

LETÍCIA ANDRADE HERRERA

**ENTRE SABERES E FAZERES: RELAÇÕES ENTRE
MEMÓRIAS E VIVÊNCIAS DE PSICÓLOGAS DO
CAPS III EM CAMPO GRANDE-MS**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE- MS

LETÍCIA ANDRADE HERRERA

**ENTRE SABERES E FAZERES: RELAÇÕES ENTRE
MEMÓRIAS E VIVÊNCIAS DE PSICÓLOGAS DO
CAPS III EM CAMPO GRANDE-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Professor Dr. Rodrigo Lopes Miranda

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE – MS

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Católica Dom Bosco

Bibliotecária Mourãmise de Moura Viana - CRB-1 3368

H565e Herrera, Leticia Andrade
Entre saberes e fazeres: relações entre memórias e
vivências de psicólogas do CAPS III em Campo Grande
- MS/ Leticia Andrade Herrera sob orientação do Prof.
Dr. Rodrigo Lopes Miranda. -- Campo Grande, MS : 2025.
91 p.; il.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade
Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, Ano 2025
Bibliografia: p. 73-81


1. Psicologia - Atuação profissional. 2. Centro de
Atenção Psicossocial (CAPS). 3. Sistema Único de Saúde
I. Miranda, Rodrigo Lopes. II. Título.

CDD: 150.23

A dissertação apresentada por **LETÍCIA ANDRADE HERRERA**, intitulada “**ENTRE SABERES E FAZERES: RELAÇÕES ENTRE MEMÓRIAS E VIVÊNCIAS DE PSICÓLOGAS DO CAPS III EM CAMPO GRANDE – MS.**”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestra em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi **aprovada**.

A presente defesa foi realizada no formato virtual. Eu **Rodrigo Lopes Miranda**, como presidente da banca assinei a folha de aprovação com o consentimento de todos os membros, ainda na presença destes.

Campo Grande 28 de julho de 2025

Documento assinado digitalmente
 **RODRIGO LOPES MIRANDA**
Data: 28/07/2025 16:37:31-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Rodrigo Lopes Miranda
Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida
Prof. Dr. Filipe Degani-Carneiro

DEDICATÓRIA

Às psicólogas deste estudo.
Continuem a luta diária, esta
pesquisa não teria existido sem
vocês

AGRADECIMENTOS

Uma dissertação é composta por muitas mãos: mãos que escrevem, mãos que orientam, mãos que inspiram, mãos que ajudam nos momentos difíceis. Fico feliz por ter várias mãos que foram fundamentais nesses dois anos.

À minha mãe, Gisele, pela ternura e carinho durante esse tempo. Seu apoio e amor incondicionais me guiaram até aqui.

Ao meu pai, Heitor, pelo apoio e amor pela pesquisa que certamente herdei.

Ao Laboratório de Estudos Históricos em Psicologia, Saúde e Educação (LEHPSE), pelas conversas trocadas, cervejas divididas e fardos em comum. Sem dúvidas minha pós-graduação foi mais leve e mais prazerosa por ser compartilhada com vocês.

Às minhas amigas-irmãs: Lorena e Fabiana. Sou muito feliz por crescer ao lado de vocês (não literalmente). Amo vocês com todo o meu coração.

Aos manezinhos Isabela e Nelson, por serem não apenas referências acadêmicas para mim, mas amigos para uma vida toda.

Aos meus irmãos Bruna, Gabriel e Thiago.

Ao meu primo-irmão Antônio. É uma sorte única ter nascido na mesma família que você.

Às minhas amigas cariocas: Laura, Ana, Duda, Carol e Marot, pela amizade e cumplicidade de todos esses anos.

À minha família, em especial meus avós Emilia e Heitor (*in memoriam*), Heloísa e Sérgio (*in memoriam*) e Moema.

Aos meus amigos: Jorge, Vnalvs, Ana Elisa, Caio, Gabriela, Millene, Guilherme. Quem tem um amigo tem tudo e quem tem vocês tem tudo mais o dobro. Obrigada.

Ao meu parceiro, Mauro, que me incentiva todos os dias a ser melhor no que faço. Seu apoio e amor foram essenciais para a conclusão desse ciclo.

À minha psicóloga Luciane, que além de excelente Gestalt-terapeuta me acompanha nessa vida há alguns anos.

Aos meus colegas do Instituto de Gestalt-terapia de Brasília, pelo encontro que continua a me marcar.

Ao meu orientador, Rodrigo. Que privilégio ser orientada por você, professor. Sou grata pelo seu cuidado e atenção.

Ao professor Filipe Degani-Carneiro, por aceitar o convite da minha banca de qualificação e pelas contribuições.

À professora Luciane Pinho, pela orientação no Núcleo de Inserção Social da Pesquisa, por aceitar o convite da minha banca de qualificação e por suas contribuições.

Aos meus professores da graduação, pelo conhecimento e trocas realizadas.

À CAPES, pelo financiamento desta pesquisa.

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas, observa-se uma ampliação das práticas da profissional em Psicologia em áreas consideradas emergentes. Parte delas vinculam-se ao campo da Saúde, especialmente após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), nos anos 1990. Há uma necessidade em compreender essas áreas emergentes, tal como as novas maneiras de atuação da psicóloga inserida nessas áreas. Particularmente, interessa-nos as práticas em Saúde Mental, mais particularmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que surgem como dispositivos centrais na Reforma Psiquiátrica brasileira e na cidade de Campo Grande.

Objetivo: Esta pesquisa objetiva identificar, descrever e analisar memórias pessoais a respeito da formação e vivências profissionais de psicólogas e psicólogos atuantes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na cidade de Campo Grande.

Metodologia: Foram realizadas entrevistas semiestruturadas previamente elaboradas pela pesquisadora e com a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da UCDB (CEP-UCDB), Parecer Nº 6.831.029. Esta pesquisa utiliza fundamentos da História do Tempo Presente e da Memória Social para sustentação teórica; recursos da História Oral como ferramenta teórico-metodológica; e Análise de Conteúdo para a análise e interpretação dos dados coletados.

Resultados: Observamos uma formação predominantemente biomédica e voltada à psicoterapia com pouco treinamento para o cuidado em saúde mental alinhado às premissas do SUS, o que pode gerar uma lacuna na formação dessas profissionais.

Conclusões: Compreendemos que a ruptura com o modelo manicomial demanda novas perspectivas de cuidado. Assim, diante desse novo campo de atuação profissional, apreendemos a lógica manicomial não somente na rotina de trabalho das participantes, em que o “curar” substitui o “cuidar”, como no comportamento dos usuários do serviço devido a uma falta de entendimento sobre como o CAPS funciona.

Palavras-chave: Psicologia, CAPS, formação, atuação, SUS

ABSTRACT

Introduction: In recent decades, there has been an expansion in the professional practices of Psychology into areas considered emerging. Some of these are linked to the field of Health, especially after the implementation of the Unified Health System (SUS) in the 1990s. Thus, there is a need to understand these emerging areas, as well as the new ways in which psychologists work within them. We are particularly interested in practices in Mental Health, more specifically in Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), which have emerged as central components of the Brazilian Psychiatric Reform and in the city of Campo Grande. **Objectives:** This research aims to identify, describe, and analyze personal memories regarding the education and professional experiences of psychologists working in the Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) in the city of Campo Grande. **Methodology:** Semi-structured interviews were conducted, previously prepared by the researcher, along with the application of the Free and Informed Consent Form (TCLE), and approval from the Ethics Committee for Research (CEP-UCDB Approval Number: 6.831.029). This research is based on the theoretical foundations of the History of the Present Time and Social Memory; it uses Oral History as a theoretical-methodological tool and applies Content Analysis for the interpretation and analysis of the collected data. **Results:** We observe a predominantly biomedical training focused on individual psychotherapy, with little preparation for mental health care aligned with the principles of the SUS (Unified Health System). This may create a gap in the training of these professionals. **Conclusions:** We understand that breaking away from the asylum-based model requires new perspectives on care. In this new field of professional practice, we identified the persistence of asylum logic not only in the participants' work routines—where “curing” replaces “caring” — but also in the behavior of service users, due to a lack of understanding about how CAPS operates.

Keywords: Psychology, CAPS, practices, training, SUS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma Análise de Conteúdo.....	33
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição das Participantes	32
--	----

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	83
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista	87

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)..... 89

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Câmara de Educação Superior
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREPOP	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FUCMT	Faculdades Unidas Católicas de Mato Grosso
GEPeHP	Grupo de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia
HTP	História do Tempo Presente
IES	Instituições de Ensino Superior
MS	Mato Grosso do Sul
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PTS	Projeto Singular Terapêutico
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RS	Rio Grande do Sul

SES	Secretaria do Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCDB	Universidade Católica Dom Bosco
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
UFRRJ	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	19
3 PERCURSO METODOLÓGICO	25
3.1 Campo Teórico-Metodológico.....	26
3.1.1 História do Tempo Presente	26
3.1.2 Memória Social	28
3.1.3 História Oral.....	29
3.2 Campo Procedimental	30
3.2.1 Fontes de Informação.....	30
3.2.1.1 Fontes Documentais.....	30
3.2.1.2 Participantes	31
3.2.1.3 Instrumentos.....	32
3.3 Campo analítico: A Análise de Conteúdo.	32
4 A MEMÓRIA DA GRADUAÇÃO: CURSAR PSICOLOGIA	35
4.1 Memórias da Graduação	36
4.1.1 Escolhas na graduação em Psicologia.....	36
4.1.2 Lembranças, avaliações	36
5 VIVÊNCIAS NO TRABALHO	44
5.1 O trabalho dela (rotina laboral)	45
5.2 Funcionários e a RAPS	53
5.3 Relação graduação e Trabalho	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
7 REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES	82
ANEXOS	88

1. APRESENTAÇÃO

Existem diferentes formas de contarmos uma história. Refletindo sobre esse memorial, precisei entender a história que queria contar sobre mim. A história que faz sentido dentro desse trabalho, sobre a minha trajetória como pesquisadora, entendendo que sou várias outras pessoas além de pesquisadora. Escrever sobre as memórias de outras pessoas é um exercício mais fácil; ao escrever sobre minhas memórias, em primeira pessoa, me confundo em cronologia, conteúdo e outras personagens. Escrever sobre si é um eterno (re)aprender sobre o que pensava estar cristalizado.

Nasci em berço acadêmico. Dezembro de 1999, meu pai prestes a entrar em um doutorado e minha mãe concluindo a mesma etapa, em Pelotas, estado do Rio Grande do Sul (RS). A história deles não poderia ser diferente: conheceram-se no curso de Medicina Veterinária da Universidade Federal Fluminense (UFF), nos anos 1980. Sou fruto de duas pessoas que se uniram, em um primeiro momento, pelos estudos, e que continuam unidas pelo mesmo propósito (um deles). Logo após o término do doutorado, minha mãe foi aprovada em um concurso público na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), no campus de Seropédica, e lá vivi os anos iniciais da minha infância. Enquanto isso, meu pai era bolsista na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (o “castelinho”, como eu carinhosamente apelidei). Em casa, fui criada em meio a bolos de prova, orientações, alunos que viraram amigos de família e planos de aula. Minha mãe, antes de ser Médica Veterinária, é professora. “O que sua mãe faz? Ela dá aula.” Minha mãe sempre foi professora. Em 2007, nos mudamos para Campo Grande e ela foi direto para a sala de aula na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Nesse ano tive meu primeiro contato com a Universidade que futuramente seria casa da minha graduação e do meu mestrado. Passei horas na sala de laboratório da minha mãe olhando lâminas em microscópios e fingindo entender alguma coisa de Patologia Animal. Alguns anos depois, meu pai entrou na mesma universidade como professor e, desde então, são quase 18 anos de UCDB na minha família. Falar da trajetória deles é também falar da minha trajetória

como pessoa e como acadêmica. À medida em que crescia, entendia mais o que eles faziam não só como professores, mas como pesquisadores. Com o vestibular batendo à minha porta, várias incertezas tomaram conta de mim. Como escolher o que quero fazer? Desde que aprendi a ouvir me perguntam se eu não iria fazer Medicina Veterinária como os meus pais (e aqui um pequeno adendo: minha mãe é especialista e trabalhou a vida toda com Patologia Animal, enquanto meu pai com doenças infecciosas. A representação do veterinário na clínica cuidando de um cachorrinho com pata quebrada não existia para mim). “Não”, eu respondia, “não quero mexer em animal morto nem estudar inseto”. Não queria fazer Direito, não gostava de Matemática nem Física, não me interessavam as biológicas, não sei desenhar nem pintar, não canto (bem), então o que me resta? Comecei a fazer o curso de graduação em Letras na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – pois eu gosto muito de ler e escrever. Lá, a Licenciatura me fez desgostar do curso muito cedo, o que me conduziu à segunda opção: Psicologia. Psicologia não porque eu tenho desejo em entender as motivações do ser humano ou porque eu gosto de cuidar, porque eu quero compreender as relações. Psicologia porque eu sempre soube que nada disso me seria respondido e eu poderia me confirmar em um curso que é aberto à subjetividade e ao “depende”, à incerteza, entender que o meu conhecimento não tinha soberania alguma. Psicologia por despertar curiosidade. Eu sempre fui curiosa.

Dentro da Universidade, iniciei minha primeira iniciação científica no 3º semestre sem ter muita certeza se eu iria gostar, cheia de dúvidas. Essa primeira experiência foi definitivamente um divisor de águas. Aprendi a escrever melhor, a ler melhor, a estudar, a pensar como uma pesquisadora, a ser mais investigativa (curiosa já sou), a passar melhor por frustrações acadêmicas e trabalhar em conjunto. Na Pandemia de Covid-19 encerrei meu ciclo inicial de Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e não comecei outro em seguida por entender que estava em outro momento e tinha outras necessidades. Contudo, em 2022, no meu último ano de graduação, uma incerteza muito grande começou a permear

meus dias: o que fazer depois da graduação? Nesse momento, olhei muito para os meus pais, para o que eles haviam feito após a graduação e concluí que o caminho mais lógico a seguir seria o da pós-graduação. Lógico e com sentido: eu havia feito uma iniciação científica, amava escrever, gostava de pesquisar e queria, futuramente, lecionar. Nesse momento, em junho de 2022, uma amiga me convidou para entrar como iniciação científica voluntária no projeto de pesquisa do seu orientador e que falaria com ele para verificar a possibilidade. Foi possível. Assim, tornei-me estudante de iniciação científica do professor Rodrigo Lopes Miranda, em 2022. O “professor” (como carinhosamente o chamo) me orientou até meu ciclo final, em 2022/2023. Nesse último ciclo, trabalhamos com o conceito de Memória Social (Sá, 2007) vinculada à história oral (Darahem et al., 2014), o que me fez não só conhecer esses conceitos, como querer continuar trabalhando com eles pela curiosidade despertada no âmbito da memória e de como registrar essas memórias de forma que não sejam perdidas. Em julho de 2023, mesmo antes da minha colação de grau na graduação, eu estava matriculada no Mestrado graças ao apoio dado pelo “professor” para que eu me inscrevesse.

