06 | CAPÍTULO

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO SUS: O PAPEL DA PSICOLOGIA JUNTO A PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES E PERSISTENTES

Gustavo de Jesus Siqueira
Karolayne Ketlen B. Paiva
Leanny de Souza
Milla Karolini Ventura dos Santos
Paloma Fernandes Santana
UNIVERSIDADE PAULISTA DE BRASÍLIA · Instituto de Ciências Humanas · Curso de Psicologia
Brasília - DF · 2019

RESUMO

A esquizofrenia é considerada um tipo de transtorno mental grave e persistente, que acomete cerca de 1% da população mundial atualmente. Historicamente, as pessoas acometidas pela esquizofrenia no Brasil, eram vítimas de violação dos direitos humanos, isolamento social, baixa qualidade de vida, ou submetidas a tratamentos considerados desumanos diante da realidade atual. A Reforma Psiquiátrica e a implementação do SUS possibilitou a inserção do psicólogo no cuidado em saúde mental. O objetivo do presente estudo consiste em verificar como se dá a atuação do psicólogo junto ao paciente sob hipótese diagnóstica da esquizofrenia. Para isso, foi realizada uma pesquisa quantitativa e qualitativa com o uso de uma entrevista semiestruturada, com 10 psicólogos que atuam no SUS do Distrito Federal. A partir dos dados colhidos foi possível entender a atuação do psicólogo no SUS, essa é voltada para a compreensão do sujeito inserido em seu contexto biopsicossocial, retratando visões de cuidado para além dos diagnósticos apresentados.

Palavras-Chaves: Psicologia, SUS, saúde mental, esquizofrenia, reforma psiquiátrica, transtornos mentais graves e persistentes.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Transtornos mentais graves e persistentes

OS TRANSTORNOS MENTAIS são classificados em três grupos pelo Ministério da Saúde, sendo eles: transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de ál-

cool e outras drogas, composto por 6% da população, estimado em 11 milhões de pessoas; transtornos depressivos, ansiosos e alimentares, presumido em 12% da população, o que seria em média 22 milhões de pessoas; transtornos mentais graves e persistentes, ponderado em 3% da população, totalizando aproximadamente 5,5 milhões de pessoas. Dados estes referentes a população Brasileira (ANS, 2008).

Segundo a ANS (2008), o termo transtornos mentais graves e persistentes, têm sido utilizado para caracterizar uma série ampla e heterogênea de indivíduos que apresentam características e necessidades muito diferentes e singularizadas, como alucinações, delírios e discursos desconexos. Alguns rótulos estigmatizantes são utilizados nesses transtornos como "crônico" e "cronicidade", as quais estão associadas ao estado do transtorno, ao estágio do sofrimento psíquico, e ao grau de comprometimento. Essa condição reflete de forma direta nas relações interpessoais, habilidades sociais e até mesmo no diagnóstico psiquiátrico.

Os transtornos mentais graves e persistentes são compostos pelos transtornos psicóticos, não inclui apenas o transtorno esquizoafetivo e a esquizofrenia, envolve também psicoses atípicas e afetivas, que englobam comprometimento em várias esferas da vida de um sujeito. Um dos fatores mais preocupantes nessa condição, estão ligados às tentativas de autoextermínio e ao ato do suicídio, haja visto que o número de tentativas praticadas por indivíduos portadores de algum transtorno mental cresce a cada dia, como por exemplo, pessoas com depressão, esquizofrenia, entre outros estressores sociais (ANS, 2008).

Embora no Sistema Único de saúde(SUS) exista cuidado e atenção para todos os transtornos mentais graves e persistentes, será abordado nesta pesquisa, especificamente, a esquizofrenia que faz parte dessa classificação, principalmente pela alta incidência do transtorno na população brasileira, que segundo dados da Organização Mundial de Saúde, chega a totalizar cerca de mais de 2 milhões de casos no Brasil (MARI; LEITÃO, 2000).

1.2 Esquizofrenia

O histórico da esquizofrenia é constatado no final do século XIX a partir da descrição da demência precoce por Emil Kraepelin (1856-1926). Kraepelin foi quem estabeleceu uma classificação de transtornos mentais baseados no modelo médico, delineando a existência de doenças com etiologia, sintomatologia, curso e resultados comuns. Uma dessas entidades, ele chamou de demência precoce, pois começava no início da vida e quase invariavelmente levava a problemas psíquicos. Alguns dos sintomas característicos desse quadro, incluíam alucinações, esvazia-

mento afetivo, sintomas catatônicos, perturbações em atenção e em fluxo de pensamento. A etiologia era endógena, pois o transtorno surgia por causas internas (SILVA, 2006).

Breuler (1857-1939) criou o termo (esquizo = divisão, phrenia = mente) substituindo o termo demência precoce. Conceituou desse modo, para indicar a presença de uma cisma entre pensamentos, emoções e comportamentos nos pacientes afetados (SILVA, 2006).

Dentro do campo da saúde mental a esquizofrenia ganha atenção pela complexidade na qual se apresenta, que de acordo com o Louzã Neto (2010, n.p):

> *É uma doença mental crônica que se manifesta na adolescência ou início da idade adulta. Não se sabe quais são as causas da esquizofrenia. A hereditariedade tem uma importância relativa, sabe-se que parentes de primeiro grau de um esquizofrênico tem maiores chances de desenvolver a doença do que outras pessoas em geral. Por outro lado, não se sabe o modo de transmissão genética da esquizofrenia. Os principais sintomas são: delírios, alucinações, alterações do pensamento, alteração da afetividade e redução da motivação.*

De forma geral a esquizofrenia é considerada um transtorno mental crônico, com grupos e etiologias diversas, tendo variações em seus sintomas de acordo com cada indivíduo. Sua etiologia não está bem definida, tem como única certeza, que é uma doença multifatorial que envolve fatores genéticos e ambientais (RANGEL; SANTOS, 2013).

O diagnóstico da esquizofrenia é realizado a partir das manifestações apresentadas, não existindo nenhum exame específico que ateste a presença da doença (NETO, 2010). O quadro é caracterizado pelo DSM-V por apresentar ao menos dois dos sintomas por um período mínimo de um mês, sendo eles: delírios, alucinações, discursos desconexos, comportamentos desorganizados ou catatônicos (ABP, 2014).

A doença não se inicia com traços marcantes iguais aos encontrados em seu estágio intermediário, como por exemplo os sintomas catatônicos. Os primeiros sintomas geralmente aparecem mascarados de "esquisitices", o indivíduo começa a se isolar, a ficar desatento aos assuntos familiares, passa a adotar comportamentos considerados como incomuns pela sociedade, como por exemplo falar sozinho (ABP, 2014). Nem sempre o indivíduo irá perceber que os seus comportamentos sofreram alterações, sendo comum que a família note primeiro, e em muitos casos o indivíduo não tem controle sobre a sua forma de se comportar. Normalmente na fase inicial, é notável a presença de delírios, que podem aparecer em intervalos maiores de tempo (ABP, 2014).

O DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014) cita que, ao longo da vida a prevalência da esquizofrenia pode ser de 0,3 a 0,7%, sendo maior entre as pessoas do sexo masculino. Quando o indivíduo é diagnosticado com a doença, usa-se o código 295.90 seguido pelo CID F20 para fazer a identificação da esquizofrenia. Segundo o Data SUS (2008, n.p), o CID 10 afirma:

> *Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos.*

1.3 Reforma psiquiátrica e o tratamento da esquizofrenia

Apesar do espaço e voz que a saúde mental vem ganhando ao longo dos anos, sabe-se que nem sempre esse foi o cenário vivenciado no Brasil. Há alguns anos as pessoas que não eram consideradas sãs, não podiam conviver com os demais, logo eram excluídas, deixadas às margens da sociedade e internadas em manicômios, onde sofriam maus tratos e excesso de medicalização, os tratamentos que recebiam, eram nomeados por muitos como "desumanos" (BARROSO; SILVA, 2011). Em muitos casos, os "tratamentos" recebidos nos manicômios, contribuíam para uma piora significativa do paciente e cronificação da doença, já que o foco muitas vezes não era o cuidado e a recuperação do sujeito, e sim o isolamento, esses indivíduos eram dados como "casos perdidos" (BARROSO; SILVA, 2011).

A Reforma Psiquiátrica se consolidou por meio da Reforma Sanitária, que aconteceu nos anos 70, e reivindicavam transformações nos modelos de atenção e direção nas práticas de saúde, defendendo a saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, de forma a proporcionar aos trabalhadores e usuários dos serviços a participação no processo de gestão da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A princípio, o movimento da Reforma Sanitária era composto apenas por intelectuais e técnicos, no entanto, com o passar do tempo foi recebendo forças de lutas singulares que estavam presentes na sociedade. Um dos marcos desse movimento foi a 8º Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, no ano de 1986 (TRABUCO; SANTOS, 2015).

O capítulo da Constituição que se culminou adjunto a Conferência resultou em, na criação da Lei Orgânica de Saúde, a Lei 8.080, que também foi responsável pela efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), e determina a promoção, proteção e

restauração da saúde, com a organização e o funcionamento dos serviços equivalentes. Junto a esse movimento social, manifestaram-se alguns desdobramentos, dentre eles, as lutas pela qualidade dos serviços de saúde mental. Dessa forma, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), os quais começaram a questionar as políticas e modelos de assistência psiquiátrica que existiam na época (TRABUCO; SANTOS, 2015).

