: una mirada a la práctica profesional de los Psicólogos en cómo afrontar las dificultades subjetivas de los pacientes que buscan atención en el CAPS**

Kelly Aparecida Santos Pimenta  
Letícia Lopes de Campos  
Maria Laura Campos Assis<sup>1</sup>  
Túlio Louchard Picinini Teixeira<sup>2</sup>

*O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) vem sendo uma estratégia do cuidado da saúde mental, funcionando como um substituto dos hospitais psiquiátricos e manicômios. A prática profissional dos(a) Psicólogos(as) vêm ampliando as discussões para o melhor atendimento do CAPS, às demandas subjetivas dos pacientes e trazendo uma escuta e tratamento humanizado dentro da ética profissional, tendo como consequência uma melhora nas políticas públicas de saúde mental para a população. Esse estudo busca compreender a modalidade de assistência à saúde mental que foi criada para oferecer um auxílio de portas abertas, no qual o paciente é o principal enquadre do tratamento, e o modo como o profissional da Psicologia promove e assume o papel nos atendimentos à população, realizando acompanhamentos clínicos e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, no fortalecimento dos laços familiares e comunitários.*

**Palavras-chave:** CAPS, Profissionais de Psicologia, Saúde Mental.

## **Introdução**

Por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem-se uma mudança na instrumentalização do modelo de assistência psiquiátrica. Que se refere a unidades de atendimento em saúde, organizado por uma equipe multidisciplinar que proporcionam aos seus usuários um programa de cuidados ativos. Uma recomendação do Ministério da Saúde (MS) para um atendimento específico a esses usuários. (BRASIL, 2004).

---

<sup>1</sup> Acadêmicas de Psicologia do Centro Universitário Una Bom Despacho. Bom Despacho – MG, Brasil.

<sup>2</sup> Professor Orientador do Centro Universitário Una Bom Despacho. Bom Despacho – MG, Brasil.

O trabalho tem como objetivo apresentar o funcionamento das relações institucionais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entendendo como é a atuação do psicólogo nessa instituição, com a estratégia de cuidar da saúde mental sendo utilizado no Brasil o dispositivo assistencial prioritário para a substituição dos manicômios, impondo o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da cidadania e inclusão dos doentes mentais.

Dar um atendimento diurno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com a função de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Em cada unidade desses serviços trabalham equipes compostas por profissionais de diversas áreas de formação, inclusive por psicólogos (FIGUEIREDO E RODRIGUES, 2004). No contexto nacional da assistência, à saúde mental esteve atrelada às reivindicações da Reforma Sanitária, buscando a construção do conjunto de políticas públicas que contribuísse para o atendimento à saúde da população (SALES; DIMENSTEIN, 2009).

Dessa forma, a política nacional de desinstitucionalização dos pacientes internados, propôs novos programas como a Residência Terapêutica, Programa Volta para Casa, Centro de Reabilitação, e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). As principais atividades do psicólogo dentro deste serviço são os acolhimentos, as triagens, a coordenação e a participação em oficinas, grupos terapêuticos e a realização dos atendimentos individuais, junto a arte, que vem sendo utilizada também como recurso para as novas terapêuticas implementadas e apropriadas do seu campo conceitual pelos profissionais de saúde mental ocorrendo ainda de forma elementar.

O desafio para os profissionais de saúde mental é superar essa histórica fragmentação do saber, partindo para a construção de tecnologias de cuidado que articulem a existência singular do sujeito ao meio (ambiente e social) no qual convive. Assim, este tema de estudo é de grande relevância no cenário atual da saúde mental, fazendo-se notório o serviço prestado no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, considerado um dos dispositivos de atenção à saúde o atendimento clínico em regime diário, evitando assim as internações de paciente.

A Psicologia busca compreender a complexidade biopsicossocial no âmbito do transtorno mental grave, e como se dão as ações intersetoriais para o processo de reabilitação psicossocial, abrangendo a saúde mental uma parte integrada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, contendo serviços integrados para a promoção e prevenção da saúde. O SUS foi a

conquista da luta da população brasileira através da Conferência Nacional de Saúde Instituída em 1988 (BRASIL, 2011).

A Constituição Federal de 1988 no art. 196 estabelece “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988). Nestes aspectos, a Psicologia usa os subsídios da Constituição Federal 1988, para promover e recuperar os processos psíquicos do paciente com transtorno mental grave.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2013, p. 82) “Ela exigiu e exige do sistema de saúde e das profissões nele inseridas, um processo longo e complexo de cuidados, orientados pela possibilidade da pessoa se apropriar do seu processo de saúde e doença”. Dessa forma a rede de saúde mental compõe-se por conjuntos de equipamentos e serviços para atendimento integral e humanizado.

Uma justificativa se deve a partir da formação desses profissionais serem pautadas historicamente e socialmente por condições voltadas para aspectos individualizados e com poucas discussões voltadas para aspectos sociais como predominante da condição humana. Durante essa prática será possível observar o desenvolvimento na execução das ações no CAPS, o trabalho será realizado de forma contextualizada tendo como base a realidade dos pacientes. A instituição tendo um espaço disponível para encontros de grupos, proporcionando a liberdade ao profissional em conquistas, ao longo do tempo.

## **Metodologia**

A abordagem qualitativa nesse estudo, através da revisão de literatura de artigos e estudos de casos, o intuito de investigar, compreender e apresentar os resultados do trabalho ético do profissional de psicologia utilizando da subjetividade dos pacientes do CAPS para a promoção de saúde mental, ou seja, pesquisa busca o campo (CAPS) observando e desenvolvendo os resultados a partir das perspectivas dos profissionais da psicologia que não estão inseridos na área da saúde mental tendo como enquadre a subjetividade e ética dos atendimentos oferecidos à população.