Essa pesquisa surge, então, como modo de preencher algumas inquietações pessoais. Em primeiro lugar, investigar a formação das psicólogas¹ como meio de fortalecer a categoria profissional, entender o que e como nós estamos fazendo o que fazemos. Durante a minha graduação, eu me questioneei muito sobre o que estava aprendendo em alguns momentos e, após me formar, mais ainda. Esse lugar de desassossego me permitiu muitas reflexões sobre o que gostaria de pesquisar no mestrado antes de chegar neste trabalho. Em um segundo momento, refleti sobre como eu gostaria de estudar a atuação da minha categoria profissional. Em qual lugar, ocupado por psicólogas, eu gostaria de dedicar os dois anos desta pesquisa? Minhas aproximações ideológicas com a luta antimanicomial e o abolicionismo penal me deixaram

¹ Preferimos o termo no gênero feminino ao levar em conta as 5.204 psicólogas frente aos 789 psicólogos no Mato Grosso do Sul (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2025).

claro qual caminho trilhar: o da liberdade. Como nós, psicólogas, lidamos com a liberdade tão recentemente cedida aos sujeitos em sofrimento mental grave? Como somos ensinadas a nos portar diante dessas pessoas? Como somos preparadas para essa atuação? Em setembro de 2023, recém-ingressada no mestrado, assisti à qualificação de uma colega do Grupo de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia (GEPeHP), do qual faço parte, sobre a saúde mental dos profissionais de Enfermagem que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em Campo Grande. Lembro de ter me emocionado com os relatos e a pesquisa e decidido que esse era o caminho que eu gostaria de trilhar: estudar a atuação da minha categoria profissional na RAPS em Campo Grande. Dessa maneira, quando eu percebi, havia uma pergunta de pesquisa ali diante das minhas angústias e anseios. Essa escolha, então, constrói-se a partir do meu interesse pelo cuidado em liberdade, políticas que prezam pela autonomia e emancipação do sujeito, como a luta antimanicomial, e pelo meu alinhamento com outras políticas de desinstitucionalização, como o abolicionismo penal.

Este texto está dividido em 5 capítulos. O primeiro, um memorial pessoal, apresentando minha história de vida e os caminhos que me levaram até o lugar que ocupo hoje; o segundo capítulo situou a minha pesquisa historicamente para compreender o contexto no qual este trabalho se localiza, como um mapa do tempo; no terceiro capítulo tracei um caminho metodológico com meus passos procedimentais e analíticos; no quarto capítulo apresentei os relatos das participantes sobre a época da graduação, suas lembranças e memórias, assim como suas vivências no trabalho atual; e, no quinto capítulo, teci as considerações finais deste trabalho.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

A consolidação da Psicologia como profissão entre as décadas de 1960 e 1970 ocorreu em período turbulento: em meio a uma ditadura empresarial-militar. A Psicologia, composta por jovens e majoritariamente mulheres, nesse começo se concentrava fortemente no Sudeste do país, com foco nas capitais (e.g., Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, etc.). Nessa seara é instituída a Reforma Universitária (Lei n.º 5.540/1968), que possibilitou a expansão da Psicologia por meio do crescimento das instituições de caráter privado – as quais dominavam em termos de formação em Psicologia. Tais instituições privadas de educação, por meio da Reforma, se beneficiaram e, nesse momento, os cursos de formação em Psicologia dispararam, consolidando uma nova fase da institucionalização da Psicologia (Souza, 2021). Todavia, esse crescimento não poderia ser realizado sem uma queda brusca na qualidade do ensino, pois a quantidade de psicólogas com formação na área era escassa para a quantidade de cursos criados na época (Rosas et al., 1988). Dessa forma, é possível dizer, diante desse contexto, que a grande procura pelo curso de Psicologia torna-se um atraente investimento comercial fomentado pela ditadura empresarial-militar, por meio da Reforma Universitária de 1968.

Oliveira et al. (2022) nos indicam que essa desordem inicial do ensino superior em Psicologia no país também marcou a psicologia clínica, particularmente a práxis psicoterapêutica, como ponto central tanto na formação quanto na atuação das psicólogas. Existia uma influência da autocracia burguesa em tal centralidade da clínica devido ao enriquecimento da classe média, o que demandou uma nova figura em ascensão: o psicoterapeuta (Langenbach & Negreiros, 1988). As autoras argumentam: “perscrutar individualmente resposta para conflitos, diluía-se a possibilidade de reflexões mais coletivas, as quais poderiam remeter a questionamentos mais substantivos na direção de mudanças políticas” (Langenbach & Negreiros, 1988, p. 88). Ou seja, ao privilegiar essa escuta que ocorria de forma isolada e distante de uma atuação coletiva, reduzia-se a possibilidade de uma Psicologia crítica que pudesse desafiar o regime vigente à época.

Após 21 anos de ditadura empresarial-militar e gradativa redemocratização, em um período logo após a promulgação da Constituição de 1988, vários estudos foram financiados pelo Conselho Federal de Psicologia a fim de levantar dados sobre a profissão no país. Alguns debates surgiram com essas publicações: psicólogas em outros campos de atuação além da clínica; novos empregos nas políticas públicas; o trabalho multiprofissional; relevância social da Psicologia e sua relação com o compromisso junto às classes subalternas (Bastos et al., 2010). Em 1992, no livro “Psicólogo Brasileiro: construção de novos espaços” (CFP, 1992), em que se propôs uma análise da profissão passados 30 anos da Lei nº 4.119/62, que regulamentou a profissão e a formação no país, foi constatado um aumento da profissão em setores privado e público, e uma expansão promovida por uma interiorização das Instituições de Ensino Superior (IES), que aumentaram esse alcance da Psicologia em território nacional. Naquele período, surgia uma emergência da Psicologia voltada para o campo social, para as “zonas emergentes” – apesar disso, o estudo de 1992 constatou a centralidade da clínica, especialmente como psicoterapia, nas áreas de atuação.

Como um exemplo da Psicologia voltada para esses campos sociais temos a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início dos anos 1990, e a criação de suas equipes, o que absorveu psicólogas para o setor público/comunitário (comunitário empregado aqui pelo trabalho na comunidade). Nessa época, em 1992, ocorreu o I Encontro de Coordenadores de Curso de Formação de Psicólogos, que ficou conhecido como Encontro da Serra Negra e teve como importante resultado a Carta de Serra Negra, que discorre sobre aspectos norteadores da formação profissional da psicóloga brasileira, como: o compromisso ético-social com a realidade do país; a diversidade de campos teóricos e práticos para atuação; o vínculo ensino-pesquisa-extensão, por exemplo (CFP, 1992). Dessa maneira, observamos a criação de um novo terreno do qual a Psicologia se apropriou gradativamente.

No contexto educacional, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação em Psicologia foram publicadas em 2004, por meio da Resolução emitida pela Câmara de Educação Superior (CES), subordinada ao Conselho Nacional de Educação (CNE), CNE/CES nº 8, de 07/05/2004, com o objetivo de servir como um modelo para a organização dos cursos de formação em Psicologia no ensino superior. As Diretrizes permitem maior flexibilidade na criação dos currículos, pois as IES poderiam optar por enfatizar determinadas áreas do conhecimento em detrimento de disciplinas e cargas horárias já pré-estabelecidas, como antes, no currículo mínimo (Rezende, 2014). Em 1998, o Ministério da Saúde (MS) promulgou a Resolução nº 318, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que reconhece a Psicologia como uma das treze áreas que compõem o campo da saúde. Frente à antiga proposta curricular, o enfoque das DCNs é o desenvolvimento de aptidões e conhecimento que será adquirido durante a formação. Desse modo, existe uma prática como sustento de um modelo teórico desde os primeiros semestres do curso. Uma das novas ênfases das DCNs era, justamente, o reconhecimento do campo heterogêneo de atuação em Psicologia naquele momento (Ferreira, 2010).

A consolidação de uma formação generalista e plural baseava-se na urgência de ampliar e variar as práticas de formação da psicóloga – rejeitou-se, desse modo, a soberania das práticas elitistas e hegemônicas na clínica tradicional (psicoterapia) seguindo o modelo biomédico, e possibilitou uma aproximação com o setor público (CFP, 1994). Tornou-se importante, assim, compreender as áreas emergentes da Psicologia, especialmente sua atuação na questão de saúde coletiva, para entender como a formação durante o ensino superior tem preparado as psicólogas para esse novo exercício. Dentre tais espaços de saúde coletiva e políticas públicas de saúde encontra-se a RAPS.

A RAPS é fruto da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088/2011 e consolida uma Rede integral atuante em saúde mental substitutiva, com diversos componentes que a integram. O

Centro de Atenção Psicossocial destaca-se por ser um espaço que alterna entre o cuidado individual com o sujeito e um lugar de reabilitação psicossocial por meio da inserção na comunidade e no território. Dessa maneira, esse dispositivo conformou-se como um local estratégico em cuidados com saúde mental. Os CAPS são classificados em uma ordem crescente de cobertura populacional, complexidade assistencial e população-alvo (Conceição et al., 2018). Em Campo Grande existem sete unidades desse dispositivo: quatro CAPS III, dois CAPS AD IV e um CAPSi Infante Juvenil. Todas as unidades funcionam 24 horas por dia². Neste trabalho, entrevistamos as psicólogas que atuam nos CAPS III. A escolha do local (CAPS) é relevante, haja vista dados recentes que nos mostram a centralidade desse dispositivo na Reforma Psiquiátrica brasileira e, particularmente, na história no município de Campo Grande (Marcelo, 2023), onde foi central para a implementação da Reforma. O serviço de saúde mental em Campo Grande tem como marcador dois eventos importantes ocorridos em 1966: a inauguração do Sanatório Mato Grosso, atualmente o hospital psiquiátrico Nosso Lar, e a fundação do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia, um dos serviços pioneiros em psiquiatria no país (Marcelo, 2023). À época, Campo Grande ainda pertencia ao estado de Mato Grosso (MT), contava com cerca de 90 mil habitantes e tinha 90 médicos, nenhum deles psiquiatra. Em 1975, foi criado o primeiro curso de graduação em Psicologia na cidade, na Faculdades Unidas Católicas da Mato Grosso (FUCMT), atualmente a UCDB. Dessa maneira, com psicólogas formando-se em Campo Grande, não era mais necessário trazer essas profissionais de fora para atuar nas instituições referidas.

Com a implementação das novas diretrizes do SUS, criou-se uma lei própria, a Lei nº 1.293, de 21 de setembro de 1992, que diz respeito ao Código Sanitário do Estado. É a primeira vez que o termo Saúde Mental faz sua aparição nos registros legais do estado. Esse documento

² Disponível em: <https://www.campogrande.ms.gov.br/cgnoticias/noticia/prefeitura-inaugura-novo-centro-de-atencao-psicossocial-e-amplia-vagas-para-tratamento-de-dependentes-de-alcool-e-drogas/>

prevê a criação de novos serviços em saúde mental junto aos serviços de saúde e foi observado que Saúde Mental aparecia associada à assistência do médico e psiquiátrica. Passados três anos da publicação da Portaria n.º 3.088/2011, que regulamenta a RAPS, a Secretaria do Estado de Saúde (SES) do MS aprovou o primeiro Plano de Ação Regional da RAPS no estado, a Portaria SES/MS n.º 044, de junho de 2014, que descreve os dispositivos e seus pontos de atenção. Esse Plano de Ação foi atualizado em 2019 e, posteriormente, em 2022 (Marcelo, 2023).

Assim, no entrelaçamento entre minha história pessoal, descrita no capítulo anterior, com os achados da literatura ora apresentados, esta pesquisa objetiva identificar, descrever e analisar memórias pessoais a respeito da formação e vivências profissionais de psicólogas e psicólogos atuantes na RAPS na cidade de Campo Grande (Mato Grosso do Sul, MS). Esse objetivo geral encontra-se organizado a partir de três objetivos específicos, a saber: (1) identificar e caracterizar memórias da formação de psicólogos e psicólogas que trabalham na RAPS no município de Campo Grande, MS; (2) acessar e descrever vivências de tais profissionais de Psicologia que trabalham na RAPS no município de Campo Grande, MS; e (3) analisar e discutir a relação entre as memórias e vivências dos profissionais entrevistados e os documentos legais referentes à formação em Psicologia, no Brasil.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Para a construção do nosso percurso metodológico utilizamos fundamentos da História do Tempo Presente (Padrós, 2009), bem como os conceitos de Memória Social (Sá, 2007), fundamentos da História Oral (Thompson, 1992) e Análise de Conteúdo (Bardin, 1977) como procedimento de análise.

3. 1. Campo Teórico-Metodológico

3.1.1 História do Tempo Presente

Existem dois nomes da mitologia grega que gostaríamos de apresentar antes de iniciar essa subseção, *Kronos* e *Kairós*. O titã *Kronos* representa um tempo avassalador, um tempo que deseja controlar e que se encerra nele mesmo. Já *Kairós*, por sua vez, traduz um tempo que ocorre de maneira singular a cada sujeito que o vivencia – é um tempo subjetivo, representado pelo momento oportuno. Desse modo, temos duas modalidades temporais: a primeira imutável, irreduzível e mensurável em décadas, anos, meses e dias, subordinados ao relógio, tempo esse que nos serve de referência para uma vida em sociedade. E o *Kairós*, tempo individual, único, imprevisível e variável (Martins et al., 2012). O tempo *Kronos* significa o tempo “aprendido”: aquele pelo qual entendemos que existiu um passado anterior, existe um presente agora e existirá um futuro. O tempo *Kairós* seria como uma percepção individual do tempo: quando viajamos e o tempo parece passar rápido demais; ou em momentos de espera, nos quais o minuto parece ter 120 segundos. É o tempo qualificável (Martins et al., 2012). A História do Tempo Presente (HTP) (Padrós, 2009) como aporte teórico para esse trabalho será guiada de forma preponderante na direção do *Kairós*, pois procuramos trabalhar não com um tempo rígido e imutável, mas com temporalidades que se atravessam, memórias afetadas pelas vivências do presente e um passado que existe junto ao tempo presente. Um tempo não exclui a necessidade do outro, mas evidenciamos a necessidade de não privilegiar a soberania do tempo *Kronos*.

A HTP, nessa seara, aponta na direção de uma “história em aberto” caracterizada por uma dinamicidade que interfere na assimilação dos movimentos de transformação e conservação de saberes. O fato analisado no contexto do Tempo Presente não está isolado do contexto histórico-cultural que lhe dá sentido e, para não cair na armadilha de uma análise do presente superficial e desarticulada do seu cenário histórico, é necessário “identificar e avaliar tendências e esclarecer as mudanças básicas de estrutura que funcionam como sedimento do contexto analisado” (Padrós, 2009, p. 31). Assim, utilizamos a HTP como uma estratégia de atribuir sentido a contextos que não se encontram “distantes” o suficiente para estarem no passado, mas que possuem lacunas e merecem ser estudados e sistematizados, ainda que outros estudos e sistematizações venham depois. Com essa primeira interpretação dos fatos que acontecem no tempo presente, há tempo de agir sobre o que foi evidenciado – e não esperar o distanciamento cronológico ou os documentos oficiais para entender o que havia ocorrido. Desse modo, a HTP vem como um testemunho do vivido por meio da memória ao tomarmos o vivido como a lacuna de tempo entre o nascer e a morte, na qual todos nós sofremos e agimos em sociedade (Silva, 2015). O presente, dessa maneira, é um campo de descontinuidades, construção, sobreposições e forças agindo e sofrendo o tempo todo.

Dentre as possibilidades de acesso à memória temos a oralidade. Nesse contexto, pensamos que a memória do vivido e como ela se relaciona com o que acontece no presente estabelece um elo fundamental entre passado, presente e futuro, que evidenciam a subjetividade das ligações entre os sujeitos com os acontecimentos passados e a maneira que eles são reelaborados e produzidos como memórias (Silva, 2015). Ao configurarmos este trabalho na seara da HTP evidenciamos acontecimentos passados que nos importam, como as memórias e suas reelaborações, e interligando tais eventos com o tempo presente, ou seja, o trabalho como psicóloga nos CAPS.

3.1.2. Memória Social

Ao pensarmos a memória neste estudo nos referimos a uma memória atravessada por vivências, ambientes, ocasiões e situações que retiram a memória de um lugar intocado no passado e a transformam em um conceito vivo e passível de influências (Sá, 2007). A noção de memória social, de acordo com Sá (2012), é caracterizada como um termo “guarda-chuva” que denomina vários aspectos dos fenômenos psicossociais da memória. Segundo o autor,

A memória humana não é uma reprodução das experiências passadas, e sim uma construção, que se faz a partir dessas experiências, por certo, mas em função da realidade presente e com o apoio de recursos proporcionados pela sociedade e pela cultura. (Sá, 2012, p. 291)

Desse modo, estamos de acordo com Sá quando privilegiamos esse conceito de memória que denota uma vivência do passado apoiada no presente, no contexto atual vivido, perpassada por aspectos sociais/culturais e que não visa somente reprisar o passado.