A partir do movimento desses trabalhadores conjuntamente com as denúncias e reivindicações, a ação foi ganhando força, sendo inspirada em influentes lideranças, como o psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980), que contribuiu para o fechamento dos hospitais psiquiátricos na Itália, e pela criação de serviços substitutivos na comunidade (TRABUCO; SANTOS, 2015). Dessa forma, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, foi o primeiro e principal protagonista para o aprimoramento do campo de saúde mental no Brasil, estabelecendo um registro para a área, sob o título de Reforma Psiquiátrica, que tinha como proposta, estratégias de desinstitucionalização das políticas públicas, mobilizando e formalizando a Reforma desde a década de 70 até os dias atuais (TRABUCO; SANTOS, 2015).

Ressalta-se que um dos maiores motivadores para iniciar o movimento que mais tarde ganharia o título de Reforma Psiquiátrica, foram as denúncias, não apenas daqueles que eram tidos como pacientes, mas também dos participantes do MTSM (AMARANTE; NUNES, 2018).

Entre os ganhos que a reforma psiquiátrica proporcionou ao campo da saúde mental, alguns envolvem o SUS, como por exemplo, o direito e a proteção às pessoas acometidas de transtorno mental, sem qualquer forma de discriminação. Essas pessoas podem receber tratamento especializado com assistência completa, incluindo serviços médicos, de assistência social e psicológico, garantindo também auxílio para reinserção social fora da instituição onde se esteve internado com assistência, acompanhamento e integração social. Em meio aos ganhos que se obteve, pode-se citar a criação dos centros de atenção psicossocial (CAPS), e dos centros de atenção psicossocial infantil (CAPSI), que são constituídos por equipes multiprofissionais compostas geralmente por assistente social, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e psicólogo, sendo esse último de suma importância no acompanhamento e tratamento da esquizofrenia, vale ressaltar que essa equipe é montada de acordo com a necessidade de cada região, podendo sofrer alterações em sua composição. Funcionam como redes de apoio para os tratamentos, a fim de promover melhorias no quadro da doença, bem como qualidade de vida (BARROSO; SILVA, 2011).

No que se refere ao tratamento da esquizofrenia, Zampiva e Santos (2013) descrevem que, o cuidado aos pacientes com transtornos mentais no Brasil permaneceu durante um longo período seguindo modelos manicomiais, baseado no isolamento e exclusão social, e sendo realizados a partir de trancafiamento em hospitais psiquiátricos, conjuntura que teve transformação após a Reforma Psiquiátrica iniciada na década de 70. Ainda existem muitos aspectos sociais que carecem dos efeitos da reforma, pois não são todos os municípios que possuem tratamentos eficazes disponíveis. Assim sendo, faltam ainda atendimentos baseados no cuidado integral, redes de apoio como o CAPS, psicólogos e outros profissionais devidamente preparados, o que faz com que vários municípios sigam adotando os modelos manicomiais como referência no tratamento para esses indivíduos. No entanto, essa demanda vem aos poucos ganhando lugar em debates, uma vez que se trata de uma doença com aspectos psicológicos e sociais, logo, necessitam de estratégias inovadoras para o tratamento. Com a implementação do SUS novas diretrizes foram formuladas para atender tal demanda, foi estabelecido a importância de profissionais capacitados de acordo com a necessidade e com a cooperação familiar junto ao tratamento do sujeito.

Nesse novo cenário, o sujeito sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia, segundo Zanini (2000), passa por tratamentos sistematizados como a psicoterapia e farmacologia, apresentados como importantes recursos terapêuticos para a reabilitação e recuperação do mesmo, oferecendo assim as contingências e suporte necessários, bem como informações sobre a doença e estratégias para lidar com ela. Diante disso, é restabelecido o contato com a realidade por meio de intervenção direta do terapeuta e até mesmo de outros pacientes quando a psicoterapia é em grupo. Nesse momento, o usuário torna-se capaz de reconhecer e diferenciar experiências reais das alucinações e delírios, identificando os fatores estressores e sabendo lidar com eles.

Zanini (2000), afirma que as novas práticas de trabalhos em saúde mental possibilitam que o sujeito compreenda as situações que vivencia, por meio de estratégias que visam a busca de alternativas para os problemas, junto ao planejamento de metas, trabalhando de forma complementar a independência, construindo conjuntamente com o sujeito um projeto terapêutico singular voltado ao resgate da autonomia e das habilidades. Dessa forma é dada ao paciente a possibilidade de generalização dos resultados adquiridos, e resultados positivos, como a melhora na qualidade de vida e na adaptação social, agindo em contraposição ao que o modelo manicomial propunha (ZANINI, 2000).

Segundo Zanini (2000), as terapias em grupo, por exemplo, abrem espaço para discussões acerca do tema e ampliam a visão restrita de um setting terapêutico, pois são compartilhados relatos de situações vivenciadas pelos pacientes, para que um possa ajudar o outro, compreendendo melhor a doença para que juntos possam elaborar metas e objetivos para o grupo. Esse momento proporciona aos participantes maior independência e autonomia, pois partilham experiências positivas e negativas, podendo assim vir a aumentar a autoestima, e diminuir o isolamento social.

1.4 Acolhimento nas práticas de produção de saúde mental no SUS

Acolher pode ser entendido como "dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender (FERREIRA, 1975, p. 27)". Portanto, a ideia central do acolhimento se direciona para uma atitude de aproximação, um "estar junto", "estar com", ou seja, uma primeira ação de inclusão. A partir disso é que se pode considerar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/ estética/ política da Política Nacional de Humanização do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Habitualmente a concepção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada por um lado como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável, e por outro lado, como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Os dois pontos de vista são importantes, porém, quando aplicados isoladamente nos serviços de saúde, se reduzem a uma ação pontual, isolada, e descomprometida com os procedimentos de responsabilização e produção de vínculo. Portanto, é necessário se atentar a essas colocações e entender o acolhimento simultaneamente como uma diretriz ética/ estética/política característica das formas de se produzir saúde e recursos tecnológicos de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A partir disso, pode-se considerar o acolhimento como o primeiro dispositivo que o sujeito entra em contato no serviço de saúde, mais especificamente ao que se refere a este estudo, no serviço de saúde mental. Baseado em toda essa análise, entende-se que o acolhimento não se caracteriza por um espaço ou local, mas sim por uma postura ética que não necessita de hora ou profissional específico para realizá-lo, implica em compartilhamento de saberes, angústias e invenções, absorvendo a responsabilidade de "abrigar e agasalhar" o outro em suas demandas, com uma escuta responsável, e resolutividade indicada pelo caso em questão. É

nesse ponto que o acolhimento se diferencia de uma triagem, pois este não pertence apenas a uma parte do processo, mas sim como uma continuidade de ações que ocorrem em vários momentos do serviço de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010, p. 19) para colocar o acolhimento em ação é necessário atentar-se ao que fazer, já que esse implica em:

- *protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;*
- *a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde;*
- *uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário;*
- *elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária que sejam responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalização por linhas de cuidado);*
- *mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode também garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população;*
- *uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos;*
- *uma construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.*

Dessa forma, o foco principal durante o acolhimento é o reconhecimento do protagonismo do sujeito, ou seja, incluí-lo como responsável não mais apenas pela doença, mas também pela "resolução" dessa. O momento do acolhimento funciona como parte estratégica de todo o processo, uma vez que é a partir dele que acontece o vínculo, e a passagem para as demais etapas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

1.5 Papel do psicólogo frente a esquizofrenia no SUS

De acordo com Neto (2010), a presença do psicólogo vem sendo cada vez mais frequente na saúde pública, haja visto o reconhecimento da importância da atuação desse profissional. Essa necessidade cresceu em conjunto com a reforma psiquiátrica. Entre os anos de 1976 a 1984, os empregos em psicologia na saúde cresceram cerca de 21,47%, outros dados mais atuais do ano de 2010, chegaram a

contabilizar 14.407 psicólogos atuando no SUS, o que é equivalente a 10% dos psicólogos registrados no Conselho Regional de Psicologia (NETO, 2010).

Dentro do cenário do SUS, pode-se citar o psicólogo como um dos profissionais que constituem a equipe interdisciplinar (NETO, 2010). A partir da reforma e com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), o SUS passou por diversas mudanças, entre elas a organização na forma de trabalho na saúde mental, passando a ser responsável pelo apoio às equipes de atenção básica. As transformações acabaram por gerar avanços significativos na atuação dos psicólogos, como a prática não somente direcionada para a área clínica, mas também com ações extra clínicas, como por exemplo, atividades realizadas no território focalizada na reinserção social do indivíduo (NETO, 2010).

É notório que o profissional de psicologia encontra diversos impasses em sua atuação frente a esquizofrenia no SUS, pois ainda existe uma visão social muito distorcida da atuação desses profissionais, como por exemplo a de que o psicólogo "só pode" atender em consultório. Tais concepções acabam dificultando o desenvolvimento do trabalho em equipe, bem como a forma que os psicólogos podem se colocar e manter suas posições no SUS. Esses profissionais também encontram impasses na estrutura física, que por vezes é precária, que não proporciona um espaço apropriado para as atividades que são desenvolvidas, o que pode interferir no desenvolvimento do tratamento dos portadores de esquizofrenia (CINTRA; BERNARDO, 2017).

A ausência de uma equipe multidisciplinar para acompanhar os pacientes e a falta de apoio dos familiares, são fatores que impactam o tratamento. Um dos pontos mais críticos que os psicólogos encontram, é a falta de conhecimento sobre a sua atuação por parte dos demais profissionais, o que pode resultar em uma interpretação errônea adotada por esses (CINTRA; BERNARDO, 2017).

