

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e
Aprendizagem

Aline Nunes de Santana Lima

**CONTINGÊNCIAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: UMA ANÁLISE
DE LEGISLAÇÃO E RELATOS VERBAIS DE PSICÓLOGOS**

BAURU

2018

Aline Nunes de Santana Lima

CONTINGÊNCIAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: uma análise de
legislação e relatos verbais de psicólogos

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem sob orientação do Prof. Dr. Kester Carrara.

BAURU

2018

Lima, Aline Nunes de Santana.

Contingências da reforma psiquiátrica brasileira:
uma análise de legislação e relatos verbais de
psicólogos / Aline Nunes de Santana Lima, 2018
117 f. : il.

Orientador: Kester Carrara

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual
Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2018

1. Psicologia. 2. Reforma Psiquiátrica Brasileira.
3. Análise do Comportamento. 4. Análise de Documentos
Oficiais. I. Universidade Estadual Paulista.
Faculdade de Ciências. II. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus do Bauru



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de ALINE NUNES DE SANTANA LIMA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 28 dias do mês de agosto do ano de 2018, às 09:00 horas, no(a) Anfiteatro do prédio da pós-graduação da Faculdade de Ciências, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Prof. Dr. KESTER CARRARA - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. CAMILA MUCHON DE MELO do(a) Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento / UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, Prof. Dr. JAIR LOPES JUNIOR do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências - UNESP/Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE Mestrado de ALINE NUNES DE SANTANA LIMA, intitulada "CONTINGÊNCIAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: UMA ANÁLISE DE LEGISLAÇÃO E RELATOS VERBAIS DE PSICÓLOGOS". Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: Aprovado. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Prof. Dr. KESTER CARRARA

Camila Muchon de Melo
Profa. Dra. CAMILA MUCHON DE MELO

Jair Lopes Junior
Prof. Dr. JAIR LOPES JUNIOR

Este trabalho foi apoiado pela CAPES –
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de
Nível Superior – mediante a concessão de bolsa de
mestrado com período de vigência de março de 2016
a fevereiro de 2018.

AGRADECIMENTOS

Todo trabalho é escrito em muitas mãos e é gratificante a tarefa de chegar à etapa final do mestrado e agradecer aos envolvidos em sua conclusão. Escrever esse trabalho implicou diversas mudanças em minha vida, desde a minha instalação em Bauru, a 1400 km de Cuiabá, minha cidade natal, até a mudança de contexto social, rotina e os novos hábitos que o ingresso no mestrado envolvem.

A primeira pessoa a quem agradeço é minha mãe, Justa, que tenho a sorte de também ser minha melhor amiga. Professora primária, me ajudou a escrever minhas primeiras letras e nunca mediu esforços para que eu tivesse acesso a uma boa formação. Seu apoio e incentivo para que eu tivesse a oportunidade de priorizar meus estudos e ingressar no mestrado foram imprescindíveis. Agradeço o amor, a paciência e o carinho incondicionais que durante toda minha vida estiveram presentes.

Agradeço também aos meus avós, que hoje estão entre as minhas mais queridas lembranças. À minha avó Rosa, também professora, que me inspirou o interesse pela leitura e escrita meu muito obrigada. Ao meu avô, Shokichi, que tinha uma curiosidade incessante pelo mundo e sempre me incentivou a investir em minha formação acadêmica, também agradeço. A meus tios, Antônio e Tainara pelo incentivo, palavras amigas e toda ajuda que me deram na mudança de cidade e à pequena Ana Rosa pelo carinho, obrigada!

Aos meus queridos professores, Kester por aceitar me orientar e ser fonte de muito aprendizado, Silas que me incentivou a ingressar no mestrado e Maelison por ter me influenciado a gostar de Análise do Comportamento e Behaviorismo Radical, meus sinceros agradecimentos. Agradeço também à Camila Muchon de Melo e Jair Lopes, que gentilmente aceitaram avaliar esse trabalho e deram valiosas contribuições.