O autor conceituou algumas noções de memória que serão apropriadas neste trabalho: memórias comuns, memórias coletivas e memórias pessoais, todas derivadas do conceito de memória social. Essas instâncias são derivadas do conceito abrangente de memória social, pois segundo a proposta de Sá (2007), ao falarmos em memória social podemos abordar variados aspectos que não diferem muito entre si, mas ao mesmo tempo são diferentes por algumas características. As memórias comuns se referem às memórias comuns a um grupo de indivíduos, mas desenvolvidas de maneira independente umas das outras, ou seja, esses sujeitos não necessariamente estão em contato, mas são expostos aos mesmos fatos e informações. No caso dos participantes em questão, todos cursaram a graduação em Psicologia. Memórias coletivas seriam “conjuntos de representações sociais sobre o passado que os grupos produzem, guardam, institucionalizam e transmitem através da interação dos seus membros” (Jedlowski,

2001, p. 33). As memórias pessoais são referentes ao próprio passado individual rememorado pelos sujeitos, mas que está invariavelmente inserido em um contexto sócio-histórico. As memórias comuns, compartilhadas pelas participantes ao relatarem suas vivências no trabalho e na graduação, as memórias pessoais, relativas à história pessoal de cada uma, e as memórias coletivas, referentes às representações sociais do passado, se atravessam nessa pesquisa por meio dos relatos.

Mais do que apenas uma reprodução do vivido, Sá (2007) se refere às memórias como uma construção a partir do passado, no presente, sob a lente da realidade e com os meios sociais e culturais presentes quando essa memória é evocada. Desse modo, a experiência vivida não permanece incólume, sendo atravessada pelos contextos, vivências posteriores, conjunturas sociais e pessoais.

3.1.3. História Oral

A História Oral foi apropriada como uma ferramenta para nos ajudar, teórico-metodologicamente, a construir essa história. A História Oral é “um recurso moderno usado para a elaboração de registros, documentos, arquivamento e estudos referentes à experiência social de pessoas de grupos. Ela é sempre uma história do **tempo presente** e também reconhecida como **história viva**” (Meihy & Holanda, 2007, p. 17, [grifo dos autores]). Dessa forma, nesse estudo, ela desempenha a função de registrar as vivências das nossas participantes e, portanto, preservar suas experiências sociais como psicólogas da RAPS.

Ao operarmos com a oralidade, contam-se histórias, criam-se registros e lembranças e vivências são sistematizadas e, como consequência, conservam-se ao longo do tempo. Realizar entrevistas com indivíduos que são testemunhas de um evento que fornece um elo entre eles, seja uma instituição, uma profissão, um acontecimento histórico ou um movimento social permite que a história seja feita enquanto existem testemunhas vivas dispostas a nos dar o relato

de suas memórias e vivências (Darahem et al., 2014). Nessa esteira, quando nos debruçamos sobre os relatos das psicólogas, descobrimos uma história não escrita nos documentos oficiais sobre seu campo de trabalho.

O recurso da História Oral é caracterizado por ser uma descrição dos fatos individuais – contudo, é possível obter informações durante as entrevistas que perpassam essa esfera individual e pertençam à coletividade em que o entrevistando está inserido (Darahem et al., 2014). É importante ressaltar que essa chamada coletividade não é somente a soma das histórias individuais, e sim a repetição de certos elementos nas entrevistas que garantem o fator unitário entre os participantes e que qualificaria essa memória coletiva. Assim, a História Oral, mais do que apenas uma técnica de entrevista, neste trabalho, é utilizada para levantar, dentre outros aspectos, a experiência social de grupos – “ela é sempre uma história do tempo presente e também reconhecida como história viva” (Meihy & Holanda, 2007, p. 17). Os relatos, por serem no presente, estão permeados por manifestações e condutas do aqui e agora. Com isso, o ato de lembrar torna-se uma construção de sentido e reflexão das lembranças ocorridas no passado à luz de um presente constante. Assim, as memórias são tidas como fontes por meio da história oral que as desvelam e as tornam permanentes em documentos históricos possibilitando a criação de um objeto histórico a partir da memória (Dosse, 2001).

3.2. Campo Procedimental

3.2.1. Fontes de Informação

3.2.1.1 Fontes Documentais

As fontes utilizadas nesse estudo foram primárias e secundárias. As fontes primárias dividem-se em (1) Fontes textuais – documentos legais que dizem respeito à formação das psicólogas e documentos legais de saúde sobre os CAPS (portarias e decretos); e (2) Fontes orais – a sistematização dos relatos das participantes. As fontes secundárias, por sua vez, foram

materiais já publicados que fazem referência à formação da psicóloga e sua atuação no CAPS, que forneceu a sustentação teórica para este trabalho.

3.2.1.2. Participantes

As entrevistas foram realizadas entre junho e setembro de 2024, de maneira presencial, com o auxílio de um gravador de voz. As participantes são 10 psicólogas que atuam no CAPS III. A identidade das participantes foi preservada segundo as diretrizes de ética necessárias e apresentadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado às entrevistadas (ver APÊNDICE A). Desse modo, para a sua identificação adotamos nomes fictícios, pois acreditamos que, ao nomear as participantes, podemos melhor caracterizá-las (ver Tabela 1). Essa pesquisa foi submetida e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UCDB (CEP-UCDB), CCAE: 78842424.7.0000.5162 (ver ANEXO A).

Na Tabela 1 observam-se características das participantes. Elas foram majoritariamente mulheres ($n = 9$) graduadas na primeira década do século XXI ($n = 6$) com idade superior a 30 anos (média de 42 anos) e majoritariamente graduadas pela UCDB ($n = 4$). Apesar da última característica não ter sido previamente observada, nos pareceu que tal informação seria relevante, então científicamos o dado quando foi coletado. Como veremos no decorrer da análise e interpretação das memórias, o momento em que as participantes se graduaram parece interferir nas memórias sobre a graduação e, ainda, sobre como percebem a influência do treinamento sobre o trabalho atual. Os dispositivos em que as profissionais atuam não são descritos com mais detalhes, pois poderiam identificar não só as entrevistadas como a unidade, o que não foi previsto pelo CEP, nem autorizado pelas participantes.

Tabela 1*Descrição das participantes*

Participante	Ano de Formação	Gênero	Idade (em anos)	Universidade
Angélica	1990	Feminino	Não informado	UCDB
Bárbara	1999	Feminino	50	UFMS
Cristina	2002	Feminino	53	UCDB
Daniela	2003	Feminino	44	Não informado
Eduarda	2007	Feminino	40	UFMS
Fernanda	2008	Feminino	37	UCDB
Guilherme	2008	Masculino	39	Não informado
Heloisa	2010	Feminino	43	UFMS
Isabela	2014	Feminino	33	Não informado
Júlia	2020	Feminino	Não informado	UCDB

3.2.1.3. Instrumentos

A coleta de informações foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com a autorização das participantes após a assinatura do TCLE. O roteiro de entrevista encontra-se ao final da dissertação, no APÊNDICE B. Como indicado anteriormente, todas as entrevistas foram realizadas presencialmente com o auxílio de um gravador de voz para, posteriormente, serem transcritas. As participantes tiveram acesso à transcrição e puderam retirar da entrevista trechos que julgaram inconvenientes ou que não aceitaram ser apresentados na pesquisa.

3.3 Campo Analítico: A Análise de Conteúdo

Com as entrevistas realizadas, foi necessária uma ferramenta que abarcasse o conteúdo das memórias pessoais partilhadas pelos entrevistados. Nessa seara, utilizamos a Análise de Conteúdo (Bardin, 1977) para a análise e interpretação das memórias produzidas nas entrevistas. O objetivo desse procedimento é examinar significados e interpretações dos participantes a respeito de um determinado tema/fenômeno que é analisado, posteriormente, mediante uma rigorosa sistematização que permite a categorização e classificação dos

conteúdos. Sobre a definição de Análise de Conteúdo, Moraes (1999) nos diz: “Uma técnica de investigação que conduz a descrições sistemáticas, pois ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.” (p. 2)

A análise foi realizada a partir de duas etapas, a primeira, denominada Pré-Análise, que implicou na leitura flutuante de todas as entrevistas. Em seguida, elas foram lidas sucessivas vezes para que, a partir do seu conteúdo, fossem extraídos elementos que compusessem as categorias analíticas da pesquisa. A leitura flutuante ocorreu após a transcrição das entrevistas. Elas foram organizadas e lidas repetidas vezes na intenção de buscar aspectos relevantes, assim como aqueles que seriam pouco pertinentes aos objetivos da pesquisa. Foi um momento de entrar em contato com o material de forma mais profunda para tornar possível a compreensão do que de fato seria analisado, uma apropriação dos dados para saber se eles iriam ao encontro dos objetivos do trabalho. Após esse primeiro momento, formulamos as unidades que mais apareciam no material analisado para podermos seguir para a próxima fase.

Figura 1

Fluxograma Análise de Conteúdo



Na Figura 1 observa-se o caminho pelo qual as categorias analíticas foram criadas, relacionando o roteiro de entrevistas, o sentido inicialmente atribuído na leitura flutuante e, então, as categorias efetivamente operacionalizadas. Nesse segundo momento, de categorização, os conteúdos foram codificados em unidades de análise significativas para a pesquisa. Utilizamos o *Google Sheets* para a organização dessas unidades, ou seja, agrupamos o conteúdo semelhante do material e classificamos os temas que mais apareceram durante as entrevistas. Dessa maneira, surgiram duas grandes categorias de análise: **Memórias da Graduação**, com duas subcategorias: O porquê da escolha do curso e Lembranças e avaliações sobre o curso; e **Vivências no trabalho**, com três subcategorias: Rotina laboral, Funcionários e a RAPS e Relação da graduação com o trabalho. Assim, nas tabelas do *Google Sheets*, as citações diretas das falas dos participantes foram agrupadas a partir da categoria na qual se encaixavam.

4. A MEMÓRIA DA GRADUAÇÃO: CURSAR PSICOLOGIA

4.1. Memórias da graduação

A primeira grande categoria de análise deste trabalho revela aspectos da escolha do curso de graduação em Psicologia pelas participantes, suas motivações, percepções e lembranças dessa época. Além disso, suas lembranças parecem relacionar-se com o trabalho atual da profissional dentro dos CAPS.

4.1.1 Escolhas na graduação em Psicologia

Ao nos depararmos com a escolha de uma profissão, alguns aspectos impactam essa decisão: nossa personalidade, histórico familiar, motivações inconscientes, contexto social e cultural em que estamos inseridos, valores, representação social da profissão, dentre outros (Magalhães et al., 2001). A escolha vocacional é uma dinâmica demorada que demanda renúncias e novas configurações de identidade e é influenciada tanto por processos psíquicos internos do indivíduo quanto externos à sociedade (Sanches, 1999). Assim, nos intriga entender, em um primeiro momento, quais teriam sido as motivações das participantes na escolha do curso de graduação em Psicologia. Inclusive, porque tais motivações poderiam guardar relação com sua escolha do campo de atuação atual na RAPS.

Duas participantes (Angélica e Júlia) elencaram a característica ser uma boa ouvinte como um critério de escolha para o curso. Segundo a Angélica:

[...] **e eu sempre fui uma pessoa ouvinte**, sabe assim, aquela que ouvia as amigas, aquela que ouvia os irmãos, **então eu fui associando assim, é, meu interesse, com aquilo que eu achava que eu também tinha habilidades**, né [sic], e realmente me encontrei [sic], me identifico muito. (Angélica, [grifo nosso])

Em direção similar, Júlia nos diz: “[...] **eu sempre gostei muito, assim, [sic] de conversar, de ouvir, ler. Sei lá, [sic] na minha cabeça tudo isso se unia à Psicologia**. E aí eu fui para o curso de Psicologia. Não tinha nada muito específico, assim, [sic] romantizado, assim

[sic]”. Em ambos os relatos persiste a representação de uma psicóloga que tem, como característica principal, a escuta e capacidade de comunicação. A escolha profissional, nesse caso, tem como destaque a motivação em ajudar os outros como prática.

A descrição fornecida pelas participantes vai ao encontro de diferentes estudos sobre a escolha profissional pela Psicologia. Lázaro et al. (1986), em uma pesquisa que objetivava comparar as percepções e razões de escolha do curso de graduação em Psicologia entre alunos ingressantes e concluintes, chegaram a dois motivos comuns a ambos os grupos: a área Clínica como prioridade de atuação, ou seja, o trabalho como psicoterapeuta. Ademais, os autores encontraram no relato dos participantes a Psicologia como ferramenta para conhecerem-se e auxiliarem os outros, como uma forma de solucionar problemas. Tal visão da Psicologia como uma profissão de ajuda também aparece em Ulian et al. (1988), em uma pesquisa sobre a formação e atuação profissional da psicóloga. Essa concepção de auxiliar os outros ao distanciar-se do problema também é evidenciada em Santos (1992a) ao questionar alunos de Psicologia do 1º ao 9º período sobre as representações sociais da Psicologia. Resultados similares aparecem em Bastos e Gomide (2010), Braga (1998) e Ferreira (1995). Concomitantemente, há estudos identificando que a escolha em iniciar o curso de graduação em Psicologia é caracterizada pelas habilidades ou aspectos internos que os alunos acreditam desenvolver e aperfeiçoar durante a faculdade (Soares et al., 2018).

Assim, ao retomarmos os relatos de Angélica e Júlia, também notamos que elas indicam a busca por uma graduação que se relacionasse com habilidades que reconheciam previamente em si como prementes. Da mesma forma, ao observarmos as razões que motivam a escolha do curso de graduação em Psicologia, vemos: entender o ser humano, auxiliar o próximo, vontade de autoconhecimento e conhecer mais os outros por meio do curso (Santos, 1992b). Outrossim, tais memórias coincidem com a percepção da psicóloga como alguém que resolve problemas tanto individuais, psíquicos quanto externos, relacionais (Ribeiro & Sarriera, 1997). Portanto,

a psicóloga seria uma pessoa que escuta os problemas e consegue atuar como uma mediadora de conflitos.

Ao retomarmos o estudo de Santos (1992b) acerca das razões de escolha da graduação em Psicologia, verificamos que a temática de “entender o ser humano” também aparece nas memórias de outras entrevistadas. Nessa direção, Eduarda relata que sempre gostou “das coisas da mente” (P6, comunicação pessoal), mas não entendia, quando criança, a diferença entre Psicologia e Psiquiatria, então indicava que gostaria de fazer Medicina. Em suas palavras:

Eu assistia televisão e aí eu via, tipo, [sic] crime, **e aí eu queria entender o que se passava na cabeça dos outros**. Então, como eu não entendia essa diferença, eu achava que era o médico, né? [sic] Então, eu falava que eu queria estudar isso. E depois que eu cresci e eu entendi que tinha essa diferença, **que na verdade o médico, ele [sic] medicava e tudo mais, eu falei, não, eu não quero passar remédio. Eu quero entender, eu quero conversar, né? [sic] Eu quero ter esse conhecimento**. E aí foi que eu, até foi na época da escola, surgiu a oportunidade numa, acho que era Feira de Ciências, agora não me recordo muito bem, de fazer um trabalho sobre isso. E aí, realmente, eu entendi que era aquilo, porque nessa escola eu tive contato com uma psicóloga, era uma escola particular, e até então eu também nunca tinha tido, assim, [sic] um contato com psicóloga, e aí eu entendi a diferença, aí eu tive certeza, falei, não, é Psicologia que eu quero, porque eu queria entender as coisas mesmo da cabeça. (Eduarda, [grifo nosso])

Um aspecto que nos chamou a atenção nesse relato foi o de, ao descobrir que “na verdade o médico era quem prescrevia as medicações” (Eduarda comunicação pessoal), a participante entendeu que não gostaria de fazer isso, mas sim entender e conversar, “eu quero ter esse conhecimento”, o que, novamente, corrobora com a representação social da psicóloga

existente na literatura. Nessa fala também surge a ideia da Medicina como aquela que somente administra remédios, denotando uma percepção medicalizante dessa categoria profissional.