A atuação do psicólogo no tratamento da esquizofrenia é de suma importância, haja visto que está ligada aos três pilares principais da saúde: o da prevenção, promoção e proteção. Esse profissional irá atuar com a finalidade de melhorar os sintomas, bem como na prevenção de possíveis recaídas, e com o objetivo de evitar a institucionalização (CINTRA; BERNARDO, 2017). Durante todo o tratamento, o psicólogo tem como foco a promoção da saúde, independente da sua atuação ser de forma preventiva ou remediativa. Em momentos de crise, esse profissional irá atuar de forma a tentar tranquilizar o paciente, e se necessário, trabalhará junto com o sujeito, para que este entenda a necessidade de uma possível internação no momento, ou seja, irá agir de forma a prevenir situações de risco. Mais do que isso, o psicólogo trabalha na autonomia do paciente para que este seja o mais funcional

possível respeitando a sua realidade. Vale esclarecer que esse tipo de trabalho não se limita ao portador da doença, é importante que se estenda a família, uma vez que essa tem papel fundamental durante todo o tratamento, podendo auxiliar para que se obtenha melhores resultados (CINTRA; BERNARDO, 2017).

Pinho (2013), relata um estudo realizado com as famílias de pacientes, a fim de ratificar a importância da atuação do psicólogo, não apenas junto aos pacientes, mas também a seus familiares: Nesse estudo, utilizou-se uma amostra composta por 20 familiares de pacientes esquizofrênicos, de ambos os sexos, com idades entre 18 e 69 anos, que faziam tratamento no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Foram divididos em dois grupos, A e B, e posteriormente foi aplicado o questionário de problemas familiares (FPQ). Ambos os grupos, apresentaram sobrecargas objetivas e subjetivas, ou seja, sobrecarga familiar elevada. O grupo A participou de intervenções psicoeducativas multifamiliares, e o B não sofreu nenhuma intervenção. Em seguida, houve a aplicação do FPQ novamente, com o intuito de avaliar a eficácia das intervenções nas emoções expressas e na sobrecarga familiar. Após a segunda aplicação, foi constatado no grupo A, a redução da sobrecarga familiar, diminuição do criticismo, bem como o aumento das atitudes positivas, já no grupo B, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Dessa forma, concluiu-se a eficácia da aplicação do programa psicoeducacional na promoção da saúde e bem-estar dos familiares e dos pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Verificar o papel do psicólogo no cuidado e acompanhamento do paciente esquizofrênico no SUS.

2.2 Objetivos específicos

1) Verificar dados sociodemográficos e acadêmicos dos psicólogos que atuam com saúde mental no SUS.
2) Compreender principais ferramentas de atuação dos psicólogos frente a esquizofrenia no SUS.
3) Verificar os locais de atuação dos psicólogos junto a paciente com diagnóstico de esquizofrenia.
4) Analisar os principais desafios da atuação do psicólogo que trabalha com esquizofrenia no SUS.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento

Para o seguinte trabalho foi realizada uma pesquisa de campo, onde incluiu o uso do método qualitativo e quantitativo (quali-quanti) para a coleta de dados e informações. Segundo Gunther (2006) o que contrapõe a pesquisa qualitativa da pesquisa quantitativa é o estudo de um determinado fenômeno no seu contexto natural versus estudá-lo no laboratório. Ainda segundo Gunther (2006, p. 203):

> *A primeira estratégia – da pesquisa qualitativa – implica em relativa falta de controle de variáveis estranhas ou, ainda, a constatação de que não existem variáveis interferentes e irrelevantes. Todas as variáveis do contexto são consideradas como importantes. Na segunda estratégia – da pesquisa quantitativa – tenta-se obter um controle máximo sobre o contexto, inclusive produzindo ambientes artificiais com o objetivo de reduzir ou eliminar a interferência de variáveis interferentes e irrelevantes. Entre as variáveis irrelevantes e potencialmente interferentes, incluem-se tanto atributos do pesquisador, por exemplo, seus valores, quanto variáveis contextuais ou atributos do objeto de estudo que "não interessam" naquele momento da pesquisa.*

3.2 Sujeito/amostra

Para efeito deste trabalho foram entrevistados dez psicólogos que atuam no SUS com pacientes esquizofrênicos há no mínimo seis meses. Foram incluídos apenas psicólogos que são servidores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e/ou residente da Secretaria de Saúde há pelo menos 1 (um) ano e que atuam diretamente com saúde mental. Não foram incluídos servidores de outras especialidades, que não atuam com saúde mental e/ou que não assinaram o Termos de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

3.3 Local

Os dados foram coletados em horário contrário ao expediente de trabalho dos entrevistados, em ambiente externo ao local de atuação destes, com iluminação apropriada, bem ventilado, e com espaço adequado para o sigilo da pesquisa.

3.4 Material utilizado

Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados:

- Formulário de entrevista semi-estruturada (Anexo A);
- Caneta;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B);
- Gravador.

3.5 Procedimento para coleta de dados

Realizou-se contato com os psicólogos selecionados para agendar a data e o horário da entrevista. Chegando no local, foi realizado a apresentação do trabalho bem como dos pesquisadores, em seguida, foi solicitado que o sujeito (psicólogo) assinasse o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e explicado para o mesmo que a entrevista seria gravada para posteriormente ser transcrita. Em seguida, o psicólogo recebeu o formulário de entrevista e respondeu às questões. As entrevistas tiveram duração de 30 a 60 minutos. Após colher as informações, os alunos transcreveram as entrevistas.

3.6 Procedimentos para análise de dados

Para a análise de dados foi realizada uma pesquisa quantitativa e qualitativa, com o uso de uma entrevista semiestruturada com 10 psicólogos que atuam diretamente com o cuidado em saúde mental no SUS do Distrito Federal. Os dados sociodemográficos foram analisados pelo EXCEL, e no caso dos dados qualitativos, realizou-se uma análise de conteúdo evidenciando aspectos não mensuráveis quantitativamente.

3.7 Ressalvas éticas

O presente estudo se apresenta em conformidade com a avaliação realizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sobre número de protocolo CAAE 15432919.9.0000.5512, respeitou as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os preceitos éticos estabelecidos no que se refere à zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações, quando necessárias, tornando os resultados desta pesquisa públicos. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes da pesquisa.

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 10 profissionais, mais especificamente, psicólogos que atuam pela Secretaria de Saúde no Distrito Federal, divididos entre 9 servidores e 1 residente, (entrevistado B). Os resultados permitem observar como esses profissionais entraram na área de saúde mental no SUS, o tempo de atuação, como é o trabalho com pessoas diagnosticadas ou sob hipótese de esquizofrenia, as principais ferramentas, os desafios, e o trabalho da equipe. Ou seja, os resultados do estudo, de modo geral, explanam o sistema de atuação desses profissionais nas

instituições de cuidado em saúde mental do Distrito Federal, e de acordo com o objetivo deste estudo, pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia.

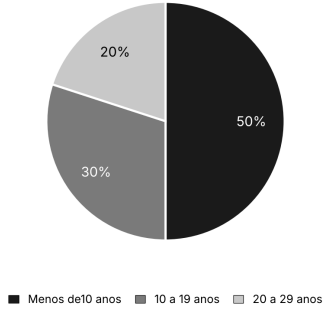
4.1 Resultados quantitativos

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa

SUJEITO	SEXO	IDADE	TEMPO/ ATUAÇÃO	ESPECIALIDADE
A	Feminino	38 anos	12 anos	Não possui
B	Feminino	25 anos	02 anos	Não possui
C	Feminino	43 anos	09 anos	Educação em saúde, Acompanhamento Terapêutico, Mestrado e Doutorado em área clínica
D	Masculino	36 anos	09 anos	Saúde mental e concluindo doutorado em saúde mental
E	Feminino	56 anos	26 anos	Em saúde mental na Unb, Psicodrama, gestalt e biodança
F	Masculino	48 anos	06 anos	Políticas públicas infanto juvenil
G	Feminino	34 anos	09 anos	Saúde mental, álcool outras drogas e Gestalt
H	Feminino	29 anos	01 ano	Terapia familiar e de casal
I	Masculino	32 anos	10 anos	Mestrado em psicologia clínica da cultura
J	Feminino	33 anos	10 anos	Saúde Mental

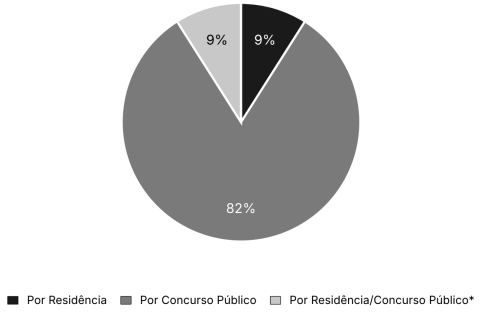
De acordo com a tabela 1 a predominância dos entrevistados é do sexo feminino, sendo 03 sujeitos do sexo masculino (D, F e I). As idades variam entre 25 (B) e 56 anos (E), o tempo de atuação é em média de 9,4 anos. Nota-se que a maioria dos entrevistados possui especialização, e 02 sujeitos (A e B) não são especialistas. A área com maior semelhança nas especializações é voltada para saúde mental (sujeitos D, E, G e J), que constitui o público alvo dos CAPS, onde o atendimento é voltado para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

Figura 1 - Tempo de inserção dos psicólogos na área da saúde mental.



A figura 1 representa o gráfico do tempo de inserção dos entrevistados na área de saúde mental. De acordo com o Gráfico, 50% dos entrevistados tem menos de 10 anos de atuação na área de saúde mental. 30% possui entre 10 e 19 anos de atuação e 20% entre 20 e 29 anos.