Agradeço aos meus amigos de Cuiabá Alan, Déborah, Tayná, Mariana e Amanda por sempre estarem presentes, mesmo que de longe. Aos amigos que fiz em Bauru e me ajudaram a me adaptar e gostar tanto dessa cidade: Carol, Luiz, Diego, Bruno e Douglas. E agradeço à Viviane pelo amor, carinho, paciência e por ter me ajudado tanto nesse período.

Sou muito grata a CAPES pela concessão do auxílio financeiro sem o qual a realização desse trabalho estaria impossibilitada.

*Uma cultura evolui quando novos costumes favorecem a sobrevivência daqueles que os praticam –
B.F. Skinner*

LIMA, Aline Nunes de Santana. **Contingências da reforma psiquiátrica brasileira: uma análise de legislação e relatos verbais de psicólogos**. 2018. 117f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem)- UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2018.

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo que tem como objetivo garantir direitos de pessoas com transtornos psiquiátricos por meio da substituição gradativa do modelo de tratamento historicamente destinado a essa população, baseado em internações em hospitais psiquiátricos, por um modelo de atenção de base comunitária, como é o caso dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O processo de reorganização da assistência psiquiátrica envolve mudanças de práticas culturais em relação à assistência prestada às pessoas com transtornos psiquiátricos e nesse contexto está inserida a atividade profissional do psicólogo. Essa pesquisa de caráter descritivo teve como objetivo descrever e analisar práticas culturais componentes da assistência em saúde mental que se propõe como substitutiva às internações psiquiátricas por meio de uma avaliação de legislação e relatos verbais de profissionais da área. Para tanto foram selecionadas como fontes de dados uma lei e duas portarias que dizem respeito à implantação dos serviços substitutivos, em especial em relação aos CAPS. Também foram realizadas quatro entrevistas com psicólogas inseridas nesses contextos. A legislação analisada institui parâmetros para a instalação de uma nova prática cultural de assistência psiquiátrica que se desenvolva prioritariamente no território do usuário do serviço. A análise dos documentos permitiu a inferência de 25 contingências relacionadas à nova prática cultural a ser instalada, a partir das quais se pode constatar que muitas vezes os documentos são pouco descritivos ao estabelecer critérios ou situações que devem anteceder as respostas descritas, a descrição dessas respostas é pouco precisa e são empregados termos vagos para a prescrição do que é esperado de quem irá ler o documento. Nesse sentido, o texto da legislação pode dificultar a execução das ações prescritas por ele, assim como a avaliação dessas ações. Os relatos levantados permitiram a análise de que, em relação ao que consideram os objetivos de seu trabalho, algumas psicólogas relataram a inserção social do paciente como meta de sua atuação, enquanto outras salientaram objetivos mais próximos de um modelo clínico tradicional, podendo ser a formação recebida por cada uma um diferencial no estabelecimento desses objetivos. Quanto às contingências relacionadas às modalidades de serviços desenvolvidas pelas psicólogas nos CAPS foi unânime a prevalência das atividades em grupo, como oficinas terapêuticas. Essas atividades são heterogêneas quanto à sua periodicidade, as características do atendimento desenvolvido pelas profissionais e os efeitos nos pacientes promovidos por elas. Algumas modalidades de oficina têm com consequência a formação de

interações sociais positivas e uma inserção social mais ampla e em outras se desenvolvem trabalhos mais individualizados com os pacientes. Pode-se inferir a partir do relato das participantes consequências positivas do modelo de atenção comunitário e consoantes aos direitos da população atendida, divergindo do modelo hospitalocêntrico descrito na literatura como coercitivo. Uma possibilidade de intervenção baseada no corpo de conhecimentos da Análise do Comportamento para o desenvolvimento da política pública de saúde mental seria a partir de dados de cada instituição elaborar intervenções baseadas na programação de ensino para o desenvolvimento de repertórios comportamentais nos profissionais.

Palavras-chave: Psicologia; Reforma Psiquiátrica Brasileira; Análise do Comportamento; Análise de Documentos Oficiais.