Essa relação entre o “acolhimento” e a medicação também aparece no relato de outra participante. Segundo Cristina:

Eu sou formada em Farmácia e trabalhei em farmácia e banco de sangue por 10 anos. E o que eu percebi, muitas vezes, no atendimento dos pacientes da farmácia é que **eles buscavam muito mais do que a medicação, eles buscavam acolhimento**, buscavam escuta. E aí eu comecei a pesquisar um pouco mais e eu queria saber um pouco mais sobre isso. Foi quando eu me interessei pela Psicologia, fiz o vestibular, passei e comecei o curso, e gostei do curso. (Cristina, [grifo nosso])

Desse modo, é possível observar uma diferenciação da Cristina em relação à conduta de somente medicar. Teoricamente, o fazer profissional do médico deve envolver processos de compreensão da relação saúde-doença-cuidado atuando de forma multiprofissional para promover a saúde e prevenir a doença (Gomes et al., 2015), objetivos que parecem similares ao da profissional psicóloga. Contudo, esses relatos nos trazem uma visão do médico como um profissional reduzido a elementos isolados de sua prática, cada uma de uma maneira: seja na representação social do médico que somente prescreve medicações, relatada pela Eduarda, seja pela procura de acolhimento junto à medicação, da Cristina.

4.1.2. Lembranças, avaliações

Nesta subseção procuramos identificar as lembranças das participantes acerca do curso de graduação em Psicologia: como elas o avaliam, como lembram-se do curso à época em que estavam na Universidade, se atendeu às expectativas, como foi a experiência de modo geral, etc.

Ao lembrar-se da graduação, Angélica comenta:

Mas a minha formação é uma formação clínica, né, [sic] eu formei na hoje UCDB, à época era FUCMT, eu fui da penúltima turma da FUCMT, depois que virou UCDB. Então a gente teve uma formação muito voltada para a área clínica, né, [sic] muito pouco voltada para políticas públicas, para essa área pública mesmo, do SUS e tal [] a gente teve um *boom* assim [sic] da Psicologia no nosso mercado de trabalho. Mas, antigamente, há 30 anos atrás, [sic] há 25 anos atrás [sic] não, todo mundo formava e atuava na clínica, né [sic] []. (Angélica, comunicação pessoal)

Concomitantemente, Cristina nos sinaliza uma mudança nesse cenário nos últimos anos:

É, hoje em dia, né, [sic] eu sou professora de alguns alunos das Universidades. Então, **eles têm essa oportunidade de passar pra [sic] cá, né, [sic] de ter essa experiência por dentro, e saber o que é funcionamento, né [sic]**. Eles já têm, né, [sic] mais matérias relacionadas às políticas públicas, né. [sic] Então, eles vêm para cá quando eles têm a oportunidade de fazer estágio em CAPS. Então, eles vêm para cá, quando eles saem da faculdade, eles já saem com uma ideia do que é o CAPS, do que é uma política pública, né. [sic] Então, isso contribui bastante a formação, ela enriquece bastante. (Cristina, [grifo nosso])

Angélica é a participante com mais tempo de formação dentre as entrevistadas desse estudo. Ela graduou-se em 1990, o que poderia explicar a ausência de conteúdos e orientações na formação voltadas à Saúde Pública e Reforma Psiquiátrica, visto que essa discussão naquela década ainda era muito recente, assim como a concretização do SUS. Todavia, conforme nos aponta Cristina, esse panorama parece estar sendo modificado, abrindo novos lugares para a prática dos estagiários de psicologia ainda na graduação. No estudo de Vieira-Santos (2016), a autora, ao discutir a formação teórico-prática da psicóloga, entre outros objetivos, faz uma análise de artigos que identificam relatos de estágios em áreas de atuação não consideradas

tradicionais na Psicologia, entre elas a Saúde Pública, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), etc. Ao nos inserirmos em outros campos por meio do estágio sinalizamos um ensino da prática previsto na graduação e ampliam-se as chances das habilidades e competências necessárias para atuarem ali desenvolverem-se durante a graduação.

Apesar dos avanços aventados pelas participantes, outras entrevistadas nos sinalizam o caráter biomédico de suas formações:

[...] eu tive muita disciplina da área de Biologia, que até hoje eu fico assim, para quê? Tipo, [sic] para quê que eu estudei isso? **Então, assim, [sic] Anatomia, Fisiologia, Genética. Eu acho que depois eles foram revendo e colocando realmente mais coisas de Psicologia.** A questão da Assistência Social não tinha na minha época. Eu sei que depois eles colocaram na grade, porque quando eu estava no CRAS, nós recebemos o pessoal da Universidade, uma turma, porque fazia parte da disciplina, e eles foram lá conhecer o trabalho e tudo o mais. Então, assim, [sic] eu acho que teve curso novo, então acho que teve algumas falhas nesse sentido de oferecer mais questões relacionadas a isso. (Eduarda, [grifo nosso])

Ela complementa: “Na minha fase foi uma coisa bem médica, **porque eu aprendi a aferir pressão, eu aprendi a tirar sangue [...].**” (Eduarda, [grifo nosso]) A fala da Heloisa corrobora a da Eduarda em relação às aulas e ao conteúdo ministrado durante sua formação:

Até porque os profissionais que ministravam não eram da Psicologia, sequer da Neuropsicologia. A anatomia que eu tive era uma fisioterapeuta que dava. Então, assim, não era nada a ver. E a de fisiologia era uma bióloga. Então, assim, [sic] bem

aleatório. Já os calouros que eu tive, eles já tiveram a fisiologia, a anatomia voltada para neuro, para área cerebral.

E aí, em termos de, assim, [sic] de psicopatologia, eu achei que poderia ter tido mais, mas foi bom que teve. **E políticas públicas de saúde não teve. Na verdade, a gente foi aprender na prática mesmo, aqui, conhecendo os colegas, vindo para as unidades mesmo, mas na faculdade não vimos.** Nós fomos em estágios que a gente [sic] ia no CAPS para conhecer o serviço, observar, mas era muito breve, muito rápido. (Heloisa, [grifos nosso])

Diante dos relatos, podemos apreender muitos elementos médicos com disciplinas que perpassam os saberes Psi, como anatomia, e habilidades que ultrapassam nosso campo de atuação, como aferir a pressão e tirar sangue. Em um estudo de Guareschi et al. (2011), as autoras analisaram disciplinas biomédicas em seis cursos de graduação em Psicologia e chegaram à conclusão de que os conteúdos de Psicopatologia e Farmacologia, por exemplo, não estavam articulados com o campo da Psicologia. A dimensão biológica do sujeito era privilegiada e, assim, os valores de saúde-doença eram desvinculados das diretrizes do SUS. Ainda existem os obstáculos para alcançar uma formação condizente com as diretrizes do SUS. É possível observar uma formação alinhada com o caráter biomédico hegemônico no nível da atenção básica (Mello & Teo, 2019). Outros trabalhos evidenciam a falta de preparo dos cursos de graduação em Psicologia para formar um profissional que atenda às demandas dos usuários do sistema de saúde pública, ainda prevalecendo a formação clínica (Sales & Dimenstein, 2009b; Paulon et al., 2011).

Considerando os relatos das participantes nas duas subseções apresentadas, nos parece que a Psicologia, mais que uma ciência e profissão com muitas interfaces e áreas de atuação, restringe-se a apenas algumas de suas características no imaginário social. Uma ciência que é,

acima de tudo, social. “Ajudar os outros” e “Autoconhecimento” são aspectos individuais e caracterizam, na memória das participantes, um fazer psicológico muito vinculado ainda a uma atuação biomédica hegemônica, na qual a atuação é fragmentada e com enfoque na assistência individual por meio de tecnologias materiais e a partir da demanda espontânea (Fertonani et al., 2015). Bock (1997), ao discutir a formação do psicólogo, reflete: “Temos fornecido uma formação técnica que ensina a atuar de determinada maneira em determinada situação, desenvolvendo pouco ou quase nada a capacidade de lidar com o novo, com o desconhecido” (p. 41). “O desconhecido” é o desafio desse novo psicólogo que agora precisa identificar e reconhecer outras dimensões que atravessam a existência do sujeito em sofrimento mental.

Em relação às vivências relatadas pelas participantes, a Graduação em Psicologia parece não ter considerado todas as dimensões do sujeito ao privilegiar uma formação predominantemente clínica e permeada pelos saberes biomédicos. É importante entender que as participantes do estudo talvez não tenham uma trajetória acadêmica recente o suficiente para conhecer o novo currículo, com um alinhamento mais social, voltado às necessidades da Psicologia com a comunidade. Contudo, elas estão inseridas em uma área profissional que exige tais competências, que ultrapassam a psicologia clínica individual (Pires & Braga, 2009).

5. VIVÊNCIAS NO TRABALHO

5.1 O trabalho dela (rotina laboral)

As Referências Técnicas para atuação de Psicólogas nos CAPS, elaboradas pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas em 2013 e revisadas em 2022, preveem as seguintes possíveis atribuições nesses espaços: acolhimento, elaboração do Projeto Singular Terapêutico (PTS), apoio matricial, atividades grupais e atenção a situações de crise (CFP, 2013). Desse modo, há uma certa liberdade na atuação da profissional nesse serviço, embora seja regida pelas normas que guiam o trabalho multiprofissional em saúde mental. O município de Campo Grande, por ter mais de 200.000 habitantes, possui CAPS III como dispositivo de atenção da Rede, que proporciona atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, serviço de atenção contínua 24 h todos os dias. Isabela destaca essa dinamicidade do trabalho:

[...] Então, [sic] é um pouco diferente de fazer, né, [sic] do papel do psicólogo, a gente tem o nosso papel de psicólogo, mas a gente também tem as nossas demais atribuições, também como equipe multi, que a gente engloba bastante coisa. Eu faço, [...], **nós fazemos acolhimentos, nós fazemos oficinas terapêuticas, nós fazemos visitas domiciliares, nós fazemos matriciamentos, que é um atendimento em conjunto com as unidades de atenção primária, né, [sic] as unidades básicas, então, assim, [sic] a gente tem uma [...]** e a gente também tem o cuidado dos pacientes abrigados, né, [sic] **então cada dia é um dia muito diferente, então é muito dinâmico mesmo.** Então, [sic] assim, [sic] a gente tem, eu tenho o meu dia das minhas oficinas, né, [sic] eu faço oficina de pintura, **eu faço uma oficina de bingo que eu comecei agora, então a gente tem essa dinâmica, tem as nossas escalas de acolhimento, tem os nossos PTS, né, [sic] que é o projeto singular terapêutico, que são os nossos pacientes, nossos referenciados, né, [sic] os pacientes que a gente tem,** que a gente tem um cuidado mais assim,

[sic] que a gente cuida mais de perto, que a gente faz o PTS, então a gente tem uma agenda bem cheia, digamos assim, e fora toda a dinâmica, que cada dia é um dia, porque tem, [sic] às vezes chega um paciente em crise, então a gente às vezes tem que parar tudo o que tem que fazer para poder ajudar esse paciente, para poder ouvir, escutar, então tem toda essa dinâmica, então a dinâmica aqui do CAPS, ela é bem dinâmica [sic] (risos). (Isabela, [grifo nosso])

Desse modo, a participante nos traz diversas atividades oferecidas, sugerindo o CAPS como um ambiente facilitador da expressão da subjetividade, proporcionando espaços de escuta e encontro entre os usuários do serviço, o que contribui para a reinserção e reabilitação psicossocial do sujeito, com foco em devolver a ele sua vida social e familiar por meio do amparo (Assenheimer & Pegoraro, 2019). Esse espaço relativamente novo de atuação pede um profissional com capacidade crítica de refletir sobre o contexto socioeconômico e cultural do usuário e sobre sua própria atuação, pois essas novas questões demandam outra postura do Psicólogo que ultrapassa a proposta clínica.

Angélica nos aponta a direção do trabalho do psicólogo no CAPS:

[...] e no CAPS a gente tem uma outra abordagem, né, [sic] no CAPS a gente trabalha muito com oficinas terapêuticas, com atividades em grupo, **o foco, ele é a reabilitação, né, [sic] psicossocial, e aí, assim, [sic] não tem aquele atendimento psicoterapêutico individualizado, né, [sic] naquele molde, naquele modelo clínico, não, aqui a gente faz um trabalho diferente, digamos assim, mas ainda assim o papel do psicólogo, é muito, é especificamente nessa parte da reabilitação mesmo, né [sic].** (Angélica, [grifo nosso])

O trabalho do profissional inserido no CAPS precisa estar alinhado com competências, habilidades e desenvolver atividades que transpassem a psiquiatria tradicional e o modelo

biomédico; sua função é promover autonomia e ser uma forma de emancipar o indivíduo em grave sofrimento mental, reinserindo-o na sociedade e não afastando-o dela. Kubo e Botomé (2001) nos alertam para algumas habilidades dos psicólogos no contexto de transtornos mentais:

[...] a preparação do doente mental para sua reinserção social e sua manutenção na comunidade, a orientação da família dos pacientes, a preparação e orientação profissional do doente mental, a realização de pesquisas e avaliação de programas, a participação na formação dos demais trabalhadores de saúde mental e a produção de informação à sociedade sobre aspectos relacionados à saúde mental. (p. 4)

Desse modo, considerando as memórias sobre a formação e a atuação profissional das participantes, notamos uma tensão. De um lado, lembranças sobre uma formação eminentemente clínica com foco na psicoterapia e uma tradição biologicista de treinamento. Ao mesmo tempo, elas indicam um campo de atuação que amplia as perspectivas de trabalho. Por exemplo, atuar junto à família e à comunidade e produzir outros modos de cuidado para além do transtorno mental ao focar no potencial de saúde e na reabilitação psicossocial do indivíduo. Inclusive, como visto, tais relatos coadunam com discussões na literatura (e.g., Assenheimer & Pegoraro, 2019; Kubo & Botomé, 2001). No contexto dos CAPS que atendem usuários com transtornos psíquicos graves, dar um lugar a esses sujeitos sem restringi-los ao lugar de “doente”, produzindo a ocupação de espaços que lhes são de direito: academias, cinemas, restaurantes e praças, ao contrário dos antigos confinamento e isolamento. É um respiro e uma liberdade características da Reforma Psiquiátrica e que, em teoria, deveriam ser também dos CAPS (Frazatto, 2018).

Sobre as atribuições da psicóloga, algumas participantes relatam a sobrecarga da profissão:

[...] até pela parte de desconhecer ou não querer conhecer o que é o papel do psicólogo. Achar que, assim, ah, **tá [sic] chorando, chama o psicólogo. Ah, não tá [sic] falando coisa com coisa, chama o psicólogo. Tem que dar uma má notícia, chama o psicólogo. Ah, fulano quer desabafar, chama o psicólogo.** Então, eu acho que falta muito esse olhar de tirar só nessa parte de que é para medicar, conter e olhar mais para o ser humano. (Heloisa, [grifo nosso])

Nesse contexto, Bárbara nos revela mais sobre essa sobrecarga:

Ah, tem um paciente que tá [sic] “quicando” [sic] lá, ninguém conseguiu ainda trazer ele para cá, vai você. É lá da enfermeira que é a referência dele, mas vai você. Sabe? Então, a gente, a gente é muito cobrado nesse sentido. **Aí, tá, [sic] tamo [sic] lá com o paciente abrigado, que tem outro técnico de referência. Ah, você não podia fazer uma escuta? Tá, [sic] do que vai adiantar uma escuta? Não é isso, é o cuidado constante que vai fazer esse cara [sic] andar mais ou menos, né [sic]?** (Bárbara, [grifo nosso])

Ambos os relatos nos convidam mais uma vez a refletir sobre a representação social da psicóloga, especialmente em espaços que não sejam a clínica convencional. Todos os profissionais da equipe multiprofissional inseridos no CAPS deveriam fazer acolhimento, então quando Heloisa diz “não tá [sic] falando coisa com coisa, chama o psicólogo. Tem que dar uma má notícia, chama o psicólogo. Ah, fulano quer desabafar, chama o psicólogo”, entendemos que há aí uma relação da função de escutar e mediar relações exclusiva da psicóloga, que entra em acordo com tais representações sociais. Todavia, desde a institucionalização da profissão, estudos foram conduzidos a fim de apreender a percepção da psicóloga na comunidade. Nessa seara, a psicóloga é representada como alguém que lida com problemas de ordem emocional, que escuta, ajuda e conversa (More et al., 2001). Encontramos

uma representação social da Psicologia como uma ciência capaz de resolver problemas e mudar relações (Praça & Novaes, 2004). Ainda somos alertados sobre a “roupagem onipotente com que se veste a Psicologia” (Lahm & Boeckel, 2008, p. 86), sinalizando os perigos de uma percepção de um profissional que tudo resolve, a todos ajuda, adivinha o pensamento dos outros, caracterizando uma função puramente assistencialista atribuída à práxis da profissional em Psicologia.