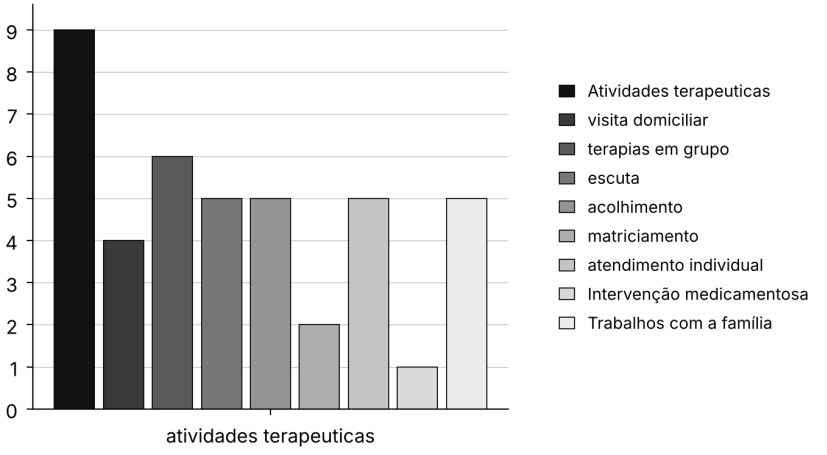
Figura 2 - Forma de inserção dos entrevistados na saúde mental.



*Entrevistados que entraram por Residência, mas realizaram Concurso Público posteriormente.

Os entrevistados entraram na área de saúde mental de duas formas, por residência ou concurso público. Existe também a possibilidade de ingresso por residência e posteriormente realizar concurso público. De acordo com o gráfico apresentado na Figura 2, 8(82%) dos entrevistados entraram na área de saúde mental diretamente por concurso público, 1(9%) entrou por residência e posteriormente realizou concurso público e somente 1(9%) entrou diretamente por residência.

Figura 3 - Ferramentas e recursos utilizados no trabalho com sujeitos sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia.



A Figura 3 apresenta as técnicas e/ou ferramentas que foram citadas como sendo utilizadas com o sujeito sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia. Nove dos entrevistados citaram atividades terapêuticas, sendo elas: *"pintura, mosaico, horta, costura, caminhada e yoga"* (A); *"artesanato, artes e atividades físicas*" (C); *"desenho"* (E); *"a produção material"* (F); *"música"* (I).

A visita domiciliar foi citada por 4 entrevistados (A, B, G e I). *"Nem sempre é possível ser feita essa visita, mas em alguns casos exigem esse contato, muitas vezes o paciente não tem condições de ir até o CAPS, então a equipe faz esse trabalho"* (Entrevistado G).

Dos entrevistados, 6 citaram as terapias em grupo (entrevistados A, B, C, D, G e H).

Os entrevistados C, D, E, G e J citaram o acolhimento, como principal recurso utilizado no tratamento, em que todos pacientes do CAPS são expostos a esse dispositivo. "*a questão do acolhimento é fundamental para qualquer paciente, seja o diagnóstico que for, o campo que for, ele é fundamental*" (Entrevistado D).

O atendimento individual foi citado pelos psicólogos A, B, C, F e G, sendo que esses atendimentos acontecem eventualmente, como por exemplo em um momento de crise. *"O atendimento individual no CAPS existe, mas são atendimentos pontuais para resolver uma demanda muito específica, porque o foco do nosso atendimento é em grupo, porque não temos profissionais para fazer atendimento individual" (Entrevistado G).*

Os entrevistados C e I indicaram o matriciamento: *"é um dispositivo que foi criado no âmbito do SUS especialmente na saúde mental que é quando os profissionais prestam suporte para as equipes da atenção básica, por exemplo: os usuários do CAPS que já estão estabilizados ou que precisam de uma atenção contínua, mas em casa, a gente faz essa parceria com centros de saúde que agora são as unidades básicas de saúde, as equipes das UBS"* (Entrevistado C).

Foi citado pelo entrevistado J a intervenção medicamentosa, recurso este utilizado pela maioria dos sujeitos.

Os trabalhos com as famílias foram citados por 5 dos entrevistados A, C, D, G e J, que relataram envolver reuniões acerca do paciente, com a presença dele ou não. Nesse trabalho também é fornecido aos familiares orientações e apoio, pois muitas vezes se encontram desgastados com a situação. Com isso o entrevistado J relata que oferecem grupos de acolhimento familiar uma vez por semana, *"é aberto para que eles possam trazer também as angústias que vivem e para que possam nos auxiliar no trabalho com o seu familiar"*.

O entrevistado E, relatou a afetividade como ferramenta e ressaltou: *"A nossa escuta, o nosso carinho, a nossa atenção, a gente já é um instrumento de trabalho para aquela pessoa se sentir melhor, com aquele sofrimento todo"*.

Tabela 2 - Principais desafios do SUS citados pelos entrevistados

PROBLEMAS CITADOS	ENTREVISTADOS QUE CITARAM
Falta de recursos	A, D, E, F, G, H, J
Poucos profissionais	A, E, G, H
Políticas Públicas	B, G, I, J
Muita demanda	C, E, G
Formação do psicólogo pouco voltada para o SUS	D, G, J
Estrutura ruim do CAPS	G, H
Sucateamento do SUS	C, J
Rede de apoio deficitária	B, H
Escolarização baixa dos pacientes	F, G
Sistema do SUS é cheio de protocolos para seguir	C
Baixa renda dos pacientes	F
Baixa informação dos familiares	G
Falta de conhecimento entre as redes de cuidado	H
Falta de supervisão institucional	G
Dificuldade de acesso ao médico quando o paciente precisa	H
Trabalho em equipe	J

A Tabela 2 indica os principais desafios que o psicólogo encontra atuando no SUS: Falta de recursos (A, D, E, F, G, H e J), Poucos profissionais (A, E, G, H), Políticas Públicas (B, G, I e J), Muita demanda (C, E, G), formação do psicólogo que é pouco voltada para o SUS (D, G e J), Estrutura física ruim (G, H), sucateamento do SUS (C e J), rede de apoio deficitária (B, H), baixa escolarização dos pacientes (F, G), sistema protocolar do SUS (C), má gestão do CAPS (E), baixa renda dos pacientes (F), baixa informação dos familiares (G), falta de conhecimento entre as redes de cuidado (H), falta de supervisão institucional (G), dificuldade de acesso ao médico quando o paciente precisa (H) e o trabalho em equipe (J).

A Tabela 3 abaixo, diz respeito às possíveis soluções desses desafios, sendo que a mais comentada foi a criação de mais concursos públicos para aumentar o número de profissionais (A e H), todas as outras soluções foram comentadas por menos de 2 entrevistados, como: Mais recursos (A); Mostrar resultados do trabalho da psicologia (C); Formação continuada para psicólogos que atuam no SUS (D); Criação de mais CAPS (H); Ampliação física da rede de apoio (H) e Articulação e

compreensão do contexto do SUS com as políticas públicas (I), ou seja, em comparativo entre as tabelas 2 e 3, todos os psicólogos citaram desafios que encontram no SUS, contabilizando 16 principais desafios comentados, enquanto que as soluções contabilizam apenas 7 principais comentadas, sendo que 40% dos entrevistados não deram soluções.

Tabela 3 - Soluções citadas pelos entrevistados para resolver os desafios do SUS

SOLUÇÕES CITADAS PELOS ENTREVISTADOS	ENTREVISTADOS QUE CITARAM
Mais concurso público para aumentar os profissionais	A H
Mais recursos	A
Mostrar resultados do trabalho da psicologia	C
Formação continuada para psicólogos que atuam no SUS	D
Criação de mais CAPS	H
Ampliação física da rede de apoio	H
Articulação e compreensão do contexto do SUS com as políticas públicas	I
Não deram soluções	B E F J

4.1.1 Quantidade de atendimentos diários com usuários sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia.

Com relação a quantidade de sujeitos sobre hipótese diagnóstica de esquizofrenia atendidos nos serviços de saúde mental, nenhum dos entrevistados conseguiu quantificar em números exatos. O entrevistado A relatou que atende em média mais ou menos 5 usuários, mas não exatamente esquizofrênicos, ressaltando a variedade de diagnósticos. O entrevistado C disse que possuem ativos mais ou menos 400 sujeitos, sendo 60% "psicóticos", e desses psicóticos uma boa parcela é esquizofrênico. O entrevistado D relatou que o número varia dependendo do dia e da atividade na qual ele está inserido dentro do CAPS, pois em grupos terapêuticos ele está em contato com maior público do que quando tem encontros e conversas informais, variando entre 5 a 15 sujeitos sobre hipótese diagnóstica de esquizofrenia por dia. O entrevistado F relatou que o número varia bastante dependendo do dia, pois tem dias que tem 1 ou 2 grupos, como o de caminhada, e não sabe ao certo a quantidade, mas disse que tem grupos que vão de 15 a 20 pessoas, se houver 2 grupos no dia, podem ter até 40 sujeitos atendidos e desses números, ⅔ são psicóticos. O entrevistado G arriscou um número de mais ou menos 10 sujeitos sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia sendo atendido por semana. O entrevistado I apontou que em atendimentos marcados, atende 1 ou 2 sujeitos

esquizofrênicos, e nos grupos uma média de 10. Os entrevistados B, E, H e J não souberam responder quantos sujeitos esquizofrênicos atendem por dia.

4.2 Resultados qualitativos

Abaixo, serão descritos os principais dados qualitativos obtidos nas entrevistas. Ressaltam-se os dados referentes ao: trabalho em equipe e o papel da família durante o tratamento.