O estudo busca compreender a situação problema dos desafios encontrados e seus atravessamentos na prática e ética profissional desses profissionais dentro de um CAPS, buscando referências bibliográficas para revisão de literatura e estudos de casos dentro desse campo, considerando que o foco de interesse dessa pesquisa busca entender a realidade do campo na atualidade e os fenômenos dele recorrentes, procurando o aprendizado através da

revisão, com carácter de pesquisa não participante, utilizando as palavras-chave Psicólogos e CAPS os resultados foram encontrados na base de dados eletrônica Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

## **Análise e discussão dos resultados**

### ***A história da Reforma Psiquiátrica e as Políticas Públicas de Saúde Mental***

O modelo manicomial no Brasil representava a segregação do paciente no interior dos hospitais psiquiátricos dos espaços públicos e familiares, sendo marginalizados e tendo seus direitos infringidos. O Brasil foi o primeiro país da América Latina a inaugurar um grande manicômio, o Hospício Dom Pedro II em 1841 por influência do modelo francês, sendo primeiramente uma estrutura de carácter privado que funcionava como um anexo do Hospital da Santa Casa da Misericórdia na cidade Rio de Janeiro (BRASIL, 1841).

Até o Segundo Reinado, os indivíduos tidos como “loucos” eram mantidos em casa ou perambulando pelas ruas das cidades, lidos como sujeitos perigosos à ordem pública, e desde então tornou-se recorrente a ideia de um tratamento em locais isolados e o recolhimento dessa população dos centros das cidades para um confinamento, os sanatórios serviram como uma estrutura de encarceramento e contenção dos indivíduos que não estava dentro das normas dos padrões morais, sociais e econômicos da época, e ainda submetendo os pacientes aos maus tratos e situações precárias tanto no “tratamento”, o uso de eletrochoque e a lobotomia, por exemplo, quanto nas instalações e necessidades básicas de sobrevivência e assim tal situação perdurou até o século XX (BRASIL, 1841).

No final da década de 1970, em meio a ditadura militar que acontecia no Brasil, houve a primeira grande onda de denúncias da precariedade e degradação dos pacientes que se encontravam dentro dos hospitais psiquiátricos, feitas por profissionais que trabalhavam nos mesmos que participavam da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Em meio ao regime militar as consequências das denúncias ocasionaram a demissão em massa desses profissionais, que logo após fundaram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que abrangia não apenas os trabalhadores do movimento sanitário, mas também sindicalistas, familiares dos pacientes internados, que criticavam e denunciaram os modelos manicomialistas (OLIVEIRA, 2011).

Seguindo a Organização Mundial de Saúde (OMS), que apresentavam resoluções sob influência do modelo da Psiquiatria Democrática italiana e foi propulsora na Reforma Psiquiátrica, criou-se uma nova fundamentação para o que seria um tratamento adequado para

aqueles sujeitos que possuem condições mentais crônicas ou/e em crise. Sendo o psiquiatra Franco Basaglia a principal figura desenvolvedora das ideias, estudos e práticas, com o objetivo de construir novos dispositivos de atenção em saúde mental de base comunitária, que consistiam em um plano de tratamento de psiquiatria mais humanizado, diretrizes que promoviam a liberdade, a cidadania, autonomia dos pacientes, antagonizando a política de privatização de saúde mental e concentração do poder psiquiátrico e carcerização dos indivíduos com condições mentais crônicas condicionados em ambientes asilares de tratamentos intensivos, além da segregação dos pacientes em espaços comunitários, caracterizados pela degradação, falta de autonomia, marginalização e miséria em que os internados eram obrigados a viver (OLIVEIRA, 2011).

Na década seguinte, nos anos 80, o Brasil lutava nesse período pelo fim da ditadura militar, a ideia de democracia e os direitos constitucionais passaram a serem discutidos e assim impulsionou movimentos sociais, um deles sendo o MTSM que defendiam melhor condição de saúde para a população através do pensamento de direito universal à saúde. A Psicologia, como ciência e profissão desde década de 60, passou a participar de forma mais efetiva dos movimentos políticos e sociais, levantando discussões sobre os dispositivos manicomiais, e as questões de mudanças institucionais em diversas áreas sociais e políticas, por exemplo (AMARANTE, 1995).

O modelo Manicomial entra em ressonância nas políticas de saúde após a 8ª Conferência Nacional de Saúde no Brasil, em 1986, consolidando um marco teórico e político, que abrangeu novas discussões sobre o conceito de saúde, enquadrando outros aspectos além da saúde física, possibilitando no ano seguinte, 1987, a realização da Primeira Conferência em Saúde Mental. Esta, caracterizada como um desdobramento da Conferência Nacional, foi um marco histórico na Psiquiatria Brasileira e refletiu em toda a comunidade científica da área, visando o trabalho com a Saúde Mental frente às políticas de desenvolvimento do Governo Federal, ou seja, trazendo para o debate o discurso científico e o político para a elaboração de propostas de integração da saúde mental mediante a saúde pública, e contribuiu para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica que possui um viés de desmanicomialização (AMARANTE, 1995).

Dessa forma, a abolição das medidas de encarceramento de pacientes, minando o sistema de asilo no qual eram postos, e até mesmo a descentralização do poder psiquiátrico que não se limita apenas ao questionamento do papel do profissional, considerado possuidor de todo conhecimento produzido, mas, também, incluir no tratamento medidas como a liberdade e autenticidade, fazendo com que o paciente seja o principal foco de todo o processo

de saúde. Outro viés da Reforma Psiquiátrica, foi a busca da desmarginalização dos pacientes, baseada na luta pela igualdade de direitos e participação dessa população que apresenta condições mentais crônicas e/ou em crise na cidadania e como indivíduo autônomo, a fim de restaurar a assistência psiquiátrica e consolidar a saúde como uma política pública, um direito do cidadão brasileiro (AMARANTE, 1995).