Bárbara continua sobre a função da psicóloga no imaginário social dos usuários do sistema:

E as **peças enxergam o psicólogo atendendo em psicoterapia**. A gente fez uma pesquisa aqui uma vez com os pacientes, aí a gente perguntava: **você é atendido pelo psicólogo? Não. Porque não atendia na sala, né?** [sic] **E a gente atende o tempo inteiro, a gente orienta o tempo inteiro, a gente conversa o tempo inteiro**, mas se não é na sala, então acho que, assim, o profissional de psicologia que tá [sic] no serviço público, ele tem que estar atento a isso, né? [sic] **Para ele ampliar o espaço dele, primeiro ele tem que desmistificar a figura dele, né?** [sic] (Bárbara, [grifo nosso])

A participante Eduarda iniciou no serviço público no CRAS e ficou lá alguns anos antes de ser realocada para o CAPS. Ela nos conta:

As atividades que são ofertadas no CRAS, a gente fica mais limitado, né? [sic] Porque são pessoas com vulnerabilidades socioeconômicas. Então, você não consegue realmente exercitar muito a psicologia. **Então, quando eu vim para a saúde mental, pensei, poxa,** [sic] **agora vou ser psicóloga, né?** [sic] **Vou fazer atendimento, vou fazer terapia, vou, né?** [sic] **E aí, os atendimentos são diferentes.** (Eduarda, [grifo nosso])

Os relatos da Bárbara e da Eduarda nos revelam que a profissional de Psicologia baseia sua atuação ainda fortemente no modelo clínico hegemônico, inclusive em campos de atuação que não são a clínica. As participantes apresentam essas dificuldades relacionadas à formação tanto a voltadas para a área clínica, quanto pela representação social da profissão. Essa adversidade leva à busca por uma formação continuada e para suprir a lacuna que a formação deixou (Cantele et al., 2012). Assim, vemos algumas características interessantes. Primeiramente, notamos controvérsias entre uma formação fortemente psicoterapêutica com tradição biologicista e o reconhecimento de uma demanda ampliada de atuação da psicóloga. Agora, surge um imaginário social sobre a atuação da psicóloga como psicoterapeuta não apenas nos relatos sobre as demandas atribuídas às psicólogas, mas delas mesmas sobre sua atuação profissional. Por exemplo, no CRAS “você não consegue realmente exercitar muito a psicologia” (Eduarda, comunicação pessoal), mas quando inserida na RAPS, “Então, quando eu vim para a saúde mental, pensei, poxa, [sic] agora vou ser psicóloga, né? [sic] Vou fazer atendimento, vou fazer terapia”. (Eduarda, comunicação pessoal)

Esse imaginário vinculado ao modelo biomédico aparece novamente nas falas de outras participantes. Nas palavras de Júlia e Eduarda:

Ele vem para as consultas, é assim que funciona. Tem as oficinas? Tem. Mas são poucos os pacientes que também aderem à oficina. **Eles se importam muito mais com a consulta. Esse é o foco deles, a consulta.** São raras as exceções que [sic] o paciente entende a importância, por exemplo, em alguns casos a gente consegue abrir ali um horariozinho na agenda para atender o paciente individual porque a gente tem muita demanda, né, [sic] não sei se vai ter pergunta aí sobre isso, **mas a gente tem muita demanda do psicólogo.** (Júlia, [grifo nosso])

Então, eu vejo que fica muito focado num modelo médico-hospitalar. Tanto que a prioridade que nós tivemos aqui foi ter consultórios. Sala de grupo, quando der, vai ter. Muito focado em medicação, centralizado no poder do médico. É o médico quem decide quando vai ter alta. É o médico quem toma a maior parte das decisões. Essa questão de os pacientes não terem essa liberdade lá dentro, de estar [sic] circulando. De focar muito em, assim, [sic] tudo se resolve com medicação. Ah, tá [sic] em crise, tá [sic] um pouco ansioso, teve problema com a família. Vamos internar, vamos medicar, vamos conter. Acontece muito. Ah, o paciente tá, [sic] entre aspas, chato. Porque, às vezes, tá [sic] deprimido, tá [sic] psicótico, não fala coisa com coisa. Vamos conter. Já tá [sic] incomodando demais. Ah, se você não ficar quieto, a gente vai te conter [sic]. Se você não ficar quieto, você vai tomar injeção. (Eduarda, [grifo nosso])

As falas das entrevistadas permitem a apreensão de certa lógica manicomial presente no CAPS, na qual curar-se significaria diminuir os sintomas e aceitar a medicação de forma frequente (Cedraz & Dimenstein, 2005). Essa adaptação do corpo ao modelo médico é vinculada a uma construção de autonomia diferente da preconizada pela Reforma. Na realidade do mundo contemporâneo, ser autônomo é “ser capaz de adaptação e adequação, é ser capaz de agir conforme as normas e regras sociais” (Tavares & Sousa, 2009, p. 45) e é um entrave para a Reforma Psiquiátrica, pois limita a criatividade e novas formas de ser-no-mundo, pois tal perspectiva reducionista, que reduz o paciente a uma doença, um corpo que precisa ser medicado, é um desafio para as participantes que atuam no CAPS. Em outro estudo (Paulon, et al. 2011), ao investigar as práticas clínicas de profissionais Psi nos CAPS, faz-se uma crítica sobre a maneira em que a tradição biomédica se reflete tanto na prescrição exacerbada de medicamentos quanto na “lógica da desvalorização do usuário na sua redução ao lugar de paciente” (p. 117). Entendemos aqui que, ao reduzir o usuário a esse lugar exclusivo de paciente, retiramos sua capacidade de funcionar em outras dimensões que não sejam a de um

corpo doente que precisa de medicações e melhora de sintomas. Por um lado, há uma insatisfação com esse modelo; por outro, ainda prevalece o poder hegemônico do saber médico, a figura do médico como soberana na instituição.

Bárbara relata que, tecnicamente, a formação não ajudou no trabalho no CAPS, mas sim a participação em projetos de extensão durante a graduação, pois segundo ela:

Então, [sic] **esse contato com outras realidades, para além do consultório, eu acho que ajudou muito.** E eu acho que é muito importante isso, inclusive para você atuar no consultório, porque daí você faz uma leitura do ser humano nos diversos espaços e nas diversas condições. Então, [sic] até porque eu vivia muito de bolsa, então, ligada a algum tipo de bolsa, então, [sic] eu estava sempre em algum projeto de extensão. Eu morava fora da minha cidade, então, tinha que me virar [sic]. Então, [sic] isso acho que ajudou, assim, [sic] a ter esse olhar um pouco menos duro e preconceituoso, né? [sic] Mas, tecnicamente, assim, [sic] me ajudou pouco, assim, [sic] sabe? Porque o que a gente estudou lá de Psicopatologia foi muito raso. Muito raso, né? [sic] Sobre CAPS, a gente não viu nada, nada, nada. Zerado, né? [sic] Tanto que quando eu vim da assistência para cá, eu já tinha alguns anos de assistência, então, [sic] já estava um pouco sovada, [sic] né? [sic] Nossa, foi um baque, assim, [sic] sabe? Porque era só problema, só problema, só problema. E tinha muito esse peso de que você, psicólogo, tem que resolver, né? [sic]”. (Bárbara, [grifo nosso])

A participante, ao rememorar sobre atividades adicionais durante sua graduação, além de incorporar como elas a impactaram, retoma elementos anteriormente discutidos. Primeiramente, uma formação que, ao abordar aspectos biomédicos tais como apresentados em disciplinas de Psicopatologia, deixaram de lado o lugar da RAPS e dos CAPS no atendimento psicossocial à população. Isso, por sua vez, nos permite supor que também ficou em segundo

plano o trabalho da psicóloga nesse contexto laboral. Em segundo lugar, aborda a sobrecarga sobre a psicóloga na RAPS, contexto em que parece ser acionada por inúmeras demandas além daquelas previstas para sua atuação profissional.

5.2 Funcionários e a RAPS

Nessa seção, discutiremos os aspectos do trabalho em si nos CAPS, a relação com outros funcionários e como o sistema (RAPS) funciona na prática a partir dos relatos das participantes. Um primeiro aspecto abordado diz respeito à rotatividade de trabalho nos CAPS. Segundo Angélica:

[...] é difícil ter profissionais que queiram trabalhar no CAPS porque ainda existe aquela coisa “ai, o CAPS”, né? [sic] Então, assim, **é pouca rotatividade de profissional no CAPS, ninguém quer vir, né, [sic] porque as pessoas também ainda não entendem muito bem o que é o trabalho do CAPS**, então acho que quanto mais a universidade investir nisso, mais a gente vai conseguir também divulgar e dizer o que o CAPS faz, quem o CAPS atende e é muito bacana estar aqui, né [sic]. [grifo nosso]

Cristina nos aponta a mesma direção ao afirmar que “É um trabalho que pouca gente conhece, **pouca gente gosta porque acha que é difícil trabalhar com pacientes graves**” [grifo nosso]. Esses relatos trazem-nos duas afirmações: “é difícil ter profissionais que queiram trabalhar no CAPS” e “é um trabalho que pouca gente conhece”. É possível supor uma relação entre a falta de informação que a sociedade em geral possui sobre o CAPS com a representação desse lugar no imaginário coletivo: “pouca gente gosta porque acha que é difícil trabalhar com pacientes graves”. Esse lugar de dificuldade, aliado ao pouco entendimento sobre os CAPS pode contribuir para uma falta de profissionais dispostos a realizar esse trabalho. Algumas psicólogas que trabalham em CAPS demonstram pavor diante das crises dos usuários e

dificuldade em atendê-los em suas demandas (Sales & Dimenstein, 2009a) – o que, novamente, denota uma lacuna na formação para atuar com os transtornos psíquicos graves.

Nessa esteira, Bárbara relata que muitas vezes o próprio paciente já vem nessa lógica psiquiátrica:

Outra coisa que eu percebo muito é que **o paciente já vem numa lógica psiquiátrica. Ele já vem numa lógica muito medicamentosa.** Então, eu, por receber esse paciente como porta de entrada, né? [sic] Porque quando o paciente chega, quem atende ele é alguém de nível superior, exceto o médico. O médico pode também, mas eles não tão... eu queria dizer assim, o acolhimento, quem faz? Alguém profissional de nível superior. E muitas vezes, o paciente, ele vem **se a gente for fazer [sic] uma estatística, assim, [sic] ganha como maioria, aqueles pacientes que olham para mim e falam, tá, [sic] mas eu não vou sair daqui com nenhuma receita? Entendeu? Então, é muito da lógica psiquiátrica mesmo. Raras as exceções, o paciente vem em busca só do psicólogo. E aí, se vem também, ele não tá [sic] no lugar certo porque aqui não tem psicoterapia.** Enfim, aí já não é com a gente. A gente tem que encaminhar para a UBS [Unidade Básica de Saúde], a UBS tem que regular para o CEM [Centro de Especialidades Médicas], aguardar vaga de sei lá quantos anos. Então, vejo muito isso, assim, [sic] o paciente, ele tá [sic] muito preocupado. E não só o paciente, tá, [sic] a própria equipe, né, [sic] volta-se muito para a lógica medicamentosa. [grifo nosso]

O relato da Bárbara sinaliza-nos para algumas direções: a primeira, da lógica medicamentosa que o paciente já vem inserido na procura do serviço e que, mesmo se ele vai buscar a profissional de Psicologia, ele está no lugar errado, pois o CAPS não trabalha prioritariamente com atendimentos psicológicos individuais nos moldes da psicoterapia clínica. Ou seja, faltam referências para a população sobre os serviços oferecidos por cada local. Essa “lógica

psiquiátrica” que a participante também chama de “lógica medicamentosa” refere-se à prescrição dos psicofármacos de maneira recorrente. Ao focarmos no sintoma e somente na sua eliminação, práticas como essa podem ser cada vez mais recorrentes. O repasse indiscriminado de receitas psiquiátricas sem o olhar atento e global do usuário para além do sintoma, do transtorno, é característica latente de um modelo biomédico que enxerga a saúde como uma mera ausência de doenças (Paulon et al, 2011).

O CAPS, para poder cumprir efetivamente seu papel, precisa delimitar o que é possível ou não fazer no local. Um fator negativo que impede o CAPS de plenamente funcionar como deveria é a falta de clareza sobre a clientela-alvo (Lara & Monteiro, 2012). Ao retomar o trecho final da fala da Júlia sobre a lógica medicamentosa considerada pela própria equipe, a Bárbara aponta a dificuldade desse grupo entender o modelo de assistência do CAPS:

Mas, assim, fazer esse contraponto, acho muito difícil ainda o CAPS, porque, assim, [sic] **a maioria das pessoas que está aqui, enquanto trabalhador, não quer entender o que é o CAPS.** Não é que não entende, [sic] é que não quer entender o que é o CAPS. Que é aquele modelo tradicional, a enfermagem quer fazer só o servicinho de assistência dela. No geral, assim, [sic] tirando algumas raras exceções, são pessoas de um entendimento muito pouco, [sic] né? [sic] De um preconceito enorme, enorme, e tem muita dificuldade de cuidar e olhar o paciente severo. (Bárbara, [grifo nossos])

Dentro desse contexto, Guilherme aponta:

Não, por exemplo, que vira e mexe a gente tem que estar batendo, oficina é todo mundo tem que fazer, por exemplo, **a importância da convivência**, o pessoal não entende, é difícil isso. E é um tema que a gente fica [sic] recorrente, recorrente. **O CAPS tem que ter uma convivência forte então a enfermagem não entende isso, acha que o CAPS tem que estar esvaziado, então, paciente grave é internação, estar em situação de**

crise, a única solução é internar e não é, às vezes, são outras estratégias. Então, é difícil. (Guilherme, [grifo nosso])

A fala do Guilherme nos traz uma perspectiva fundamental: a importância da convivência dentro do CAPS. Ao contrário de hospitais psiquiátricos, com leitos individuais e pouca convivência entre os pacientes, no CAPS temos a socialização como fator chave para o tratamento desses usuários – fortalecimento de laços comunitários e familiares, além da predominância das atividades em grupo como oficinas terapêuticas (alfabetização, expressivas, geradoras de renda), grupos de leitura, atividades esportivas, entre outras atividades em grupo com os usuários da Rede (Marzano & Sousa, 2004). Conforme assinalam Figueiró e Dimenstein (2010, p. 434): “Um equipamento de saúde só tem sentido com a presença de seus usuários, principais atores (ou, pelo menos assim deveria ser) daquele espaço” (p. 434). Em ambos os relatos percebemos esses obstáculos em entender o funcionamento do dispositivo: no relato da Bárbara, a dificuldade dos funcionários em assimilar o funcionamento do modelo de assistência prestado pelo CAPS: o psicossocial. No relato do Guilherme, o entendimento de que o local precisa estar esvaziado, com o paciente grave internado. Existem algumas hipóteses para essas percepções: o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, o aumento da demanda em saúde mental em âmbito nacional e pouco investimento nos serviços substitutivos (Dimenstein, 2006). Esse cenário nos mostra como os trabalhadores, além das psicólogas, percebem seu trabalho dentro dos CAPS.