4.2.1 Trabalho de equipe

Todos os entrevistados citaram a existência de uma equipe de profissionais que trabalham em conjunto com os psicólogos nos CAPS, e o trabalho em equipe foi colocado como importante. *"Eu não acho possível trabalhar com esquizofrênicos, com pacientes psicóticos se não for em equipe, não é que não tem como trabalhar, tem, mas aí seria um trabalho capenga, porque acho que são pessoas que têm capacidades muitos fragmentadas, então precisa desse olhar interdisciplinar, de várias pessoas cuidando, até porque é uma forma de relacionamento."* (Entrevistado C)

Com relação aos tipos de profissionais que atuam no CAPS e compõem a equipe, foram citados: Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Técnicos em enfermagem, Enfermeiros, Psiquiatras, Médicos, Nutricionistas e Assistentes sociais. O entrevistado B mencionou que o vigilante e o pessoal da limpeza, embora não sejam considerados do grupo técnico, também fazem parte da equipe: *"Mas assim, em saúde mental além dessa equipe técnica, a gente também considera a equipe o vigilante, as pessoas da limpeza, porque a gente vê que todo mundo vai fazer parte do serviço, da convivência ali"*.

4.2.2 Papel da família durante o tratamento

A partir dos resultados expostos, 100% dos profissionais dos serviços enxergam a família como importante no tratamento do sujeito, contudo, encontram dificuldades em ter essa rede de apoio presente, por diversos motivos, o principal citado, foi a questão dos horários disponíveis, uma vez que esses geralmente trabalham o dia inteiro e não encontram flexibilidade/apoio das empresas para acompanharem mais de perto o familiar que utiliza o serviço, tendo assim uma participação reduzida ou nula. *"É claro que isso tem muita dificuldade, porque a família muitas vezes não consegue acompanhar, na minha pesquisa de Doutorado eu trabalhei com familiares e geralmente o familiar é penalizado, porque ele tem que abrir mão da vida dele, do trabalho pra poder cuidar daquela pessoa, então não é um trabalho fácil"* (Entrevistado C).

As duas principais atividades realizadas nesse contexto são as rodas de conversa, e o acolhimento inicial. *"No CAPS geralmente fazemos acolhimento com o paciente, mas se a família está, primeiro escuto o sujeito e faço o atendimento, depois procuro a familia pra acrescentar alguma coisa, pra pactuar essa parceria com a família, se a pessoa for ficar no CAPS, ela passa por um grupo, que é o grupo de boas-vindas, nesse grupo de boas-vindas a gente exige que a família vá, pois é onde vai ser fechado o contrato terapêutico, onde a pessoa vai escolher o grupo que ela vai participar e é muito importante ter esse acordo da família"* (Entrevistado C).

Um ponto levantado por 2 dos entrevistados (B e G), foi a presença quase que unânime de mulheres, em que dificilmente vai um membro da família do sexo masculino. Diante disso, o entrevistado B citou *"lá a maioria eram mulheres, é importante destacar isso, que geralmente o cuidado é de responsabilidade da mulher, raramente vinha homens e quando vinha eram um ou dois no máximo"*.

Destacou-se também, o espaço que a família ganhou nesse novo modelo de atuação, uma vez que, antes (no modelo hospitalocêntrico) a família era excluída desse processo, atuava de forma distante, diante disso, o entrevistado C cita: *"porque no modelo hospitalocêntrico a família era excluída do tratamento e culpabilizada, o cara é doido porque olha a família de merda que ele tem"*.

Foram apontados alguns pontos principais que comprometem a participação das famílias no tratamento, são eles: o desgaste da relação com o sujeito, cansaço, e a ausência, no sentido de abandono.

5 DISCUSSÃO

O objetivo geral deste trabalho, é verificar o papel do psicólogo no cuidado e acompanhamento do paciente esquizofrênico no SUS. Com base no levantamento realizado, foi possível identificar que a atuação do psicólogo no SUS com esses pacientes se dá a partir da psicologia da saúde, sendo estabelecida de forma diferente dos modelos convencionais de um consultório (psicologia clínica), onde o atendimento na maioria das vezes é centrado apenas no sujeito, sem haver constantes articulações de redes, mais respectivamente seguindo o modelo de atenção psicossocial. O psicólogo nessa circunstância, visa considerar todo o contexto do sujeito e como esse se insere no mundo. Portanto, o trabalho do profissional de psicologia não é caracterizado como acompanhamento psicoterápico contínuo, o mesmo visa atuar na instituição promovendo cuidado em saúde mental voltado para o coletivo, uma vez que a demanda na rede pública é muito grande, e uma das formas de atender essa demanda é fazer um trabalho cuidadoso e minucioso,

porém, com grupos de pessoas, voltado para a coletividade e para a convivência. Os atendimentos individuais ocorrem de forma pontual, quando surgem situações emergenciais e se faz necessário uma escuta mais individualizada. Como citado pelo entrevistado F: "*a gente faz um atendimento individual eventualmente, no momento de crise do paciente, que ele está precisando de mais escuta*"

O campo da psicologia clínica, visa quase que estritamente o trabalho remediativo, ou seja, o foco se mantém nos diagnósticos, no sofrimento e na amenização dos sintomas. Na maioria das vezes não se envolve outros atores no processo, como os familiares. O atendimento costuma ser apenas com o paciente em consultório, o conhecimento que se tem das pessoas envolvidas na vida deste, se limita ao conteúdo apresentado em suas falas, diante disso, o processo terapêutico tende a se limitar a horários, locais específicos e a um setting terapêutico (MOREIRA *et al.*, 2007).

Já a psicologia da saúde, tem seu trabalho pautado principalmente na promoção e prevenção, ou seja, seu foco está ligado na melhoria da qualidade de vida do sujeito. Um dos objetivos desse campo de atuação, é a compreensão de como se dá a relação entre os fatores do estado físico, biológico, social e psicológico do paciente, que resulta na utilização do modelo biopsicossocial. De acordo com esse modelo, os fatores se relacionam e influenciam uns aos outros de forma direta, diante disso, quando um desses não está em seu perfeito funcionamento, é comum que os demais sofram interferências, logo a principal vantagem desse modelo, é a possibilidade de entender o sujeito em toda sua totalidade (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

Segundo Almeida e Malagris (2011, p. 185), conforme citado por Matarazzo (1980, p. 815) a psicologia da saúde é definida como:

> *O conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia, utilizadas para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, identificação da etiologia e diagnóstico (de problemas) relacionados à saúde, doença e disfunções, para a análise do sistema de atenção à saúde e formação de políticas de saúde.*

O psicólogo da saúde, atua não apenas com o sujeito como acontece muitas vezes na clínica, neste campo o seu trabalho se dá de forma mais ampla, tendo três pilares como principais: os pacientes, as famílias e os profissionais da área da saúde. Vale ressaltar, que leva-se sempre em consideração a sociedade como parte fundamental do processo, já que não se pode falar em homem sem analisar o contexto no qual esse está inserido. Logo, o intuito é fazer com que a atuação terapêutica vá além de uma sala, que ultrapasse paredes, que se encontre em lugares comuns que

o paciente costuma frequentar, tornando dessa forma o processo mais assertivo e rápido (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

Em relação aos profissionais e tratamento oferecido no serviço, foram citados conceitos como equipe multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Para melhor entendimento de como funciona o trabalho de equipe, dentro dos CAPS's, o conceito multidisciplinar pode ser definido como o modo de trabalho de equipe no qual o conjunto de diferentes disciplinas tratam de um mesmo assunto, mas não existe efetivamente trocas de conhecimentos entre os profissionais, ou seja, cada um levanta suas próprias teorias e empregam suas técnicas apresentando uma visão múltipla sobre o mesmo assunto. A interdisciplinaridade diz respeito ao modo de trabalho de equipe no qual o conjunto de disciplinas interagem entre si, possibilitando a troca de conceitos, técnicas, e metodologias, ampliando assim o conhecimento e compreensão de cada campo do saber, resgatando a singularidade do sujeito, visto que existe maior respeito sobre as diferentes visões acerca do mesmo assunto; e por fim, a Transdisciplinaridade, que refere-se ao trabalho de equipe onde a interação das disciplinas transcendem seus próprios limites, produzindo assim algo a mais, uma nova visão sobre o assunto (GALVAN, 2007)

É importante salientar que a maioria dos entrevistados denotam que o trabalho desempenhado dentro do serviço é interdependente, ou seja, obtêm dependência uns dos outros, demandando acolhimento mútuo. Com isso, se faz necessário que constantemente as informações coletadas sejam repassadas à equipe, sendo importante para o funcionamento do serviço, já que a demanda é consideravelmente significativa, e por meio do compartilhamento, o trabalho flui de forma complementar e equilibrada. As informações são compartilhadas principalmente por meio de reuniões de grupo, como citado pelo entrevistado G *"eu acho que a gente consegue ter uma coerência muito grande nas nossas ações sabe, as decisões são tomadas em conjunto, a gente combina ter uma mesma postura frente ao paciente, frente ao familiar, algumas decisões a gente precisa rever volta e meia, e aí tudo isso é feito em uma reunião de equipe, o que eu acho muito bom".*

Entre os tipos de profissionais que atuam no CAPS, foram citados: Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Técnicos em enfermagem, Enfermeiros, Psiquiatras, Médicos, Nutricionistas, Assistente social. O trabalho de equipe foi visto como algo primordial no tratamento dos sujeitos que são atendidos no CAPS, e apesar de relatarem algumas dificuldades do trabalho em equipe como momentos que se tem ausência de sintonia no grupo e divergências de opiniões, houve consenso da importância e necessidade do trabalho interdisciplinar, sendo levantados diversos

aspectos positivos dessa relação e trabalho conjunto como: maior eficácia no tratamento de pacientes, produção e evolução do conhecimento de cada membro e da equipe como um todo, ajuda mútua e tomada de decisões mais assertivas. O entrevistado H enfatiza a reunião de equipe como meio de troca de informações, *"Tem uma reunião semanal, com a gerente onde todos devem estar presentes, a escala é organizada de forma que todos tenham um tempo pra se reunir na semana, nessa reunião são discutidos assuntos importantes, como conduta e boas práticas, e tem um bom espaço para darmos um Feedback, um espaço importante até para a descontração do grupo"*