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica apresenta o viés político, social e comunitário, conjugado com as políticas públicas que passaram a ganhar destaque nos debates democráticos após o fim da ditadura militar, principalmente para a aprovação da que seria a sétima Constituição Federal Brasileira, em 1988. No ano seguinte, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi apresentado como Projeto de Lei (PL 3110/1989) dissertando a ementa que o Estado seria o responsável para dispor as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde pública, visto que o período ditatorial foi caracterizado por um modelo econômico do capitalismo altamente concentrador de poder para uma minoria.

Sem diretrizes sociais desenvolvidas, o país se organizava de uma forma extremamente desigual, onde a população não possuía acesso à saúde pública. O Projeto de Lei do SUS também visava atribuir a organização e funcionalidade dos serviços dele decorrentes, ou seja, a designação de responsabilidade em rede Estatal, as ações e os serviços oferecidos para a população dispendo para os municípios, estados e o Governo Federal a responsabilidade da formulação de Políticas de Saúde congruentes à redução de desigualdade entre os segmentos populacionais, alegando que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2004).

Atribuindo a esse sistema o embasamento dos princípios de acesso universal, público e gratuito disponibilizando para a sociedade o cuidado individual como um todo amparado pela equidade e ética impulsionando o dever de atender igualmente o direito de cada cidadão, respeitando suas diferenças, descentralização dos recursos de saúde e disseminado para toda a população, a fim de garantir o cuidado de boa qualidade e recursos de tratamento e prevenção o mais próximo dos usuários que dele necessitam, acionando toda a rede política do controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde sendo pertinente a representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizadores da sociedade civil e instituições formadoras, instituindo o SUS pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990 que entrou em vigor no ordenamento jurídico brasileiro em 1990 (BRASIL, 2004).

As Conferências de Saúde Mental que ocorreram nos anos 1987, 1992 e 2001 contribuíram para a compreensão do termo “saúde” de forma ampla, e englobou-se a saúde física e mental. Cita-se que tais conferências, foram de extrema importância juntamente a

Reforma Psiquiátrica, coligada à reforma agrária e urbana, para uma melhoria de condição de vida da população brasileira, considerando a perspectiva de que fatores externos podem ser causas de adoecimento, e que os indivíduos produzem saberes a partir dos processos de subjetividades (BRASIL, 2005).

No âmbito da saúde pública, uma parcela significativa do cenário histórico e das experiências coletivas e individuais na sociedade gera sofrimento. Além disso, destaca-se a relevância de uma reforma tributária como meio de obter recursos financeiros mais eficazes para promover uma melhor qualidade de vida. Isso se justifica, pois a atual distribuição de verbas penaliza os municípios, centralizando uma parcela significativa dos recursos no âmbito federal, o que, por sua vez, diverge naturalmente dos interesses sociais. Assim, a proposta de descentralização desses recursos, favorecendo estruturas estaduais, municipais e comunitárias, é considerada funcional e benéfica. Essa abordagem visa aprimorar a capacidade de oferecer serviços e implementar ações em saúde pública com foco nas necessidades locais (BRASIL, 1990).

As políticas públicas são iniciativas que visam assegurar o compromisso do Estado com a população, conforme previsto na constituição. Essas ações garantem de forma inalienável o direito e a igualdade dos cidadãos ao acesso a serviços de assistência destinados a indivíduos que enfrentam situações de sofrimento em níveis mentais crônicos ou em crise. Para alcançar esse propósito, essas políticas buscam promover e articular uma rede integrada de operações, abrangendo ações voltadas para a promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde mental (LUNA, 2012).

Nesse cenário, uma das políticas públicas no âmbito da saúde mental foi efetivada por meio da aprovação da Lei 10.216, no dia 06 de abril de 2001, conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”. Esta garantiu o direito e a proteção os indivíduos acometidos de transtorno mental, que passaram a ser assegurados sem qualquer forma de descriminalização, tendo acesso ao tratamento gratuito pelo SUS, incorporando pelo Sistema Ações de Saúde Mental dirigidas às populações específicas de forma humanizada, acolhendo e zelando pelo bem-estar ao reconhecer os aspectos culturais, éticos e de gênero envolvidos no surgimento de um transtorno mental (BRASIL, 2001).

Integrando ações relacionadas à saúde, abrangendo tanto o aspecto físico quanto o mental, este programa oferece tratamentos em ambientes terapêuticos com o mínimo de invasividade possível. A abordagem é inclusiva, sem discriminação com base em raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, situação familiar, recursos econômicos, grau de gravidade e/ou tempo de evolução do transtorno. O principal

objetivo é buscar a reintegração dos indivíduos na comunidade, familiar, no ambiente de trabalho e na sociedade em geral. O programa organiza programas de reabilitação para aqueles que enfrentam transtornos mentais crônicos, priorizando a promoção da saúde e autonomia do sujeito. Este compromisso se estende mesmo em situações de internação parcial, mantendo ações contínuas de ressocialização (BRASIL, 2001).

Além disso, são garantidos a proteção e sigilo dos dados fornecidos, bem como resguardo contra qualquer forma de abuso e exploração. O programa também implementa suporte e cuidado terapêutico para familiares de portadores de transtornos mentais, ampliando o atendimento psicossocial para diversas regiões do país. Tudo isso visa promover a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que inclui a criação de Residências Terapêuticas e dispositivos de cuidado multiprofissional, como os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) e os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2001).

### ***A importância do RAPS mediante a uma prática de atuação e humanização dentro do CAPS***

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) integra o SUS, sendo composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III), estabelece, também, os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas (CAPS AD) (BENEVIDES, 2005).

Ademais, faz parte dessa política o programa de “De Volta Para Casa”, garantido pela Lei número 10.708/2003, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos que sofrem de alguma condição mental crônica a fim de promover a liberdade e direitos civis, estabelecendo o direito de moradia e convivência em sociedade favorecendo as relações de tratamento para além das unidades hospitalares (BENEVIDES, 2005).