Daniela nos traz a mudança de paradigma com a mudança de gestão da RAPS:

Eu acho que de 2012, 2013, 2014, não me lembro exatamente o ano, **a gente teve uma mudança de gestão, né, [sic] que trouxe um paradigma, assim, [sic] da reforma psiquiátrica de uma forma bastante sólida, né, [sic] assim, [sic] tentando**

implementar realmente uma direção de atuação conforme todos os referenciais da reforma psiquiátrica, né? [sic]. [grifos nossos]

Heloisa nos leva à mesma direção:

Assim, teve [sic] muitas mudanças em questão [sic] de gestão. De querer fazer as portarias valerem. Quando eu cheguei no [sic] CAPS, a coordenadora que nós tínhamos era uma psiquiatra que tem uma visão bem humanizada do tratamento, de como deve ser o atendimento. [...] Então, assim, houve muitas mudanças, inclusive nos outros CAPS que acompanharam.

Ainda sobre essa transição, aponta Guilherme:

Quando eu entro [sic] isso era mais forte, essa visão é... Mais hospitalocêntrica, né? [sic] O CAPS não estava funcionando como o CAPS. Melhorou, mas não está de forma ideal. **É uma luta constante, muito desgastante, e tem determinadas profissões que têm maior resistência de [sic] funcionar como deve.** [sic] A Medicina e, principalmente, a Enfermagem. . . a Enfermagem, ela não consegue, sabe, e tem uma resistência muito grande e isso gera muito conflito e geralmente os coordenadores da saúde mental são sempre profissionais da área médica que, por natureza, têm essa visão mais, mais biomédica, né? [sic]. [grifo nosso]

Ao olharmos para o discurso informal da equipe multiprofissional atuante no CAPS obtivemos informações que vão ao encontro dos documentos oficiais sobre o local: o CAPS não deve funcionar como hospital psiquiátrico e a lógica asilar não tem espaço dentro dele. Todavia, como verificado nos relatos dessa seção e ao longo desta pesquisa, assim como observado em Soares e Alvarez (2022), participantes admitem uma certa lógica manicomial reproduzida no comportamento de todos (usuários e funcionários) dentro do CAPS. Os autores discorrem sobre como o discurso antimanicomial presente traduz esse esforço em sinalizar

como o CAPS não se comporta como um hospital psiquiátrico – uma instituição de caráter asilar que seria capaz de ferir os direitos humanos. A recorrência desse discurso faz sentido quando olhamos para os relatos deste trabalho, pois é claro que algumas características asilares são ainda repetidas dentro da instituição.

No que diz respeito ao modelo de assistência do CAPS, o modelo de atenção psicossocial, Júlia aponta: “Então, tem essa questão da reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial mas, às vezes, **eu vejo que a gente trabalha totalmente manicomial**, assim, sabe, em algumas horas”. [grifo nosso] Ela continua:

Então, assim, [sic] **eu vejo que tem muita coisa que ainda é muito manicomial**, né, [sic] porque, assim, [sic] os pacientes que não evoluem no CAPS, aqui a gente tem, segundo o Ministério da Saúde, no máximo 15 dias de internação. **O paciente não evolui, ele vai para o hospital psiquiátrico, que é o Nosso Lar.**³ Só temos o Nosso Lar em Campo Grande. A Santa Casa fechou, Clínica Carandá, sei lá o que aconteceu, só tem o Nosso Lar. Então, **eu vejo que é muito lindo na teoria, mas na prática não é assim que funciona. Nós estamos aqui na prática, a gente vê.** Até tinha uma enfermeira que trabalhava aqui, que o pessoal falava assim, ‘meu Deus, ela vive no mundo mágico do SUS, no fantástico mundo do SUS’, porque para ela tudo era assim, não é segundo a resolução tal, mas não é assim. Não, porque segundo a resolução tal, a gente só pode conter pacientes se tiver no mínimo cinco pessoas na equipe. **Mas a gente nem tem cinco pessoas na equipe no turno. Então, assim, [sic] muita coisa não é como está na teoria. Mas a gente tem que fazer o negócio funcionar e a gente vai dando o nosso jeito, como profissional.** [grifo nosso]

³ Nosso Lar é uma entidade filantrópica para o tratamento de sujeitos com transtornos psiquiátricos em Campo Grande, com cerca de 180 leitos para internação de pessoas com transtornos mentais graves, dependentes químicos e pessoas em situação de vulnerabilidade social. Disponível em <http://www.hospitalnossolar.com.br/portal/nossa-historia/>

A ruptura com o modelo manicomial não é somente a substituição dos hospitais psiquiátricos pelos CAPS – ela remete a uma nova perspectiva de cuidado que preze a dignidade humana e a autonomia e emancipação do sujeito (Cusinato, 2016), na qual os usuários da rede são, em teoria, participantes das decisões sobre o seu tratamento. O discurso oficial sobre os CAPS versa sobre a centralidade do modelo de atenção psicossocial em substituição ao modelo manicomial, fruto da Reforma Psiquiátrica. Todavia, o relato da Júlia apresenta uma outra perspectiva: apesar de existirem as Leis e Portarias, na prática o serviço funciona de outra forma, a manicomial. Ou seja, de acordo com os relatos registrados nessa seção, caso o usuário não melhore no tempo previsto para internação do CAPS, ele é encaminhado para um hospital psiquiátrico; o usuário chega ao CAPS em busca somente da medicação; profissionais acreditam que o serviço precisa estar esvaziado.

Dessa forma, concordamos com Leal e Delgado (2007, p. 137) quando assinalam:

Um CAPS só se tornará instrumento capaz de produzir uma relação e um lugar social diferentes para a experiência da loucura e para aquele que a experiencia se, no seu dia a dia, no seu cotidiano, inventar um outro modo de funcionar, de se organizar e de se articular com a cidade. (Leal & Delgado, 2007)

Para a Reforma Psiquiátrica alcançar seu lugar efetivo dentro do CAPS é preciso estabelecer outras maneiras de trabalho em saúde, em consonância com o modelo psicossocial proposto para esses novos locais de atendimento integral à saúde mental.

5.3 Relação graduação e Trabalho

Essa última seção propõe-se a investigar as relações estabelecidas entre a formação em Psicologia e o trabalho que as participantes exercem no CAPS. A partir dos relatos podemos traçar algumas análises interessantes a respeito dessa relação. Nesse sentido, Isabela sinaliza que a graduação a preparou por meio da Psicopatologia. Em suas palavras:

Mas de como você vai ver justamente ali os transtornos mesmo, o quanto é importante você identificar as coisas, o comportamento de cada paciente, o transtorno ali realmente, o quê, quem é quem, é um TAB [Transtorno Afetivo Bipolar], é um esquizo, porque quando a pessoa ela [sic] está em crise, é muito semelhante os sintomas [sic], né, [sic] mas tem as diferenças que você está ali [sic], **então a graduação ela prepara, assim, [sic] você para você ter esse olhar de quando você está ali na sua prática, você acaba tendo esse outro olhar, né [sic] [...] mas eu acho que prepara bastante, principalmente, assim, [sic] de identificar essas coisas, dos transtornos mesmo.** [grifo nosso]

Júlia indica a mesma direção: “E aí, aqui dentro, eu vejo, assim, [sic] **o que muito me ajuda, que foram as aulas de psicopatologia, né, [sic] é claro.** E aí é até engraçado que eu uso até hoje as minhas anotações das aulas de psicopatologia” [grifo nosso]. Ela continua:

Porque aí isso me auxilia muito hoje quando eu vou atender paciente, **muitos termos psicopatológicos que hoje isso me ajuda, acho que o ponto um que me ajuda no CAPS é esse, foram as aulas de Psicopatologia, e saúde no sentido de reflexões [...]** não me lembro de nada específico, sabe, do CAPS, porque era bem amplo, saúde no geral. Pouco se falava do CAPS, que eu me lembre, né? [sic]. [grifo nosso]

Nos parece que, ao confirmarem a Psicopatologia como ponto chave no trabalho dentro do CAPS, as participantes afirmam o fazer biomédico no local, com foco na psicopatologia e não no sujeito biopsicossocial. As consequências dessa formação – e aparente prática profissional – biologicista, próxima a um fazer médico, com ênfase no aprendizado de transtornos mentais e suas características, traz esse fazer também para a atuação profissional em campos que rejeitam essa formação. Tal formação reflete a dificuldade da formação de profissionais alinhados com as premissas do SUS e as noções de saúde que priorizam o cuidado

e promoção de condições de vida que não estão pautadas na dicotomia saúde/doença, interno/externo (Guareschi et al., 2012).

O relato da Júlia nos chama a atenção, pois ela afirma que a Psicopatologia contribui com a sua prática e a Psicologia da Saúde a auxilia nas reflexões. Essa fala sugere um debate separado dentro da formação: psicopatologia x psicologia da saúde, como se as duas disciplinas fossem dissociadas, ao invés de aproximarem-se teoricamente. Então, primeiro ocorre o aprendizado sobre a psicopatologia, a nosologia dos transtornos psiquiátricos, os critérios diagnósticos, manuais diagnósticos, etc. Em momento posterior, aprende-se sobre saúde coletiva, interdisciplinariedade, atenção psicossocial x paradigma biomédico e, ao ouvir o relato da Júlia, quando comparado com a literatura, parece-nos que essas duas disciplinas se apresentam como dois entendimentos distintos. Sobre essas duas perspectivas, Macedo e Dimenstein (2011, p. 1150) apontam:

Entretanto, o curioso é que essas duas concepções são apresentadas sem qualquer referência crítica e reflexiva uma da outra, fazendo, inclusive, com que sejam entendidas como complementares. O principal efeito disso não seria outro senão a manutenção de ações centradas na doença e na objetificação do sujeito. Portanto, na despotencialização da perspectiva psicossocial, em termos do fundamento de sua ação geradora de cuidado, autonomia e reinserção social.

Essa distinção pode reforçar a divisão entre saúde psicológica e psicossocial, atenção individual e coletiva, ao não integrar esses conhecimentos. Para a construção de habilidades profissionais adequadas ao trabalho realizado na saúde pública é necessário migrar do campo das reflexões para as novas práticas em saúde, alinhadas com um trabalho multidisciplinar ao psicossocial.

Um aspecto presente em alguns relatos é a ausência da formação, , sendo necessária a busca além das universidades ou o aprendizado na experiência pelas participantes, de forma independente do ano de formação. Isabela relata:

Porque assim, [sic] não é muito, por exemplo, eu faço oficina, né, [sic] de pintura, não é algo que a gente vai aprender numa graduação, né, [sic] então, assim, [sic] mas a gente entende que a Arteterapia, ela é importante, né, [sic] **mas isso você vai buscar fora, né, [sic] são coisas que você busca fora, mas são coisas que você não vê numa graduação, não é algo que você, que te traz [sic] ali, né, [sic] não é algo que tem numa grade, isso não possui, mas isso é algo que você vai buscar fora, que vai te [sic] complementar no seu trabalho, isso é um complemento profissional mesmo,** né, [sic] que a gente vai buscando numa pós, né, [sic] em algum complemento no mestrado, em alguma questão de uma pesquisa, né, [sic] mas, e no próprio dia a dia, no seu próprio trabalho, né, [sic] você vai aprendendo muito, né, [sic] então você vai percebendo o quanto aquilo ali também é importante, mas que a graduação não traz muito isso pra você. [grifo nosso]

Angélica vai na mesma direção:

A minha formação acadêmica não me [sic] preparou para o que eu faço hoje aqui no CAPS. A minha formação acadêmica me preparou para ser uma psicóloga clínica. [...] Eu não aprendi a trabalhar em política pública, não, **isso eu fui aprender lendo um pouco, me [sic] interessando sobre, [sic] estudando, e quando realmente eu entrei.** Sabe quando você aprende fazendo? Foi assim, eu aprendi fazendo. Eu aprendi chegando no serviço público e aprendendo com as pessoas, eu tive ótimos colegas, assim, [sic] é, [sic] profissionais que estavam junto e que realmente me ensinaram a prática. **Aí, claro, junto a isso, você vai estudar, você vai fazer curso,**

né? [sic] Eu fui fazer curso de gestão pública, fui fazer curso de oficina terapêutica, fui fazer curso de como desenvolver oficinas terapêuticas no CAPS. (Angélica, [grifo nosso])

Esses dois relatos são interessantes pois, enquanto Angélica formou-se em 1990, Isabela graduou-se em 2014, e ambas as participantes dizem não serem preparadas pela formação acadêmica para o trabalho realizado pelo CAPS. Em 24 anos, o tempo que separa suas formações, o currículo dos cursos de graduação em Psicologia parece não ter sido capaz de inserir elementos fundamentais na prática de psicólogas que atuam nesses equipamentos. Pelo menos, não aqueles realizados pelas duas participantes.

Heloisa, além da quase ausência de contato com Saúde Coletiva e RAPS durante sua formação, relata como ficou assustada quando soube que trabalharia no CAPS:

Pela faculdade, eu fui uma vez no Nosso Lar e foi assustador, né? [sic] Então, [sic] tanto que, quando eu assumi o concurso, [sic] eu não tinha escolha, né? [sic] **Falaram que eu ia vir direto para o CAPS, eu fiquei bem assustada, né? [sic] Justamente porque na formação, a gente não via nada.** [sic] **Então, [sic] assim, [sic] eu não lembro de ter visto nada [sic] sobre política de saúde mental, sobre o paciente com transtorno mental. A gente vê sobre a Psicopatologia, sobre a doença em si, mas sobre os serviços que fazem atendimento [...]** então, na verdade, eu tive que aprender na prática, né? [sic] O que a formação ajuda é qual forma como você vê o ser humano em si que você traz para o serviço. Agora, os atendimentos, o conhecimento de SUS, isso a faculdade não trouxe nada. (Heloisa, [grifo nosso])

O relato anterior apresenta uma relação curiosa que Heloisa estabelece com a instituição psiquiátrica Nosso Lar e o CAPS. Ela relata que foi assustador visitar o primeiro local e, quando foi chamada para trabalhar no segundo, ficou também amedrontada, de certo modo como se

ambos os lugares representassem a mesma ideia e, considerando não ter vivenciado na formação o aprendizado sobre os serviços de Saúde Mental, não sabia o que esperar. Sales e Dimenstein (2009a) destacam que profissionais da Psicologia atuantes nesses dispositivos expressam pavor diante de crises dos usuários, além da dificuldade de acolhimento perante as demandas. Além da exigência emocional do CAPS em relação às psicólogas, é preciso refletir sobre seus limites ao aceitar o trabalho. Nessa seara, a Educação Permanente é responsabilidade do SUS no que diz respeito à formação de recursos humanos: “deve contribuir para a necessária transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e das práticas de condução do sistema e dos serviços de saúde” (Ministério da Saúde, 2014). A Educação Permanente, que nos parece estar ausente, é necessária para atualizar e deixar o profissional mais seguro em sua atuação, além de ser uma forma de cuidar desse especialista ao prover subsídio para suas práticas e deixá-lo menos inseguro em relação às suas atividades no dispositivo.