Em suma, é possível citar que o trabalho com o sujeito no contexto da esquizofrenia, foi pontuado de forma unânime como um trabalho conjunto, no qual outros profissionais são envolvidos. Além disso, apresentaram como fator relevante, o fato de ser um trabalho diferenciado do que se faz na clínica, que se caracteriza por ser mais centrado no indivíduo, no que se leva ao consultório, não tendo um contato diário com outros profissionais. Portanto, o cuidado oferecido nos CAPS's se diferencia pois tem como foco principal acolher todas as particularidades dos indivíduos, promovendo a autonomia dos mesmos, de forma a entender a subjetividade de cada um, tornando-os sujeitos ativos no processo e não apenas participantes. Outro ponto levantado, foi a questão de todo o ambiente se tornar terapêutico, a equipe tenta fazer com que isso aconteça a partir da ligação entre todos que frequentam a instituição, ou seja, a partir da valorização da convivência, assim como diz o entrevistado D "*...então o trabalho com esquizofrenia, no meu ponto de vista, ele dá mais certo nos espaços de convivência, onde vai criando encontros espontâneos. O paciente esquizofrênico tem uma capacidade de perceber questões de afeto, muito fortes, então questões burocráticas, marcadas, muito enquadrada onde tem essa distância muito grande entre profissional e paciente, eles não se enquadram nisso…"*

Quanto às principais ferramentas e/ou técnicas utilizadas, a maioria dos psicólogos citaram a escuta e o acolhimento, seguidos pelo trabalho em grupo, e grupos terapêuticos, onde se é possível ter espaço para fala, para expressão e ainda produção material. Nestes grupos é visível uma constante evolução dos pacientes, estes podem se colocar enquanto sujeitos sem serem julgados pelas suas condições, e compartilham suas experiências e sintomas com os outros pacientes, promovendo assim um espaço de troca e convivência, que é tido como crucial para a reinserção social desses sujeitos. Foram citados diversos exemplos de grupos terapêuticos como: Grupo de caminhada, Grupo de fala, Grupo de bordado, Grupo de dança e Grupo de terapia comunitária. Esses profissionais mencionaram também exemplos de oficinas como: Trabalho com pintura, Mosaico, Horta, Yoga e Costura. Segundo o entrevistado G: "*a atividade é algo que o paciente se identifica e gosta,*

mas é como se fosse uma desculpa, para ele ir ali e a gente trazer ele de volta, proporcionar essa inserção".

A escuta qualificada, também entra como ferramenta de trabalho, é um dos dispositivos utilizados no cuidado com esses pacientes trata-se de um recurso leve, que são práticas de relações, assim como o acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização que possibilita compreender o sofrimento psíquico a partir do sujeito, valorizando assim suas experiências e atento às suas necessidades e para os diferentes aspectos que compõem seu dia a dia (ROSSI; LIMA, 2015). É um instrumento que colabora com o desenvolvimento da autonomia, inclusão social, e no agenciamento de modos menos endurecidos de trabalho, por meio dela é também possível a produção de relações de acolhimento, a construção de vínculos, o respeito à diversidade e a singularidade entre quem atende e quem recebe esse atendimento (MAYNART *et al.*, 2014).

Referente aos principais desafios encontrados pelo psicólogo da saúde que atua no SUS, surgiram respostas em relação a falta de recursos, estrutura e equipe pequena para uma grande demanda, sendo estas quase unânimes. Foram citados também, falta de informação sobre a prática durante a formação de capacitação continuada para o psicólogo, de supervisão institucional, de interesse político nas políticas públicas de saúde mental, e políticas públicas desfavoráveis para o trabalho no CAPS. Portanto, diante do desafio citado que é identificado ainda no preparo acadêmico de alguns profissionais, é possível pensar que a formação em psicologia ainda é pouco voltada para a atuação no SUS, ou seja, muitos são capacitados e preparados para atuar no campo da psicologia clínica. Portanto, situações como essas, acabam gerando profissionais com déficit na formação, sem muita apropriação do Sistema Único de Saúde, muito menos da rede de atenção psicossocial que rege a atuação dos profissionais em saúde mental. Diante disso, a composição acadêmica do psicólogo no Brasil e na América Latina ainda é baseada no modelo clínico voltado para o tratamento individual. Com a demanda de trabalho no âmbito sanitário, profissionais despreparados seguem trabalhando no modelo clínico e atuam na área da saúde sem ter o devido conhecimento das ferramentas necessárias para atuar no coletivo na prevenção e intervenção (CASTRO; BORNHOLDT, 2004).

Ressalta-se que alguns entrevistados mencionaram que a falta de recursos é tão significativa que por vezes acabam tendo que conseguir dinheiro para captar verbas através de bazar, rifas, doações, e até mesmos tirando do próprio bolso. Com isso, entra-se em outro ponto importante citado por eles, relacionado ao sucateamento do Sistema Único de Saúde, pois o serviço, vem sofrendo consequências

com falta de estruturas, de profissionais para a quantidade de pessoas atendidas e a ausência de materiais para desempenhar o trabalho como citado pelo entrevistado C *"adoro o SUS, super acredito no sistema, mas é um sistema que vem sendo sucateado"*. O entrevistado J disse *"A segunda dificuldade do psicólogo no SUS, é o sucateamento do sistema único de saúde né que infelizmente a gente hoje vê que não há muita prioridade para política de saúde mental, principalmente do Distrito Federal"*.

Diante desse cenário, deve-se considerar a importância do fortalecimento do território como um espaço de implementação das práticas de vigilância da saúde, algo que foge da proposta inicial da recente resolução Nº 583, de 09 de maio de 2018, p. 11/51.

> *Garantir nos orçamentos municipais, estaduais e federal recursos orçamentários para o funcionamento e manutenção de toda a estrutura física, financeira e de recursos humanos necessários aos Conselhos, e para formação de conselheiros, garantindo o cumprimento das Resoluções emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde. Revogar imediatamente a Emenda Constitucional n.º 95/2016 permitindo que a destinação dos recursos para investimentos públicos considere a progressão do PIB, o avanço da economia, a inflação e a exploração do Pré-Sal, garantindo otimização, melhoria e ampliação do piso dos recursos da saúde com financiamento das três esferas, alcançando 10% do PIB e participação de um percentual de recursos de royalties.*

Ainda no que se refere ao sucateamento do SUS, é citado nas entrevistas como um grande desafio o retrocesso que as políticas públicas de saúde mental vem sofrendo nos últimos anos, o que pode comprometer mais ainda os moldes de trabalho desses profissionais, bem como o funcionamento da rede de atenção psicossocial que norteia o funcionamento do CAPS.

Amarante e Nunes (2018, n.p) afirmam que mediante a tantas lutas e conquistas algumas mudanças contrárias passam a ocorrer em 2015 por meio de negociações no Ministério da Saúde.

> *E, por fim, após a instalação do estado de exceção pelo qual o país passa no momento, o SUS e a RP passaram a ser alvo de mudanças radicais e de importantes retrocessos. No campo da saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite[31] aprovou a resolução em dezembro de 2017 que praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira.*

Portanto, esse retrocesso é caracterizado por uma construção de anos de indiferença política diante da causa, e pode ser englobado tanto na lógica manicomial que atinge a sociedade, quanto nas políticas públicas, que são consideradas recen-

tes e passaram a ser discutidas dentro da lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Recentemente no ano de 2017 foi imposto através da portaria 3.588 publicada pelo Ministério da Saúde, o retorno dos hospitais psiquiátricos que passaram a integrar a (RAPS) Rede de Atenção Psicossocial (SIQUEIRA, 2019).

Outro fator que trouxe grande referência ao modelo manicomial foi a nota técnica publicada pelo Ministério da Saúde no início de 2019, que segundo Siqueira (2019) prevê mudanças drásticas no cenário da saúde mental, entre os itens apresentados, o documento destaca o financiamento para compra de aparelhos de eletrochoque, incentivo às comunidades terapêuticas, aumento dos leitos psiquiátricos, e a possibilidade de internação de crianças e adolescentes . Ou seja, através desses acontecimentos é possível perceber uma fragmentação da atenção psicossocial, interferindo na proposta do cuidado em liberdade, do cuidado humanizado e no território, caracterizando um incentivo á volta do modelo manicomial de reclusão e exclusão da loucura. Sendo assim, é possível entender o porquê desse sucateamento, uma vez que o incentivo político tem sido voltado para outra modalidade de tratamento, o que contribui para a falta de materiais, falta de estrutura, e a ausência de investimento em profissionais para atender a grande demanda (SIQUEIRA, 2019).

Ao indicarem possibilidades para que haja melhorias nos CAPS's, fica claro que não depende apenas do profissional de psicologia, é preciso ir além. Trata-se de um problema macro, que carece de atenção principalmente do estado. É necessário o desenvolvimento de novas estratégias, para que os tratamentos oferecidos possam ser cada vez mais efetivos, com níveis mais elevados de qualidade. É válido pontuar que tais estratégias precisam ser implantadas como parte do sistema, e não apenas como uma resolução de forma pontual. Um dos pontos mais delicados é a parte de investimento, uma vez que não se tem uma aplicação contínua de acordo com as necessidades de um CAPS (BAPTISTA; SIMON, 2011).