Fazem parte da RAPS os equipamentos de Saúde que integram o SUS, nos variados níveis de complexidade, da atenção básica à alta complexidade, ampliando a concepção de cuidado, não centrando em apenas uma unidade, mas expandindo as ofertas de atenção ao apontar novos serviços espalhados pela área regional, distribuídos em sete componentes: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência,

Atenção Hospitalar, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2004).

A RAPS é uma rede de saúde temática, que envolve o cuidado, visando assegurar às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso nocivo de drogas, o acesso a um atendimento integral e humanizado, com foco no acolhimento, acompanhamento contínuo e vinculação à rede, além de garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade (BENEVIDES, 2005). Esse modo de organização e cuidado em saúde mental é fruto da atuação de movimentos sociais, como o Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, que se organizaram no processo de redemocratização brasileiro (BRASIL, 2004).

A rotina dentro desse dispositivo, o CAPS, oferece diferentes tipos de atividades terapêuticas. Esses recursos vão além do uso de consultas e de medicamentos, e caracterizam o que vem sendo denominado clínica ampliada. Essa ideia de clínica vem sendo reconstruída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais. O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial também tem revelado outras realidades, isto é, as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção (BRASIL, 2004).

Assim, é preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade (BRASIL, 2004). O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acolhimento, acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

O CAPS visa prestar atendimento em regime de atenção diária, gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado, promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, ao Programa de Saúde da Família (PSF), ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, também, regular a

porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área, bem como coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território e manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004).

Destaca-se, ainda, que a configuração e a organização dos serviços destinados às pessoas com transtornos mentais e suas famílias têm gradualmente adotado a lógica de democratização das instituições, estruturando-se em uma rede de apoio e oferta de serviços alinhada às diretrizes do SUS. A abordagem integral da atenção tem ocupado um espaço que anteriormente era dominado por intervenções fragmentadas. Dessa maneira, a implementação das RAPS tem promovido mudanças substanciais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS, indicando a necessidade de adotar novos modelos de atenção para condições agudas e crônicas. Alguns desses modelos, que já demonstraram sucesso em outros países, podem e devem ser adaptados à realidade do sistema de saúde público brasileiro (MENDES, 2011).

Para além da organização estrutural da rede de serviços, está a forma de acesso e a qualidade da assistência, principalmente quando se trata de saúde mental e suas demandas. Os avanços do SUS, observados e aqui relatados, provocaram a adoção de práticas em saúde mais humanizadas, pois conceitos teórico-filosóficos amparam e norteiam o sistema. Com isso, o que se espera é que seus profissionais operem as políticas públicas de saúde seguindo essa filosofia e aplicando-a em seu cotidiano. Sendo assim, as intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), a humanização na área da saúde remete à proposta ética, estética e política. Ética por implicar mudanças de atitude dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores de saúde, onde todos passam a ser corresponsáveis pela qualidade das ações e dos serviços prestados em saúde. Estética, por buscar abranger o sistema de produção de saúde de pessoas vistas subjetivamente como autônomas e protagonistas desse processo, e finalmente, política, por se tratar de uma organização social e institucional das práticas de atenção e gestão do SUS.

O processo de humanização deve ser orientado pelos seguintes valores: autonomia, responsabilidade, protagonismo dos sujeitos envolvidos, solidariedade entre os vínculos estabelecidos, respeito aos direitos dos usuários. A humanização do atendimento em saúde

subsídia o atendimento, a partir do amparo dos princípios predeterminados como: a integralidade da assistência, a equidade e o envolvimento do usuário, além de favorecer a criação de espaços que valorizem a dignidade do profissional e do paciente (CASATE; CORRÊA, 2005).

Dessa maneira, para que o cuidado eficiente e humanizado ocorra, o processo de comunicação torna-se um instrumento básico e fundamental, porém, acaba sendo frequentemente fonte de conflitos ou pouco valorizado nas interações (BENEVIDES, 2005). Esta rede constituiu-se em um desafio que remete a inúmeras reflexões sobre as possibilidades de construção de um processo singular e acolhedor. Devido ao antigo modelo de cuidado ao paciente com sofrimento psíquico, surge na intenção de que este paciente adoecido seja visto a partir de um outro paradigma, o da reabilitação psicossocial, entendida como uma ação ampliada, que considera a vida em seus diferentes âmbitos: pessoal, social ou familiar, objetivando, assim, a reinserção deste sujeito na sociedade.

### ***A rotina no CAPS e seus atravessamentos éticos***

Os CAPS são instituições voltadas para acolher pacientes com transtornos mentais, incentivando sua integração social e familiar. Estes centros apoiam as iniciativas dos pacientes em busca da autonomia, proporcionando atendimento médico e psicológico, com ênfase na integração a um ambiente social e cultural específico, delimitado como um "território". Este espaço na cidade representa o cenário cotidiano em que se desenvolverá a vida dos usuários e seus familiares, sendo uma estratégia central no processo de reforma psiquiátrica (BEZERRA, 2007).

Os CAPS desempenham um papel fundamental na articulação e construção de redes, cumprindo funções essenciais na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde. Trabalham em colaboração com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, instruindo a promoção da vida comunitária e autônoma dos usuários. Essa instrução ocorre em conjunto com outros recursos disponíveis em diferentes redes, como as sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, entre outras (BEZERRA, 2007).

Além disso, cita-se que o CAPS, ou Núcleo de Atenção Psicossocial se baseia em um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, sendo o lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros,

com a severidade e/ou persistência que justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

Com base nas diretrizes do SUS e na psicanálise do campo freudiano, foi fundamentada a ética da Clínica na Atenção Psicossocial como a ética do “cuidar-se”, sendo a base necessária para esta construção do protagonismo dos sujeitos do sofrimento e a produção do sentido necessário à superação do sofrimento. Impasses esses, que motivaram a procura de ajuda e a possibilidade do reposicionamento no “entre social” e no “entre sentido”, componentes da saúde sintonizados com a subjetividade demonstrada pela ética e exigida dos trabalhadores do campo a superação dos modos de produção da saúde, em sintonia com o Modo Capitalista de Produção e derivados dialéticos autoritários (BROUSSE, 2003).