Outro aspecto interessante abordado por Fernanda é a falta de preparo vivenciada ao entrar no CAPS:

Sim, aí você vai acostumando-se. **E não tem nenhuma preparação. Então, assim, [sic] eu fui chamada para o concurso, você se apresenta e eles falam, “ó, [sic] tal lugar tá [sic] precisando”. Então, não tem uma preparação do que é um CAPS. Que é o que, provavelmente, eu deveria ter tido na faculdade.** O que é um CAPS? O que a gente atende? As portarias? Tudo isso eu fui ler, entender, estudar por minha conta quando eu assumi. Porque não teve nem da Prefeitura, que até eu não acho que seja responsabilidade dele e nem da faculdade. [grifo nosso]

O relato do Guilherme também está relacionado a essa falta de preparo da faculdade:

Não, não preparou. Agente se forma na faculdade e eu tenho contato com os estagiários, eu, a **minha formação foi de não estar preparado [...]. Então é difícil, aí a gente**

corre atrás [sic] de pós-graduação e tudo mas é difícil, tem coisas que você tem que estar respirando, você tem que estar na prática mesmo, o que eu acho que ajuda muito a formação são as residências, as residências ajudam muito. Ali eu acho que você consegue ter essa formação, **mas a nossa formação ali na universidade, e a universidade está muito desconectada com [sic] a prática e com [sic] as necessidades reais, está muito desconectada.** [grifo nosso]

Dessa maneira, é possível observar nos relatos anteriores a ausência de capacitação na graduação para o trabalho nesses dispositivos. Apesar da busca por formação após a graduação ser considerada positiva, ela não deveria partir somente do profissional, mas também das Secretarias de Saúde (Juca et al., 2010), o que não acontece. Segundo Fernanda, “Tudo isso eu fui ler, entender, estudar por minha conta, quando eu assumi. Porque não teve nem da Prefeitura, que até eu não acho que seja responsabilidade dele, e nem da faculdade.” Sales e Dimenstein (2009a, 2009b) sugerem alguns aspectos para melhoria nesse contexto, como a participação em especialização para atuar na Saúde Mental, integração em fóruns e grupos de estudo; capacitação prévia do profissional que começará a atuar nesses serviços. Reiteramos, novamente, a importância da Educação Permanente para esses profissionais.

Bárbara relata que, tecnicamente, a formação não ajudou no trabalho no CAPS, mas a participação em projetos de extensão durante a graduação, pois segundo ela:

Então, [sic] **esse contato com outras realidades, para além do consultório, eu acho que ajudou muito.** E eu acho que é muito importante isso. Inclusive para você atuar no consultório. Porque daí você faz uma leitura do ser humano nos diversos espaços e nas diversas condições. Então, [sic] até porque eu vivia muito de bolsa, então, [sic] ligada a algum tipo de bolsa, **então, [sic] eu estava sempre em algum projeto de extensão.** Eu morava fora da minha cidade, então, [sic] tinha que me virar. **Então, [sic]**

isso acho que ajudou, assim, [sic] a ter esse olhar um pouco menos duro e preconceituoso, né? [sic] Mas, tecnicamente, assim, [sic] me ajudou pouco, assim, [sic] sabe? Porque o que a gente estudou lá de psicopatologia foi muito raso. Muito raso, né? Sobre CAPS, a gente não viu nada, nada, nada. Zerado, né? [sic] Tanto que quando eu vim da assistência para cá, eu já tinha alguns anos de assistência, então, [sic] já estava um pouco sovada, né? [sic] Nossa, foi um baque, assim, [sic] sabe? Porque era só problema, só problema, só problema. **E tinha muito esse peso de que você, psicólogo, tem que resolver, né?** [sic]. [grifo nosso]

Corroborar com esse relato a afirmação da Daniela sobre a contribuição da Psicologia Social em seu trabalho e que a Psicopatologia esteve relegada a segundo plano:

Mas, como eu sempre fui muito próxima da Psicologia Social, né, [sic] **quando eu cheguei no [sic] CAPS foi a Psicologia Social que me salvou no sentido de me dar um mínimo de embasamento ali [...] mas o que de fato me salvou, me subsidiou para conseguir lidar com tudo isso que envolve, foi muito mais a psicologia social do que a psicopatologia, né?** [sic] **Porque a Psicopatologia está lá no modelo biomédico, né?** [sic] **E o CAPS estava para outras coisas, né?** [sic] E eu me lembro [sic] de ir me percebendo, dando conta de várias coisas que eu nem [sic] na hora conseguia digerir de onde era. E falei, **‘gente, é a Psicologia Social que está me salvando aqui’, né?** [sic] Quer dizer, que é realmente esse olhar mais ampliado, né, [sic] das relações, toda essa leitura que a gente precisa ter, né, [sic] para poder lidar com isso. Então, foi isso, em relação à formação, foi essa perspectiva, né, [sic] que me alimentou, assim, [sic] que me nutriu para conseguir aí as outras coisas... **A Psicopatologia pôde vir depois sem problema nenhum, [sic] sem grandes danos, assim, né, [sic] de não ter isso.** [grifo nosso]

Nesses dois relatos notamos a importância da extensão na Universidade para esse contato com outras realidades, em outros territórios, a contribuição no trabalho dentro do CAPS, conforme narrado por Bárbara. A extensão universitária caracteriza-se “como um processo educativo dinâmico que favorece a junção entre o ensino em sala de aula e o aprendizado conforme proposto no planejamento pedagógico do curso e no cotidiano social, por meio da vivência do cenário da realidade” (Santana et al., 2021, p. 2). Desse modo, a extensão universitária prevê para o processo formativo um contato extramuros, direto com a realidade social da comunidade. Ressaltamos, dessa forma, a tríade ensino-pesquisa-extensão que capacita a discente a adquirir habilidades e competências para uma atuação crítico-reflexiva perante a comunidade. Estudantes de graduação que participam de projetos de extensão universitária apresentam maior engajamento na vida civil como, por exemplo: assumir papéis políticos na vida pública e participar de serviços à comunidade (Seider et al., 2012). Traçamos, dessa maneira, um paralelo do diálogo e convivência com a sociedade que a Extensão promove pela convivência com o território que o CAPS precisa ter. Longe de ficar esvaziado e fechado em si, o dispositivo precisa da comunidade para funcionar e do território para realizar suas ações. Assim como ações de extensão, a Psicologia Social tem seu papel na formação crítica. O CFP, por meio da Resolução n.º 05/2003, ressalta que a Psicologia Social estimula intervenções em espaços comunitários e institucionais para refletir sobre as relações estabelecidas pelos sujeitos no grupo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises realizadas é possível observar que alguns critérios para a escolha do curso são: ser uma boa ouvinte e querer entender o que acontece na cabeça do ser humano, e os relatos nos levaram a pontos de reflexões interessantes: o da representação social do psicólogo como um profissional que cuida e resolve problemas, que conversa e faz acolhimento frente a uma representação do médico que está ali para prescrever medicamentos.

As lembranças e avaliações das participantes sobre a época da graduação revela um pouco da mudança de panorama no fazer do psicólogo ao longo dos anos: os campos de estágio foram ampliados, novas habilidades e competências têm sido desenvolvidas – contudo, algumas entrevistadas apontam o caráter biomédico de suas formações com a presença de disciplinas no currículo como anatomia, fisiologia e genética, além do aprendizado de tirar sangue e aferir a pressão, habilidades que não são, e nunca foram, da ordem do psicólogo. A presença biomédica ainda estava muito imbricada nos cursos de formação sem abrir espaço para valores que façam sentido com as novas demandas da Psicologia insurgentes nas últimas duas décadas.

Quando observamos o trabalho das participantes nos deparamos com uma tensão presente: uma formação clínica orientada para a psicoterapia individual e disciplinas com caráter biologicista frente ao campo de atuação que demanda novas perspectivas de trabalho. Nessa seara, somos novamente confrontados com a representação social da profissão ao atribuir as funções de escutar e acolher somente à psicóloga, como se somente a ela pertencesse. Surge, dentro dos relatos, o imaginário social de função de psicoterapeuta dentro do CAPS. Ainda, nesse momento, apreendemos a lógica manicomial presente na rotina de trabalho das participantes onde o “curar” substitui o “cuidar”.

Em relação ao trabalho das participantes no CAPS, observamos um lugar de pouco entendimento do funcionamento do dispositivo e seu modelo de atenção, o que resulta em práticas alinhadas ao modelo biomédico já ultrapassado. Nesse contexto, faltam referências

(tanto para a comunidade quanto para os próprios trabalhadores do dispositivo) sobre como esses locais funcionam, quais atividades oferecem e a população-alvo que ele abarca. Como a lógica manicomial ainda é reproduzida no comportamento dos usuários e trabalhadores, existe uma dificuldade persistente em apreender a atenção psicossocial como o modelo de assistência no qual o CAPS se estabelece.

Ao retomar a relação entre a graduação e o trabalho das participantes percebemos em alguns relatos uma ênfase na psicopatologia como essencial para o desempenho das atividades. Esse destaque reafirma a lógica biomédica da atuação das profissionais, aspecto que dificulta o trabalho realizado de acordo com as diretrizes do SUS. Foram também narradas ausências de capacitação durante a graduação para o trabalho nos dispositivos da RAPS, pois algumas participantes relatam ter buscado essa formação após a graduação, seja em uma pós-graduação ou cursos livres. Contudo, vimos também a importância da Extensão Universitária dentro da formação para a atuação dessas profissionais e como esse contato extramuros com outras realidades e territórios pode ser benéfico para a atuação no CAPS.

Ao debruçar sobre os relatos das psicólogas sobre suas formações e vivências no CAPS entendemos que a realidade dessas profissionais ultrapassa o relato e que esta pesquisa se detém apenas sobre o recorte que pretende observar. Assim, novos estudos poderiam abarcar, por exemplo, as vivências e memórias de outros profissionais do CAPS; ou uma análise da grade curricular do curso de Psicologia no começo dos anos 1990 em comparação com uma grade dos anos 2020. O que mudou? Como essa mudança impacta a atuação profissional da psicóloga?

Assim, esse estudo acessou e descreveu as memórias e vivências de psicólogas do CAPS III em Campo Grande. Ao contar essas histórias, percebemos como a singularidade da experiência afeta em certa instância a forma que o trabalho é concebido mas que, ao olharmos o todo, percebemos similaridades e diferenças que tecem a trajetória dessas profissionais.

Entendemos que a ruptura com o modelo manicomial exige novas perspectivas de cuidado. Dessa maneira, foi possível atestar um campo de trabalho que demanda novas perspectivas frente a uma formação clínica voltada à psicoterapia individual; foi possível também apreender a lógica manicomial presente não apenas na rotina de trabalho das participantes, no qual o “curar” substitui o “cuidar”, como também na rotina dos usuários do serviço. Ainda, as participantes entendem que a graduação as preparou para o trabalho no CAPS em questões de psicopatologia somente e que pouco aprenderam sobre o dispositivo durante sua formação.

7. REFERÊNCIAS

- Assenheimer, S., & Pegoraro, R. F. (2019). Práticas desenvolvidas por psicólogos em serviços de atenção psicossocial: revisão de literatura. *Revista Psicologia e Saúde, 11*(3), 139-155. <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.65>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bastos, A. V. B., & Gomide, P. I. C. (Orgs.). (2010). *O trabalho do psicólogo no Brasil*. Artmed.
- Bastos, A. V. B., Gondim, S. M. G., & Borges-Andrade, J. E. (2010). O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. O que mudou nestas últimas décadas? In O. H. Yamamoto & A. L. F. Costa (Orgs.), *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil* (pp. 257-271). EDUFERN.
- Bock, A. M. B. (1997). Formação do psicólogo: um debate a partir do significado do fenômeno psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão, 17*(2), 37-42.
<https://doi.org/10.1590/S1414-98931997000200006>
- Braga, C. M. L. (1998). *Ansiedade, nervosismo, stress: Como os adolescentes vivenciam a época do vestibular? Uma análise psicanalítica*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Estadual de Londrina.
- Cantele, J., Arpini, D. M., & Roso, A. (2012). A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão, 32*(4), 910-925.
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000400011>
- Cedraz, A., & Dimenstein, M. (2005). Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: Modalidades desinstitucionalizantes ou não? *Revista Mal-Estar e Subjetividade, 5*(2), 300-327.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482005000200006

- Conceição, D. S., Andreoli, S. B., Esperidião, M. A., Santos, D. N. (2018). Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(2). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200007>
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (1992). *Carta de Serra Negra*.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (1994). *Psicólogo brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a formação*. Casa do Psicólogo.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2003). Resolução CFP nº. 005/2003. Reconhece a Psicologia Social como especialidade em Psicologia para finalidade de concessão e registro do título de Especialista. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2003_5.pdf
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2013). Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. <https://goo.su/Xqbf1>
- Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2025). *A psicologia em números: Infográfico*.
- Cusinato, C. (2016). *Reforma psiquiátrica: Avanços e desafios das práticas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*. [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho]. Repositório Institucional da UNESP. <https://shre.ink/xq39>
- Darahem, G. C., Cosentino, M. C., Cândido, G. V., & Massimi, M. (2014). O uso da história oral na Psicologia: Percepção de experiências individuais. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(3), 1039-1053. <https://doi.org/10.12957/epp.2014.13900>
- Dimenstein, M. (2006). A prática dos psicólogos no Sistema Único de Saúde/SUS. In *I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS* (Vol. 1, pp. 8-16), Brasília, DF.

- Dosse, F. (2001). *A história à prova do tempo: Da história em migalhas ao resgate de sentido*. UNESP.
- Ferreira, J. D. S. (1995). *Motivos de escolha da profissão e características de personalidade, através do desenho da figura humana, em estudantes de Psicologia e Administração*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade de São Paulo.
- Ferreira, J. F. L., Neto. (2010). Uma genealogia da formação do psicólogo brasileiro. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 18, 130-142.
- Fertonani, H. P., Pires, D. E. P., Biff, D., & Scherer, M. D. A. (2015). Modelo assistencial em saúde: Conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1869-1878. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
- Figueiró, R. A., & Dimenstein, M. (2010). O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(2), 431-446. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922010000800015>
- Frazatto, F. C. (2018). *Reforma Psiquiátrica brasileira e o desafio de cuidar em liberdade: Reflexões sobre casos de alta em um CAPS*. [Tese de doutorado não publicada]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Gomes, L. A. G. N., Rodrigues, F. S., Araújo, G. B. F., Ferreira, M. R. R., Costa, V. G., Tajra, F. S., & Pedrosa, J. I. S. (2015). Além do que se vê: Análise da representação social atribuída ao profissional médico por meio de sites de busca disponíveis na Internet. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 9(2), 41-55. <https://doi.org/10.18569/tempus.v9i2.1550>
- Guareschi, N. M. F., Reis, C., Dhein, G., Bennemann, T., & Machry, F. C. (2011). A avaliação psicológica, psicopatologia e as psicoterapias na formação do profissional de saúde para o SUS: Um estudo dos currículos dos cursos de psicologia. *Revista*

Mal-Estar e Subjetividade, 21(1), 171-204.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=527568879006>

Guareschi, N. M., Machry, F. C., Reis, C., Dhein, G., & Bennemann, T. (2012). Implicações das áreas biomédicas da formação do psicólogo no SUS. *Psicologia Argumento*, 30(70), 503-513. <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.6137>

Jedlowski, P. (2001). Memory and Sociology: Themes and Issues. *Time & Society*, 10(1), 29-44. <https://doi.org/10.1177/0961463X01010001002>

Jucá, V. J. S., Medrado, A. C., Safira, L., Gomes, L. P. M., & Nascimento, V. G. (2010). Atuação psicológica e dispositivos grupais nos centros de atenção psicossocial. *Mental*, 8(14), 93-113. <https://goo.su/Zet8>

Kubo, O. M., & Botomé, S. P. (2001). Formação e atuação do psicólogo para o tratamento em saúde e em organizações de atendimento à saúde. *Revista Interação*, 5, 93-122. <https://doi.org/10.5380/psi.v5i1.3319>

Lahm, C. R., & Boeckel, M. G. (2008). Representação social do psicólogo em uma clínica-escola do município de Taquara/RS. *Contextos Clínicos*, 1(2), 79-92. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822008000200004

Langenbach, M., & Negreiros, T. C. G. M. (1988). A formação complementar: Um labirinto profissional. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Quem é o psicólogo brasileiro?* (pp. 86-99). EDICON.