No que se refere a rede de apoio, mais especificamente se o tratamento geralmente conta com a família, todos os psicólogos responderam que sim, e ressaltaram a importância desse apoio durante o tratamento. Porém, pontuaram que às vezes não se pode contar com essa rede, por motivos diversos, pois o paciente pode não ter família, ou às vezes a família está cansada demais, desgastada, entre outros. Algo que também costuma dificultar a participação da família no processo, está relacionada ao horário de atendimento na instituição, uma vez que em sua maioria o atendimento ocorre até 18h, impossibilitando aqueles que trabalham em horário comercial de participarem. Grande quantidade das instituições conta com grupos familiares como meio para auxiliar na evolução dos quadros dos pacientes, uma

alternativa adotada, são as visitas domiciliares. Uma rede social e fortalecida contribui para que o indivíduo enfrente situações estressantes, como por exemplo, ter alguém com transtorno mental na família. Sendo assim, quanto mais contextos e relações diversificadas, maiores e mais variados serão os recursos psicossociais à disposição da pessoa (BRUSAMARELLO *et al*., 2011).

É possível identificar uma diferença significativa nos tratamentos dos pacientes que têm os familiares envolvidos no processo de forma efetiva, havendo uma mudança expressiva no quadro do paciente, ampliando as possibilidades desses sujeitos e amparando sua rede de apoio intra e extrafamiliar. Vale ressaltar que a participação da família não se limita apenas ao que se refere a rede familiar propriamente dita, essa tem papel de facilitador no processo de reinserção do paciente na sociedade, iniciando com o apoio emocional. Nesse momento o usuário tende a se fortalecer internamente, o que facilita o acesso dos profissionais ao mesmo. Diante disso as expectativas e possibilidades passam a ficar mais claras, as informações também chegam com mais rapidez, tudo isso faz parte mesmo que de forma indireta para que eles voltem a conviver (em muitos casos), de forma ativa em sociedade, com autonomia e poder de escolha (COSTA *et al*., 2013).

Ao se pensar em diagnóstico, a maioria dos profissionais não souberam responder quantos pacientes sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia eles atendem ao certo por dia. Um dos fatores que dificultam essa quantificação, pode estar ligado ao elevado número de pessoas que buscam por atendimento no CAPS, mas que nem sempre essas têm os critérios necessários para serem atendidas nesse local. Isso é percebido principalmente nos acolhimentos, em que esse elevado número às vezes está ligado a falta de informação. Outro dificultador, é a questão de geralmente os pacientes sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia estarem nos grupos, mas nem sempre estão em todos os encontros. Alguns profissionais ainda tentaram quantificar a média de atendimentos, o entrevistado A respondeu: "*5 por dia*", entrevistado B: "*5 por semana*", entrevistado C: *"60 %"*, entrevistado D "*Varia de 5 para 15*". Alguns dos entrevistados relataram também a existência de confusão de diagnósticos, ou seja, alguns sintomas se assemelham aos da esquizofrenia, o que acaba dificultando ainda mais a quantificação. Diante disso, é importante ressaltar a importância da subjetividade de cada pessoa, e respectivamente de cada sintoma. Rey (2005) cita que a subjetividade é a condição para a compreensão do psiquismo, descrevendo-a como "um sistema complexo capaz de expressar através dos sentidos subjetivos a diversidade de aspectos objetivos da vida social que concorrem em sua formação".

O principal motivo para tamanha dificuldade no momento de quantificação, se deu pelo modelo de trabalho exercido no CAPS, uma vez que o diagnóstico quando existe, é entendido como uma condição associada ao sujeito e não como uma definição de todos os seus aspectos. Diante disso, o trabalho não se dá apenas pensando nos CID's presentes, e sim na necessidade do indivíduo, o que nos traz uma boa referência de cuidado, em que o indivíduo é considerado como um ser inserido no mundo e não reduzido a um diagnóstico. Vale ressaltar, que a dificuldade de identificação não se limitou apenas a esquizofrenia, mas também a todos os casos atendidos no CAPS.

Por fim, no que se refere a informações, em muitos casos, as pessoas recebem orientações em postos de saúde para procurarem o CAPS devido a demandas aleatórias que não seriam necessariamente trabalhadas nesse local, o que demonstra a falta de comunicação/conhecimento que há na própria rede de saúde. O entrevistado (H) cita em determinado momento da entrevista que muitas vezes a rede de atenção básica, não sabe quais são os serviços oferecidos em um CAPS, e por isso realizam diversos encaminhamentos de forma incorreta, causando no paciente constrangimento e frustração, pois o mesmo terá que procurar cuidado em um terceiro órgão, sendo que essa informação poderia ter sido passada em sua primeira busca pelo serviço, sendo ainda que esse tipo de situação pode até desmotivar o sujeito na busca por ajuda. É válido pontuar que em algumas circunstâncias, os profissionais do CAPS também não sabem o que a rede de atenção básica faz, com isso, é possível identificar uma falha na capacitação dos profissionais, que expõem a necessidade de informações mais amplas, de cursos que possam aprimorar e complementar suas capacitações, como um estudo continuado para que toda rede de cuidado possa oferecer um tratamento de forma complementar.

6 CONCLUSÕES

De modo geral, um dos resultados mais impactantes foi a desmistificação causada no próprio objetivo do trabalho e nas concepções dos membros participantes, quando se esperava encontrar resultados concretos sobre "um sujeito esquizofrênico". Porém, no decorrer das entrevistas foi possível perceber que o CID tido como requisito para o trabalho foi o menos importante, uma vez que os entrevistados apresentaram visões de cuidado para além de um sujeito esquizofrênico, considerando não a esquizofrenia, mas sim a pessoa que está sendo cuidada. Isso

explica também a dificuldade desses profissionais de quantificar quantos pacientes com esquizofrenia atendiam por dia, e mostra que mesmo diante de tantas dificuldades encontradas no trabalho, esses profissionais ainda se abrem a possibilidades de vida, de acreditar nas potencialidades que essas pessoas têm no mundo, não se resumindo à um diagnóstico.

Os atendimentos nos CAPS não são pautados ou divididos em grupos por patologias similares, todos os frequentadores são atendidos coletivamente, salva as exceções, respeitando suas limitações e particularidades. Logo os atendimentos são baseados no que os profissionais conhecem do sujeito, por meio de toda convivência inserida no contexto, sejam por atendimentos, grupos, oficinas ou conversas de corredores, e não pelas descrições de um diagnóstico. Algo que merece admiração, pois assim o sujeito não é minimizado a patologia, podendo ser o que se é em essência.

Ficou claro que a atuação desses profissionais se dá muitas vezes em um ambiente pouco estruturado e com escassez de recursos, dessa forma, esses são quase que obrigados a se reinventarem diariamente, durante um processo de desconstrução, reformulando muitas vezes o que se vê durante a graduação, pois é necessário se abrir para o novo, um mundo pouco conhecido para quem vê de fora, e nada cristalizado, com isso, não se pode contar com uma estrutura fechada de trabalho, como muitos esperam ao sair do curso de psicologia.

É válido problematizar que a graduação se dá como um processo de introdução, não rígido e imutável, sendo interessante que a atuação do psicólogo seja renovadora e reflexiva, causando em si e no outro o desejo e a possibilidade de reinventar-se nas mais diversas situações. Toma- se como base, atendimentos muitas vezes improvisados, prevalecendo a necessidade do sujeito no momento solicitado, e não os recursos disponíveis.

Um dos objetivos do presente trabalho foi o de identificar como se dá a atuação do psicólogo no SUS, mesmo diante da complexidade da atuação desse profissional, foi possível identificar e alcançar esses objetivos. Porém, é importante salientar que um dos desafios encontrados para a atuação nas instituições é a falta de preparo de alguns profissionais, que muitas vezes não conhecem o funcionamento do SUS, o que foi mencionado como um problema vindo ainda da graduação. Diante disso, é importante ressaltar como esse problema advém também dos cursos de graduação em psicologia no Brasil, que é voltado mais para a atuação na área clínica, que ainda é a área mais valorizada atualmente, ou seja, a atuação da psicologia voltada para a área da saúde fica em segundo plano, possivelmente apenas para cumprir com conteúdos programáticos, isso é evidenciado ainda nos estágios,

em que uma pequena parte é destinada para atuação dentro do SUS, o que contribui para o fenômeno e dificuldades relatados pelos entrevistados, e que precisa ser exposto para que assim seja repensado dentro de uma perspectiva geral na atuação desses profissionais.

Diante do estudo exposto, foi possível compreender que a atuação do psicólogo no SUS, e respectivamente na saúde mental, vai além de apenas tratar os diagnósticos existentes, o trabalho é amplo, trata-se de oferecer aos usuários possibilidades de enxergar nesses, as suas potencialidades e ajudar os mesmos a encontrarem utilidades para essas, é um trabalho de ressignificação diária, de inquietar-se com o que é tido como normal e comum, de buscar melhorias para além do CAPS, com uma proposta de que todos conheçam e entendam como se dá esse tipo de trabalho.

É importante evidenciar o quanto a atuação do psicólogo da saúde no SUS ainda é desconhecida por muitos, o que causa confusão sobre o entendimento do serviço realizado, em que diversas pessoas acreditam que se trata do mesmo trabalho realizado na área clínica, inclusive chegam a buscar o CAPS com intuito de serem atendidas individualmente, e acompanhadas em processos psicoterápicos, diante dessa demanda, observou-se que nem sempre os profissionais que trabalham no CAPS ou na atenção básica como um todo, conseguem explicar que tipo de trabalho o psicólogo realiza neste espaço, o que evidencia falta de conhecimento dos próprios funcionários, e dificulta a disseminação de informações sobre a atuação do profissional de psicologia.