A primeira observação mostra que ainda é rara a referência a concepções da ética que escapam à deontologia, isto é, que possa ir além da preocupação com o que se deve ou não fazer de acordo com o senso humanitário corrente ou com os códigos estabelecidos pelas disciplinas profissionais que atualmente trabalham no campo da Saúde. Não é difícil perceber que a ausência do sujeito nessa discussão sobre a ética é apenas a aparência da sua objetificação decorrente do paradigma disciplinar “sujeito-objeto” e do princípio médico “doença-cura”, que ainda são incontestavelmente dominantes, mesmo na práxis denominada Atenção Psicossocial. Duas vertentes de análise são destacadas: a das éticas disciplinares (sobretudo as chamadas éticas da psiquiatria) e a das éticas fundadas em concepções psicanalíticas do sujeito e seu sofrimento, incluindo uma tentativa importante de complementar criticamente as éticas da psiquiatria sob o enfoque da “ética do cuidado” (FERREIRA, 2000).

O sujeito que procura por tais locais, como agente principal, dono da demanda (sintoma e sofrimento) e do saber, seria a consequência do princípio fundado por Freud sobre o sofrimento psíquico: há um saber inconsciente em ação que se manifesta no não sabido sintomático, do qual apenas o indivíduo que sofre detém a chave. Pelos desdobramentos lacanianos da tese a respeito do saber dos sujeitos do sofrimento fica esclarecido que, antes de tudo, há saber inconsciente nas queixas psíquicas, embora se manifeste em forma invertida e possa ser ocultado pelos afetos (BROUSSE, 2003).

O intercessor psicoterapeuta pautado na ética da Atenção Psicossocial, parte do reconhecimento de que seu lugar é função do próprio campo de intercessão que o antecede e gera a eventual necessidade da sua presença, necessariamente transitória e de ação conjunta com outros analisadores presentes na situação. Diante a isso, é possível perceber, em síntese,

como operar-se a revolução que define a ética na clínica da Atenção Psicossocial, como a ética do desejo (BROUSSE, 2003).

É essencial reconhecer a especificidade desse conhecimento, que vai além da consciência e vontade, embora não se deva ignorar que estas também têm sua relevância, como conhecimento inconsciente. Nesse contexto, a posição do sujeito é determinada como protagonista, considerando tanto as condições de sua história sociocultural quanto de sua história subjetiva. Essa posição do sujeito, juntamente com a produção de sentido, atua como uma ruptura no instituído. O sujeito emerge como um significante no outro, conforme proposto por Lacan (1982) e citado no trabalho de Brousse (2003), ou seja, um sujeito enunciado que expressa significados concretizados em novos significantes, produzidos em sua própria intercessão significante.

Isso possibilita ao indivíduo reorganizar o sofrimento subjetivo e redefinir sua posição nos laços sociais que o permeiam, nos quais ele é um elemento ativo e influente. Apontada para a conclusão de que, não pode ser da alçada de um operador isolado e nem mesmo de um campo de ação isolado como o da Atenção ao sofrimento psíquico, a consolidação de uma ética que visa substituir radicalmente essas éticas, devem dessa forma, desarvorar a persistência e a tática da ação “micropolítica”, sendo as únicas saídas capazes de estar concretamente em sintonia com a reivindicação de uma ética do desejo que, de forma negativa se expresse no sentido presente nas diversas formas de sofrimento e queixas (BROUSSE, 2003).

Com esse objetivo, o CAPS oferece atendimentos à população da área de abrangência na realização de acompanhamentos clínicos e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, no fortalecimento dos laços familiares e comunitários, sendo assim um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BENEVIDES, 2005).

Também, visam prestar atendimento em regime de atenção diária, gerenciando projetos terapêuticos no oferecimento do cuidado clínico eficiente e personalizado, na promoção a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam a educação, o trabalho, o esporte, cultura e lazer, montando as estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas com a responsabilidade de organização das Redes de Serviços de Saúde Mental com o suporte e supervisão a Atenção a Saúde Mental na Rede Básica, PSF, PACS (BRASIL, 2004).

Contando com um espaço próprio e adequado, preparado para atender à sua demanda específica, os CAPS devem ser capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado,

contando com recursos físicos como atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias), salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório devendo ter a capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes. As práticas realizadas serão caracterizadas por um ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade e no bairro. Os projetos desse serviço serão potencializados com as ações, se preocupando com o sujeito e a sua singularidade, a sua história, a sua cultura e a vida cotidiana (BRASIL, 2010).

As pessoas atendidas, geralmente apresentam intenso sofrimento psíquico, desta forma sendo impossibilitadas de viver e realizar seus projetos de vida. Sendo preferencialmente as pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), crianças e adolescentes com transtornos mentais. Os usuários podem ter tido uma longa história de internações psiquiátricas, nunca terem sido internados ou já terem sido atendidos em outros serviços de saúde como ambulatório, hospital ou consultórios. O importante é que essas pessoas saibam que podem ser atendidas, e saibam o que são, e o que fazem os CAPS, priorizando aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, impossibilitadas de viver e realizar seus projetos de vida (ZARIFIAN, 2001).