Lara, G. A., & Monteiro, J. K. (2012). Os psicólogos na atenção às psicoses nos CAPS. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(3), 76-93. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000300006&lng=pt&tlng=pt

- Lázaro, C. S., Oliveira, F. A. L., & Marques, T. M. (1986). *Motivos de escolha do curso de Psicologia: Comparação da percepção inicial e ao término do curso*. In *Resumo 135 da 16.ª Reunião Anual de Psicologia da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto*.
- Leal, E. M., & Delgado, P. G. G. (2007). Clínica e cotidiano: O CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In R. Pinheiro, A. P. Guljor, A. Gomes, & R. A. Mattos (Orgs.), *Desinstitucionalização na saúde mental: Contribuições para estudos avaliativos* (pp. 137-154). CEPESC; IMS/LAPPIS; ABRASCO.
- Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968*. (1968). Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. [L5540compilada](#)
- Lei nº 1.293, de 21 de setembro de 1992*. (1992). Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. <https://goo.su/KJGwTr>
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2011). Expansão e interiorização da Psicologia: reorganização dos saberes e poderes na atualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 296-313. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000200008>
- Magalhães, M., Stralio, M., Keller, M., & Gomes, W. B. (2001). Eu quero ajudar as pessoas: A escolha vocacional da psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 10-27. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932001000200003>
- Marcelo, A. C. (2023). A conformação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS em Campo Grande - MS [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Dom Bosco]. Repositório Institucional da UCDB. <https://shre.ink/xq30>
- Martins, J. C. O., Aquino, C. A. B., Sabóia, I. B., & Pinheiro, A. A. G. (2012). De Kairós a Kronos: Metamorfoses do trabalho na linha do tempo. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 15(2), 219-228. <https://goo.su/WwsOAAh>

- Marzano, M. L. R., & Sousa, C. A. C. (2004). O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 13(4), 577-584. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000400010>
- Meihy, J. C. S. B., & Holanda, F. (2007). *História oral: Como fazer, como pensar*. Contexto.
- Mello, R. A., & Teo, C. R. P. A. (2019) Psicologia: Atuação e formação para o SUS. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e186511, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003186511>
- Ministério da Saúde. (2014). *Educação permanente em saúde*. CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO. <https://www.saude.gov.br/sgtes>
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, 22(37), 7-32.
- More, C. O. O., Leiva, A. C., & Tagliari, L. V. (2001). A Representação Social do psicólogo e de sua prática no espaço público-comunitário. *Paideia*, 11, 85-98.
- Oliveira, I. F., Costa, V. C. A., & Yamamoto, O. (2022). A Psicologia no Brasil: uma história em construção. In Conselho Federal de Psicologia [CFP], *Quem faz a psicologia brasileira? Um olhar sobre o presente para construir o futuro*. (Vol. 1, Formação e inserção no mundo do trabalho, (pp. 11-39). CFP.
- Padrós, E. S. (2009). História do tempo presente, ditaduras de segurança nacional e arquivos repressivos. *Revista Tempo e Argumento*, 1(1), 30-45. <https://revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/708>
- Paulon, S. M., Gageiro, A. M., Costa, D. F. C., Londero, M. F. P., Pereira, R. G., Mello, V. R. C., & Rosa, R. H. (2011). Práticas clínicas dos profissionais 'PSI' dos Centros de Atenção Psicossocial do Vale do Rio dos Sinos. *Psicologia & Sociedade*, 23[spe], 109-119. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400014>
- Pires, A. C. T., & Braga, T. M. S. (2009). O psicólogo na saúde pública: Formação e inserção profissional. *Temas em Psicologia*, 17(1), 151-162.

Portaria nº 3.088/Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011. (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).

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Praça, K. B. D., & Novaes, H. G. V. (2004). A representação social do trabalho do psicólogo.

Psicologia Ciência e Profissão, 24, 32-47.

Rezende, L. (2014). *Da formação à prática do profissional psicólogo: Um estudo a partir da visão dos profissionais*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Federal de Juiz de Fora.

Ribeiro, J. I. P., & Sarriera, J. C. (1997). Percepção leiga do psicólogo: notas de uma prática disciplinar. *Psico*, 28(1), 63-76.

Rosas, P., Rosas, A., & Xavier, I. B. (1988). Quantos e quem somos. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Quem é o psicólogo brasileiro?* (pp. 32-48). EDICON.

Sá, C. P. (2007). Sobre o campo de estudo da memória social: Uma perspectiva psicossocial. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 290-295. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722007000200015>

Sá, C. P. (2012). A memória histórica numa perspectiva psicossocial. *Revista Morpheus - Estudos Interdisciplinares em Memória Social*, 8(14).

<https://seer.unirio.br/morpheus/article/view/4826>

Sales, A. L. L. F., & Dimenstein, M. (2009a). Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 812-823.

<https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000400012>

- Sales, A. L. L. F., & Dimenstein, M. (2009b). Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: Práticas em desconstrução? *Psicologia em Estudo*, 14(2), 277-285. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000200008>
- Sanches, C. (1999). *Orientação Educacional e o adolescente*. Arte & Ciência.
- Santana, R. R., Santana, C. C. A. P., Costa, S. B. Neto, & Oliveira, E. C. (2021). Extensão Universitária como Prática Educativa na Promoção da Saúde. *Educação & Realidade*, 46(2), e98702. <https://doi.org/10.1590/2175-623698702>
- Santos, M. A. (1992a). O que é a Psicologia? Representação social da profissão entre alunos do curso de formação. In *22ª Reunião Anual de Ribeirão Preto. Resumos de Comunicações Científicas* (p. 57). S.B.P., & Legis Summa.
- Santos, M. A. (1992b). Os motivos subjacentes à busca da profissão de psicólogo e sua relação com a escolha da área de futura atuação profissional. In *Resumos de Comunicações Científicas da 22ª Reunião Anual de Ribeirão Preto*. (p. 59). S.B.P., & Legis Summa.
- Seider, S. C., Gillmor, S., & Rabinowicz, S. (2012). The impact of community service learning upon the expected political voice of participating College students. *Journal of Adolescent Research*, 27(1), 44-77. <https://doi.org/10.1177/0743558411412956>
- Silva, C. B. (2015). Narrativas digitais sobre os exames de admissão ao ginásio: Ego-documentos e cultura escrita na história do tempo presente. *Revista Tempo e Argumento*, 7(15), 05-41. <https://doi.org/10.5965/2175180307152015005>
- Soares, A., B., Souza, M. S., Monteiro, M. C., & Wolter, R. M. C. P. (2018). Concepções de estudantes sobre a maturidade para a escolha da graduação em Psicologia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(3), 755-772.

- Soares, R. de O., & Alvarez, M. C. (2022). O Centro de Atenção Psicossocial e o discurso antimanicomial. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, 12(2), 597-616. <https://doi.org/10.4322/2316-1329.2022016>
- Souza, J. A. M. (2021). Os ásperos tempos da psicologia: do fechamento de espaços institucionais à luta revolucionária durante a ditadura empresarial-militar. [Tese de doutorado não publicada]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Tavares, R. C., & Sousa, S. M. G. (2009). O Usuário de CAPS: Quem é esse sujeito? *Revista Psicologia e Saúde*, 1(1). <https://doi.org/10.20435/pssa.v1i1.12>
- Thompson, P. (1992). *A voz do passado*. Paz e Terra.
- Ulian, A. L. O., Carvalho, A. A., Bastos, A. V. B., (1988). A busca da profissão: Valores implícitos apontados por psicólogos. In Resumos da 40.^a Reunião Anual da SBPC, (pp. 937-938).
- Vieira-Santos, J. (2016). Impacto das Diretrizes Curriculares Nacionais na Formação em Psicologia: Revisão de Literatura. *Psicologia Ensino & Formação*, 7(2), 34-52. <https://doi.org/10.21826/2179-58002016723552>

APÊNDICE A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO - UCDB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DE PSICÓLOGOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM CAMPO GRANDE (MS)

Pesquisador: LETICIA ANDRADE HERRERA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78842424.7.0000.5162

Instituição Proponente: Universidade Católica Dom Bosco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.831.029

Apresentação do Projeto:

As informações referentes aos tópicos 'Informações do Projeto' foram extraídas do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_12254815.pdf", postado pela autora: O título do projeto é: FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DE PSICÓLOGOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM CAMPO GRANDE (MS), e o projeto tem como temática a atuação desses profissionais nos dias atuais. Segundo a autora serão entrevistados psicólogos inseridos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que atuam no Centro de Atenção Psicossocial III do município de Campo Grande - tal local foi escolhido pois dados recentes que nos mostram a centralidade deste dispositivo na Reforma Psiquiátrica brasileira e, particularmente, na sua história no município de Campo Grande (Marcelo, 2023). Sobre a metodologia do estudo, em um primeiro momento, serão apropriados conceitos e noções de Memória e i.e., social, pessoal e histórica (Sá, 2013). A pesquisa também se apropria de estratégias de História Oral (Delgado, 2006), Análise do Documental (Cellard, 2008) e Análise de Conteúdo (Bardin, 1977) para produção e análise das fontes primárias a que se estima acessar.

Objetivo da Pesquisa:

As informações referentes aos tópicos 'Informações do Projeto' foram extraídas do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_12254815.pdf", postado pela autora, o Objetivo Primário: Identificar, descrever e analisar memórias pessoais a respeito da formação de psicólogas e psicólogos atuantes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na cidade de Campo

Endereço: Av. Tamandaré, 6000 Bloco Administrativo 2º Piso, Sala C007
Bairro: Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3478 **E-mail:** cep@ucdb.br

Continuação do Parecer: 6.831.029

Grande (Mato Grosso do Sul, MS);

Objetivos Secundários:

Identificar e caracterizar memórias da formação de psicólogos e psicólogas que trabalham na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul;

Acessar e descrever vivências de tais profissionais de Psicologia que trabalham na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul;

e Analisar e discutir a relação entre as memórias e vivências dos profissionais entrevistados e os documentos legais referentes à formação em Psicologia, no Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações referentes aos tópicos 'Informações do Projeto' foram extraídas do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_12254815.pdf", postado pela autora, os Benefícios da pesquisa: espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a formação atual do psicólogo, ao verificar se ela cumpre o papel proposto para a atuação desses profissionais inseridos no serviço de saúde pública, além de coletar informações essenciais sobre a formação dos psicólogos que já atuam nesses serviços e como ela está alinhada com sua prática profissional.

Em relação aos riscos: risco de as memórias dos participantes acerca de suas vivências desencadearem desconforto e mal-estar. Diante disso, a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento e a profissional psicóloga responsável pela entrevista realizará o acolhimento psicológico necessário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador apresentou todos os documentos de acordo com o recomendado na Resolução CNS nº 466/12 e outras que regulamentam as pesquisas. O TCLE atende às necessidades das resoluções.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa do CEP/UCDB, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS,

Endereço: Av. Tamandaré, 6000 Bloco Administrativo 2º Piso, Sala C007

Bairro: Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900

UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3478

E-mail: cesp@ucdb.br

**UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO - UCDB**



Continuação do Parecer: 6.831.029

manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2254815.pdf	03/04/2024 10:49:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_leticia.docx	03/04/2024 10:49:10	LETICIA ANDRADE HERRERA	Aceito
Cronograma	cronograma_leticia.docx	03/04/2024 10:47:35	LETICIA ANDRADE HERRERA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_leticia_revisado_novo.docx	03/04/2024 10:47:25	LETICIA ANDRADE HERRERA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2254815.pdf	04/03/2024 20:06:32		Recusado
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_leticia_revisado.docx	04/03/2024 20:06:23	LETICIA ANDRADE HERRERA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_leticia_revisado.docx	04/03/2024 20:06:23	LETICIA ANDRADE HERRERA	Recusado
Cronograma	cronograma_leticia.docx	04/03/2024 20:06:01	LETICIA ANDRADE HERRERA	Aceito
Cronograma	cronograma_leticia.docx	04/03/2024 20:06:01	LETICIA ANDRADE HERRERA	Recusado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_leticia.docx	04/03/2024 20:03:15	LETICIA ANDRADE HERRERA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_leticia.docx	04/03/2024 20:03:15	LETICIA ANDRADE HERRERA	Recusado
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anuencia_leticia.pdf	04/03/2024 19:59:45	LETICIA ANDRADE HERRERA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_deRosto.pdf	04/03/2024 19:57:25	LETICIA ANDRADE HERRERA	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Tamandaré, 6000 Bloco Administrativo 2º Piso, Sala C007
Bairro: Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3478 **E-mail:** cesp@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO - UCDB



Continuação do Parecer: 6.831.029

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 17 de Maio de 2024

Assinado por:
LUDOVICO MIGLIOLO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Tamandaré, 6000 Bloco Administrativo 2º Piso, Sala C007

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3478

E-mail: cep@ucdb.br

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

PERGUNTAS NORTEADORAS PARA ENTREVISTA

- 1 - Por que a escolha da Psicologia como curso?
- 2 - E hoje, com o que você trabalha? Como foi sua trajetória profissional até esse ponto?
- 3 - Quais foram as principais mudanças que você observou desde a sua inserção profissional até hoje aqui no estado?
- 4 - E na sua visão, como essas mudanças ocorreram?
- 5 - No geral, você diria que a sua formação durante a graduação o/a preparou de maneira teórica e prática para o seu trabalho atual?

9. ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Universidade Católica Dom Bosco

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Prezado(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DE PSICÓLOGOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM CAMPO GRANDE**”. Essa pesquisa está sob responsabilidade de Letícia Andrade Herrera e Rodrigo Lopes Miranda, respectivamente, mestranda e docente do curso de Pós-graduação em Psicologia (PPG - Psicologia) da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

O objetivo dessa pesquisa é identificar, descrever e analisar memórias pessoais a respeito da formação de psicólogas e psicólogos atuantes na Rede de Atenção Psicossocial na cidade de Campo Grande (Mato Grosso do Sul, MS). O convite é para que você conceda uma entrevista à pesquisadora responsável, organizada de maneira semiestruturada, cujo áudio será gravado por um gravador digital e/ou aparelho celular. A pesquisa, ao ouvi-lo(a), produz memórias sobre a formação em Psicologia e, portanto, atua como um recurso de aquisição e preservação de lembranças, bem como no intento de compreender as relações entre formação e atuação na Psicologia em Campo Grande, podendo influenciar os debates contemporâneos da profissão de psicólogo.

A pesquisa contará com a utilização de documentação escrita, tais como artigos publicados, projetos de pesquisa, etc. A entrevista está programada para ocorrer em aproximadamente 50 (cinquenta) minutos. O único risco está relacionado a algumas temáticas que poderão gerar lembranças desconfortáveis e, caso o sejam, podemos interromper o processo a qualquer momento. A entrevista será realizada onde melhor lhe convier e será individualizada. Você será ressarcido de eventuais despesas vinculadas ao encontro para a entrevista. Caso necessário, outras entrevistas podem ser agendadas.

Com o intuito de amenizar quaisquer inconvenientes, a transcrição da entrevista será encaminhada para que faça toda e qualquer edição que julgar pertinente. Ademais, qualquer

documento, foto, etc. que nos oferecer só será utilizado com seu prévio consentimento, de modo a preservar informações que permitiriam identificar a pessoa.

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução nº 466/2012, do **Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde**, consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante da pesquisa e/ou responsável por participante da pesquisa, sabendo que:

1. A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro. Em havendo despesas operacionais, essas deverão estar previstas no Cronograma de Desembolso Financeiro e em nenhuma hipótese poderão recair sobre o participante da pesquisa e/ou seu responsável;
2. É garantida a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
3. É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa, podendo participar de outras pesquisas futuras;
5. Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos, sem qualquer identificação do participante;
6. Você receberá a transcrição de sua entrevista e, poderá remover quaisquer partes que julgar pertinentes, antes da sua análise para os fins da pesquisa;
7. A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), situado na Av. Tamandaré, 6000, Bairro Jardim Seminário, Campo Grande - MS (e-mail cep@ucdb.br; telefone para contato (67) 3312-3478), que a referenda; e
8. O presente termo está assinado em duas vias e rubricado em todas as páginas numeradas.

Campo Grande - MS, ____/____/____

Nome e assinatura do(a) Participante da pesquisa ou responsável pelo participante.