Esse estudo apresenta como contribuição para a área, uma desconstrução da visão que se tem do psicólogo que atua no SUS, pois estes têm suas práticas voltadas para um contexto biopsicossocial, baseado no estar junto, compreendendo de perto a alteridade da sociedade e como isso tem refletido no adoecimento das pessoas, respeitando o desejo, e usando suas diversas possibilidades para restabelecer a autonomia dos sujeitos com transtornos mentais graves e persistentes, conectando-os à esperança, a possibilidades de estar no mundo, de estar em vida, lutando cotidianamente pela garantia de direitos, e para que essas pessoas possam ser o que quiserem e que possam ser respeitadas por isso.

A partir dos resultados expostos, é importante se pensar como uma nova linha de investigação, em como se estabelece a formação desses profissionais em nosso país, pois, ficou evidente que uma das dificuldades da atuação no SUS advinham de déficits encontrados ainda na formação acadêmica, já que essa tem suas práticas e atuações em campo pouco voltadas para a saúde pública e para a área social. Ou

seja, muitos profissionais chegam para atuar, porém não tem o conhecimento necessário do que é e como se estabelece o Sistema Único de Saúde, muito menos a Rede de atenção Psicossocial, o que dificulta ainda mais a articulação com a rede e o atendimento nas demanda que os serviços possuem atualmente.

Uma das limitações encontradas para a realização desse estudo, foi a dificuldade de acesso aos profissionais no seu local de trabalho, o que foi justificado pela alta demanda de que esses têm e também pela parte burocrática estabelecida pelo órgão que direciona o funcionamento das instituições, diante dessas limitações foi necessário articular com esses profissionais fora de seus ambientes de trabalho, e mesmo diante desses empecilhos, todos se mostraram solícitos, prestativos e dispostos a contribuir.

Apesar dessas limitações, conclui-se que os objetivos do estudo foram alcançados na medida em que se obteve os resultados sociodemográficos e acadêmicos dos entrevistados, o que nos traz uma perspectiva de como se constitui a preparação acadêmica e a prática desses profissionais para o cuidado com sujeitos sob hipótese diagnóstica de esquizofrenia, em que a maioria se mostram preparados, exercem um cuidado de forma responsável e com qualidade. Foi possível também verificar onde se constitui os locais de atuação dos psicólogos junto a pacientes esquizofrênicos, em sua maioria se constitui nos CAPS's, ou seja, a atuação desses profissionais é voltado para o cuidado em liberdade, de reinserção social. Outro objetivo alcançado foi a compreensão dos principais desafios da atuação do psicólogo que trabalha com sujeitos esquizofrênicos, neste ponto foram identificados que esses não estão relacionados a técnicas da psicologia ou dificuldades de lidar com essa patologia em si, mas sim a falta de recursos para se exercer a profissão, que está diretamente ligado ao sucateamento do SUS, a falta de profissionais para atender a grande demanda e a falta de informação e instrução de alguns profissionais relacionados ao funcionamento do próprio SUS e da rede de atenção psicossocial.

Portanto, diante dos objetivos propostos para o presente estudo, foi possível compreender qual o papel do psicólogo no cuidado e acompanhamento de pacientes esquizofrênicos no SUS, isso só foi possível através de uma compreensão de como funciona a atenção psicossocial, e através da desconstrução de paradigmas a respeito da profissão e a respeito da própria patologia. Mais especificamente, foi possível compreender também o sujeito com esquizofrenia não mais como um sujeito apenas com esse rótulo, mas sim como um indivíduo inserido no mundo, com uma história de vida, deveres e com direitos. E apenas a partir disso que se é possível olhar para esses indivíduos e pensar em possibilidades de cuidado a partir

da psicologia e das técnicas que ela possui, ou seja, oferecendo a esses sujeitos possibilidades de existir. Foi possível entender que só se pode cuidar de um paciente com esquizofrenia ou em qualquer outra condição, a partir do momento em que se permite conhecer o contexto de vida desses indivíduos e respeitar as suas diversas formas de se colocar no mundo, respeitando suas singularidades e desejos, para que assim possamos usar as técnicas da psicologia e trabalhar as potencialidades desses.

Levando em consideração esses aspectos, fica evidente que este trabalho de conclusão de curso, mais especificamente para avaliação na disciplina Temáticas de pesquisa em Psicologia favoreceram a qualificação técnica, possibilitando conhecer alguns aspectos de natureza psicológica, ajudando a articular conceitos teóricos junto à prática com o levantamento dos dados colhidos, propiciando também o desenvolvimento de raciocínio clínico e desempenho ético profissional.

REFERÊNCIAS

ABP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **ABP esclarece: Esquizofrenia.** 7 fevereiro, 2014. Disponível em: <https://www.abp.org.br/portal/archive/17204> Acesso em: 1 de mai. 2018.

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. **Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar.** Ministério da saúde. Rio de Janeiro 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/diretrizes_assistenciais.pdf> Acesso em: 17 de fev. 2019.

ALMEIDA, R; MALAGARIS, L. **A prática da psicologia da saúde.** 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012> Acesso em: 12 de out. 2019.

AMARANTE, P.; NUNES, M. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/2067-2074/pt/> Acesso em: 14 de ago. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM V. 2014. 948 p. 102. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnosico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf> Acesso em: 01 de mai. 2018.

BAPTISTA, T; SIMON, A. **O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil.** 2011. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100016> Acesso em: 02 de out. 2019.

BARROSO, S; SILVA, M. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia.** 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008> . 23 de set. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde mental: 15 anos depois

de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 13 de ago. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf> Acesso em: 25 de ago. 2019.

BRUSAMARELLO, Tatiana et al. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 33-40, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 26 de out. 2019.

CASTRO, Elisa Kern de; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 48-57, set. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 12 de out. 2019.

CINTRA, M.; BERNARDO, M. **A atuação do psicólogo na atenção básica do SUS e a psicologia social**. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n4/1414-9893-pcp-37-04-0883.pdf>. Acesso em: 06 de set. 2018.

COSTA, L.; FERNANDES, C; MACÊDO, T. **Rede de apoio social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia: Estudo explanatório**. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n4/a12v18n4.pdf>. Acesso em: 29 de set. 2019.

DATA SUS, **F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes**. 2018. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm>. Acesso em: 06 de set. 2018.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.

GALVAN, Gabriela Bruno. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 53-61, dez. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 05 de set. 2019.

GUNTHER. **Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão?** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Mai-Ago 2006, Vol. 22 n. 2, pp. 201-210. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2> Acesso em: 26 de set. 2018.

MARI, Jair J; LEITÃO, Raquel J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 15-17, May 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000500006>. Acesso em: 15 de fev. 2019.

MAYNART, Willams Henrique da Costa *et al*. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-304, agosto. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400051.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Dicas em Saúde. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html> Acesso em: 25 de ago. 2019.

MOREIRA, J; ROMAGNOLI, R; NEVES, E. **O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde.** 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200004> Acesso em: 12 de out. 2019.

NETO, J. **A atuação do psicólogo no SUS: Análise de alguns impasses.** 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v30n2/v30n2a13.pdf. >. Acesso em: 07 de abr. 2018.

NETO, M. **Prof. Dr. Mario Rodrigues Louzã Neto**. **Doenças: Esquizofrenia,** Psiquiatria-Psicanálise. 2010. Disponível em : <http://www.saudemental.net/o_que_e_esquizofrenia.htm >. Acesso em: 07 de abr. 2018.

PINHO, L. M. G. **Esquizofrenia: eficácia de um programa de psicoeducação com familiares** 2013. Disponível em: <https://ria.ua.pt/handle/10773/12810> Acesso em: 11 de out. 2018

RANGEL, B.; SANTOS, A. **Aspectos Genéticos da Esquizofrenia Revisão de Literatura.** Vol. 16., n. 3., p. 27-31. 2013. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1477/1090> Acesso em: 10 de abr. 2018.

RESOLUÇÃO Nº 583, DE 09 DE MAIO DE 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso583.pdf>. Acesso em: 11 de out. 2019.

REY, G. F. L. O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica. **Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia**. São Paulo: Thompson Learning, 2005.

ROSSI, Flávia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 305-310, Junho 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de out. 2019.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. **Esquizofrenia: uma revisão**. Psicol. USP, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000400014&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 15 de mai. 2018.

SIQUEIRA, E. **"É um retrocesso de 30 anos na saúde mental", crítica do presidente do CNDH**. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 2019. Disponível em: <http://www.isc.ufba.br/e-um-retrocesso-de-30-anos-na-saude-mental-critica-presidente-do-conselho-nacional-de-direitos-humanos/>. Acesso em: 27 de set. 2019.

TRABUCO, K.; SANTOS, D. **Da Reforma Sanitária a Reforma Psiquiátrica: Os movimentos sociais e a conquista de direitos.** 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/da-reforma-sanitaria-a-reforma-psiquiatrica-os-movimentos-sociais-e-a-conquista-de-direitos.pdf>. Acesso em: 13 de ago. 2018.

ZANINI, M. **Psicoterapia na esquizofrenia.** Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22 s.1 São Paulo May 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500016> Acesso em: 25 de set. 2018.

ZAMPIVA, C.; SANTOS, L. **Saúde Mental no Sistema Único de saúde: Uma Revisão Teórica.** Copyright@. 2013. Disponível em: <http://campusaraguatins.ifto.edu.br/portal/saude/index.php/artigos/111-saude-mental-no-sistema-unico-de-saude-uma-revisao-teorica> Acesso em: 10 de abr. 2018.