Para que esses atendimentos sejam realizados diretamente pelo serviço, o indivíduo também pode ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família ou qualquer outro serviço de saúde disponível. Ele tem a opção de ir sozinho ou acompanhado, preferencialmente procurando atendimento na região onde reside. Ao chegar, é fundamental que o indivíduo seja acolhido e ouvido em relação ao seu sofrimento, sendo esse acolhimento realizado de maneiras diversas, conforme a organização específica do serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Destaca-se que, durante esse primeiro contato, é crucial compreender a situação de maneira abrangente e iniciar um vínculo terapêutico de confiança com os profissionais presentes. Nesse processo, estabelece-se um diagnóstico que, embora seja importante, não deve ser considerado o único nem o principal objetivo neste momento inicial de interação do usuário com o serviço. A partir disso, será construído uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário. Caso essa pessoa não queira ou não possa ser beneficiada com o trabalho oferecido, deverá ser encaminhada para outro serviço de saúde mais adequado para sua necessidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Se uma pessoa se encontra isolada, sem acesso aos serviços, há a possibilidade de receber atendimento de um profissional da equipe do CAPS em sua residência, em

coordenação com as equipes de saúde da família locais, a pedido de um familiar ou vizinho. Nesse contexto, é crucial procurar o profissional mais próximo da região onde a pessoa reside, facilitando o atendimento à população e a ativação matricial de outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se necessário. É essencial que todo o trabalho desenvolvido ocorra em um "meio terapêutico", incluindo tanto as sessões individuais ou em grupo quanto a convivência no serviço, visando alcançar um propósito terapêutico. Para atingir esse objetivo, é fundamental a construção contínua de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, englobando diversas modalidades de tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O Ministério da Saúde (2004) cita que ao iniciar o acompanhamento, é elaborado um projeto terapêutico em conjunto com o usuário. Geralmente, o profissional que inicialmente acolhe o usuário no serviço torna-se uma referência para ele. Embora possa continuar sendo o que denominamos de Terapeuta de Referência (TR), isso não é uma regra fixa. O estabelecimento de vínculo entre o usuário e o terapeuta é um elemento fundamental no processo de tratamento, sendo necessário levar em consideração a importância desse vínculo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade o monitoramento junto com o usuário, o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica. Cada usuário terá um projeto terapêutico individual, pautado em um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela, propondo atividades durante a permanência diária no serviço segundo suas necessidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS apresenta e colabora melhorando as possibilidades de relacionamento, porém a pessoa ainda necessitará de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento poderá ser domiciliar, caso seja necessário. Também é oferecido Atendimento Não-Intensivo, quando a pessoa não precisar de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendidos até três dias no mês, de forma a ser também um atendimento domiciliar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A ideia de clínica vem sendo (re)construída nas práticas de Atenção Psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais. O processo de construção dos serviços de Atenção Psicossocial também tem revelado outras realidades, isto é, as teorias e os modelos prontos de atendimentos irão se

tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas que é maior que a doença ou o transtorno (SALLES; BARROS, 2013).

Portanto, é necessário que ao definir atividades, como estratégias terapêuticas, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidades. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia sendo questionado e avaliado permanentemente aos rumos da clínica e do serviço. Dessa forma, os CAPS oferecem acolhimento diurno e quando possível e necessário, noturno, com um ambiente terapêutico e acolhedor que possam estar incluindo pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam naquele momento acompanhar as atividades organizadas da unidade (SALLES; BARROS, 2013).

O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos que são de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações, oferecendo diversos tipos de atividades terapêuticas, como a psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e familiares. Algumas dessas atividades são feitas em grupo, outras individuais, outras destinadas às famílias e também comunitárias (SALLES; BARROS, 2013).

O Ministério da Saúde (2004) destaca que são oferecidos, nos CAPS, diferentes modalidades de atendimento como: individual, familiar e comunitário. O atendimento individual ocorre com a prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação em grupo de oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal. Os atendimentos para as famílias nucleares e grupos de familiares, os atendimentos individualizados e as visitas domiciliares e as atividades de ensino e lazer com familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As atividades comunitárias seriam as atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, tendo como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Podem ser caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários, Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço. Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS, como um

lugar de convivência, sendo uma atividade preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem e avaliam propondo encaminhamentos para o serviço e discutem os problemas e as sugestões sobre as convivências, atividades e as organizações, ajudando nas melhorias dos atendimentos oferecidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Receber tratamento em um CAPS não implica que o usuário deva permanecer a maior parte do tempo nesse ambiente. As atividades desenvolvidas fora do serviço fazem parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial e podem ser iniciadas ou coordenadas na comunidade, no ambiente de trabalho e na vida social. Com o suporte de cuidados clínicos e programas de reabilitação psicossocial, os projetos terapêuticos devem ser incorporados à construção de ações de inserção social, respeitando as particularidades individuais e os princípios da cidadania para minimizar o estigma e promover o protagonismo de cada usuário em sua vida. Dentro de um CAPS, diversas atividades podem ser realizadas desde que tenham significado para promover as melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas e materiais, capazes de favorecer vínculos e interações humanas (BRASIL, 2009).

Nos CAPS, é comum a realização de tratamento medicamentoso por meio de medicamentos conhecidos como psicoativos ou psicofármacos. Além disso, o CAPS pode desempenhar o papel de central de regulação e distribuição de medicamentos em saúde mental na região, trabalhando em conjunto com as unidades de referência. Essa cooperação envolve a dispensação de medicamentos básicos e excepcionais, conforme determinado pela equipe gestora local. O serviço pode abranger receitas prescritas por médicos das equipes de Saúde da Família e da Rede de Atenção Ambulatorial na área de abrangência (BRASIL, 2011).

Em situações específicas, os CAPS também podem oferecer suporte aos pacientes internados em hospitais da região que necessitam continuar utilizando medicamentos excepcionais de alto custo em seus tratamentos. Além disso, cabe a esses serviços e à equipe gestora um esforço especial na capacitação e supervisão das equipes de saúde da família para garantir o acompanhamento adequado do uso de medicamentos e a realização de prescrições apropriadas, promovendo assim o uso racional dos medicamentos na rede básica (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, as oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS, tendo frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. São realizados vários tipos de atividades, podendo ser definidas através do interesse dos usuários e das possibilidades dos técnicos do serviço e

suas necessidades, tendo a maior integração social e familiar na manifestação de sentimentos e problemas, com o desenvolvimento de habilidades corporais na realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania (SALES; DIMENSTEIN, 2009).

De um modo geral, as oficinas terapêuticas podem ser oficinas expressivas: como espaços de expressão plástica pela pintura, argila e desenho; expressão corporal pela dança, ginástica e técnicas teatrais; expressão verbal pela poesia, contos, leitura e redação, peças teatrais e letras de músicas; expressão musical pelas atividades musicais, fotografia, teatro. As oficinas de alfabetização contribuem para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola, em que são exercitados pela escrita e leitura, recurso importante na (re)construção da cidadania (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

O principal objetivo seria a ampliação do diálogo entre dois importantes campos da saúde que parecem distantes um do outro, embora tratem de tantos temas comuns, os campos da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador, buscando também a ampliação do diálogo entre trabalhadores imprescindível para a coprodução de saberes sobre a relação entre trabalho e saúde (BRASIL, 2009).

Ramminger, & Brito (2011) citam em seu trabalho “Cada CAPS é um CAPS: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental” sobre a construção de uma linguagem em comum. Assim, para os autores, o maior desafio é construir uma língua em comum que possibilite o verdadeiro diálogo, saindo da prática recorrente dos "falsos diálogos", onde a palavra do outro só é ouvida na medida em que valoriza meu próprio discurso.

Sendo um serviço aberto e comunitário do SUS, que tende a acolher as pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias, com a função de organizar a demanda e a rede de saúde mental em seu território, supervisionando e capacitando os profissionais da rede básica e das unidades hospitalares, regulando a porta de entrada da rede de assistência e cadastrando os pacientes que utilizam medicação psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Desta forma, as finalidades terapêuticas estabelecidas em cada CAPS, exigem um esforço de formalização das experiências adquiridas. Não só para que as experiências exitosas possam ser adaptadas e repetidas, mas também para que novas experiências se desenvolvam a partir delas. É um erro pensar que a construção de normas com base nessas experiências (em

um sentido amplo, envolvendo modelos, regras, modos de operar etc.) possa "engessar" o serviço (RAMMINGER; BRITO, 2011).

Normas assim construídas, funcionam como suporte coletivo à atividade de trabalho, ao regradar e apoiar os comportamentos e decisões de cada trabalhador, contribuindo inclusive, com a preservação de sua saúde. Sendo assim, a busca de plasticidade do serviço e o incentivo à ação normativa dos trabalhadores não se opõem à necessidade dos mesmos contarem efetivamente com um patrimônio formalizado de saberes que sustentem suas atividades (RAMMINGER; BRITO, 2011).

### **Considerações Finais**

Frente ao exposto neste artigo, é preciso posicionar a postura do profissional de forma ética na direção de um trabalho onde as políticas públicas de saúde mental estejam em consonância com a luta e política antimanicomial, abandonando os valores morais e o senso comum, da forma como foram no passado, eram tidos onde o objetivo era a higienização da sociedade, excluindo e isolando o indivíduo que “não se encaixava nos padrões da normalidade social.”.

Em que “ser normal” era ser um sujeito que pudesse produzir riquezas, trabalhar incansavelmente, aceitar o lugar que foi destinado a sofrer, não reclamar e seguir as normas dos padrões sociais, se colocando no seu devido lugar de “empregado”. É possível se sensibilizar com toda esta crueldade, com todos crimes e homicídios culposos, com as frias estratégias de morte e de eliminação realizadas nesta época, percebendo o quanto as pessoas se aproveitaram daquele momento e enriqueceram de forma ilegal e desumana.

É necessário considerar, na atual realidade marcada pela política neoliberal do sistema capitalista, que as estratégias de política de morte podem se modificar. Deve-se estar atento às estratégias adotadas pela branquitude para a perpetuação do processo de colonização brasileira, especialmente evidenciado na área da saúde mental, com destaque para os hospitais psiquiátricos e manicômios.

Em todo caso, é relevante ressaltar que os fragmentos aqui analisados não esgotam a responsabilidade e a postura dos profissionais de psicologia e psiquiatria dentro do CAPS. O trabalho conduzido e orientado pela ética, fundamentado na filosofia de compreender o sujeito em sua subjetividade e questões mais íntimas, é crucial. Isso possibilita que o indivíduo compreenda seus processos e as questões que enfrenta, permitindo-lhe, de certa forma, "viver com a sua loucura". Ao analisar as experiências individuais do CAPS, deparamo-nos com a

singularidade de cada caso e história, observando como o paciente lida com o processo em questão a partir de uma consciência social e de classe que reconhece as individualidades e necessidades de cada grupo.

Torna-se impossível patologizar as pessoas e agrupá-las em categorias de doenças sem compreender verdadeiramente o que cada ser humano presente na frente do profissional vivencia em sua vida. Humanizá-los é fundamental. Assim, o intuito principal dessa prática integrativa para essa pesquisa e este tema, foi devido a criação e aprofundamento em conhecimentos da área de psicologia em saúde, sobre os processos cognitivos e psicossociais de uma população, utilizando como base o desenvolvimento dos acadêmicos de suas capacidades de observação e dos seus conhecimentos obtidos na teoria para serem vivenciados na prática, contribuindo desta forma e de maneira efetiva para o nosso crescimento pessoal e profissional.

Permitindo uma compreensão e exploração das práticas dos profissionais psicólogos que atuam nos CAPS, observa-se a importância significativa desse profissional nas equipes de saúde mental. É crucial compreender a atuação e o conhecimento prévio desses profissionais na instituição, bem como a sua boa receptividade, o que contribui para a eficácia do trabalho e a elaboração de relatórios, facilitando o processo de execução.

Por fim, nota-se como a Psicologia, em seu âmbito social e todas as suas vertentes, se revelará relevante para a vida acadêmica e profissional dos universitários do curso de Psicologia. O alcance do objetivo de uma futura prática se dá pela ampliação dos conhecimentos sobre a saúde mental da população e a atuação do profissional Psicólogo.

## Referências

Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11 (3), 491-494. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>.

Benevides, R. (2005). A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces?. *Psicologia & Sociedade*, 17 (2), 21-25. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/Jm75xgn6kkJ3Pp3ZxvbCsbw/?format=pdf&lang=pt>.

Bezerra, Jr. B. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis. Revista Saúde Coletiva*, 2(17), 243-50. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2007.v17n2/243-250>.

Brasil. (1841). *Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841*. Fundando um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados com a denominação de Hospício de Pedro II.

Coleção das leis do Império do Brasil, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-82-18-julho-1841-561222-publicacaooriginal-84711-pe.html>.

Brasil. (2002). *Portaria n. 336/GM*, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html).

Brasil. (2003). *Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003*. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.708.htm#:~:text=Institui%20o%20aux%C3%A9lio%20de%20reabilita%C3%A7%C3%A3o%20psicossocial,transtornos%20mentais%20egressos%20de%20internat%C3%B5es.](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm#:~:text=Institui%20o%20aux%C3%A9lio%20de%20reabilita%C3%A7%C3%A3o%20psicossocial,transtornos%20mentais%20egressos%20de%20internat%C3%B5es.)

Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/ol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria n. 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).

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf).

Brasil. (2005). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf).

Brousse, M. H. (2007). Em direção a uma nova clínica psicanalítica. *Latusa digital*, 30(4). Disponível em: <https://docplayer.com.br/76878023-Latusa-digital-ano-4-n-30-setembro-de-em-direcao-a-uma-nova-clinica-psicanalitica-marie-helene-brousse.html>.

Casate, J. C., & Corrêa, A. K. (2005). Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista latino-americana de Enfermagem*, 13(1), 105-111. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/4P9yYkX8xW4Z3vFB94b9yv/?format=pdf&lang=pt>.

Conselho Federal de Psicologia. (2009). Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. *Práticas profissionais dos (as) psicólogos (as) nos centros de atenção psicossocial*. Disponível em: [http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Livro\\_CAPS\\_Psicologo.pdf](http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Livro_CAPS_Psicologo.pdf).

Conselho Federal de Psicologia. (2013). Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. *Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial*. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-no-caps-centro-de-atencao-psicossocial/>.

Faita, D. (2005). *Análise dialógica da atividade profissional* Rio de Janeiro: Express.

Ferreira, A. P. (2000). *Ação e reflexão no campo dos cuidados. Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Figueiredo, V. V. de, & Rodrigues, M. M. P. (2004). Atuação do psicólogo nos CAPS do estado do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*. Disponível em: <vhttps://www.scielo.br/j/pcp/a/8TTdLjM9ycbZnvMRSZLdCjw/?lang=pt>.

Luna, A. C. V. (2012). Direitos sociais: controle jurisdicional de políticas públicas, limites e possibilidades. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-05082013-162741/publico/Dissertacao\\_INTEGRAL\\_AnaClaudiaVergaminiLuna.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-05082013-162741/publico/Dissertacao_INTEGRAL_AnaClaudiaVergaminiLuna.pdf).

Oliveira, D. A. (2011). Das políticas de governo à política de Estado: reflexões sobre a atual agenda educacional brasileira. *Educação & Sociedade*, 32, 323-337. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/hMQyS6LdCNDK8tHk8gL3Z6B/?format=pdf&lang=pt>.

Ramminger, T., & Brito, J. C. (2011). "Cada Caps é um Caps": Uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 23, 150-160. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400018>.

Sales, A. L. L. F., & Dimenstein, M. (2009). Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29 (4), 812-812. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000400012>.

Salles, M. M., & Barros, S. (2013). Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde em debate*, 37(97), 324-335. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hNyyHsFKnqKW7bq3Fz4sXgr/?format=pdf&lang=pt>.

Zarifian, P. (2001). *Objetivo competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas.

## Resumos

(Mental Health Guidelines: a look at the professional practice of Psychologists in how to deal with the subjective difficulties of patients who search care at CAPS)

*The Psychosocial Care Center (CAPS) has been a mental health care strategy, functioning as a replacement for psychiatric hospitals and mental hospitals. The professional practice of Psychologists has been expanding discussions for better CAPS care, meeting the subjective demands of patients and providing humanized listening and treatment within professional ethics, resulting in an improvement in public health policies. mental health for the population. This study seeks to understand the type of mental health care that was created to offer open-door assistance, in which the patient is the main focus of the treatment, and the*

*way in which the Psychology professional promotes and assumes the role in providing care to the population, carrying out clinical monitoring and social reintegration of users through access to work, leisure, exercise of civil rights, strengthening family and community ties.*

**Keywords:** CAPS; Mental health; Psychology professionals;

(Directrices de Salud Mental: una mirada a la práctica profesional de los Psicólogos en cómo afrontar las dificultades subjetivas de los pacientes que buscan atención en el CAPS)

*El Centro de Atención Psicosocial (CAPS) ha sido una estrategia de atención en salud mental, funcionando como reemplazo de los hospitales psiquiátricos y hospitales psiquiátricos. El ejercicio profesional de los Psicólogos viene ampliando los debates para una mejor atención del CAPS, atendiendo las demandas subjetivas de los pacientes y brindando una escucha y un trato humanizado dentro de la ética profesional, resultando en una mejora de las políticas públicas de salud mental de la población. Este estudio busca comprender el tipo de atención en salud mental que se creó para ofrecer atención a puertas abiertas, en la que el paciente es el foco principal del tratamiento, y la forma en que el profesional de la Psicología promueve y asume el rol en la atención a la población., realizando seguimiento clínico y reinserción social de los usuarios a través del acceso al trabajo, ocio, ejercicio de los derechos civiles, fortaleciendo los vínculos familiares y comunitarios.*

**Palabras clave:** CAPS; Profesionales de la Psicología; Salud mental;