LIMA, Aline Nunes de Santana. **Contingencies of the Brazilian psychiatric reform: an analysis of legislation and verbal reports of psychologists**. 2018. 117f. Dissertation (Master in Psychology of Development and Learning) – UNESP, School of Sciences, Bauru, 2018.

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform is a process which aims to guarantee the rights of people with psychiatric disorders through the substitution of the treatment model that is historically designated to these people, based on long term hospitalization in asylums, for a model based on community care, as in the institutions called Psychosocial Attention Centers. The process of reorganization of the psychiatric attention involves changes in cultural practices related to the assistance given to people with psychiatric disorders and this context involves the professional activity of psychologists. This descriptive research aimed to analyze, through an evaluation of contingencies in legislation and by interviews with professionals, the cultural practices that compose the mental health assistance that aims to replace the psychiatric hospitalization. To do so, were selected as data sources three legal documents that treats about the description of guidelines for the implantation of the substitutive services especially on the Psychosocial Attention Centers. Also were realized four interviews with psychologists that works on these contexts. The legislation analyzed establishes parameters for the installation of a new cultural practice of psychiatric care. An analysis of the documents provided the interpretation 25 contingencies related to the new cultural practice. Based on this analysis it could be interpreted that the documents were not precise on the descriptions of parameters of situations that should precede the responses described in the documents and the vocabulary is vague. From that it could be inferred that the text of the laws could make it difficult to the readers to execute the actions described by it as well as the evaluation of this actions. The analysis of the interview showed that regarded to the objectives of their work, some psychologists said that the aims were the social insertion of their patient, as well as others revealed objectives more related to a traditional clinical approach. The college education that each of the psychologists received can be related to that difference in the aims of their work. The activities developed on the institutions were mostly in groups, and were very different concerning their periodicity, characteristics of the work of the professionals and the effects on patients. Some of them promoted positive social interactions and social insertion and others developed more individualized works. Based on the interviews could be interpreted that the community based services can provide positive consequences for the patients, differently from the hospital based model, described as coercitive. A possible behavioral intervention

would be, based on data from each institution, to elaborate training courses to the development of professional's repertoire to promote interventions more suitable to the consequences described on the legislation as the Psychiatric Reform's aims.

Key-words: Psychology; Brazilian Psychiatric Reform; Behavior Analysis; Official Documents Analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1— Gráfico de expansão dos CAPS no Brasil entre os anos de 1998 e 2014.....	17
Figura 2— Exemplo de contingência interpretada a partir da lei 10.216/2001.....	37
Figura 3— Contingência da Lei 10.216/2001 – Contingência Geral da Política Nacional de “Saúde Mental”.....	45
Figura 4— Contingência da Lei 10.216/2001 – Contingência referente à internação psiquiátrica.....	46
Figura 5— Contingência da Lei 10.216/2001 – Programa de Volta para Casa.....	48
Figura 6— Contingência da Portaria 336/2002 – Estabelecimento das modalidades de CAPS.....	50
Figura 7— Contingência da Portaria 3.088/2011 – Implantação da RAPS.....	54
Figura 8— Contingência da Lei 10.216/2001 – Cientificar sobre direitos do usuário e da família.....	56
Figura 9— Contingência da Portaria 336/2002 – Determinação da modalidade de atendimento do paciente.....	57
Figura 10— Contingências da Portaria 336/2002 – Tipos de atendimentos ofertados no CAPS..	58
Figura 11— Contingência da Portaria 336/2002 – Atividades comunitárias.....	59
Figura 12— Contingência da Portaria 3.088/2011 – Projeto Terapêutico Individual.....	60
Figura 13— Contingência da Portaria 3.088/2011 – Ações de prevenção, produção de informações e reabilitação social.....	61
Figura 14— Contingência da Portaria 336/2002 – Fluxo de pacientes do CAPS.....	62
Figura 15— Contingência da Portaria 3.088/2011 – Promoção de Mecanismos de Formação Permanente.....	63
Figura 16— Contingência inferida a partir da Portaria 336/2002 – Capacitação e supervisão de equipes da atenção básica.....	63
Figura 17— Contingência inferida a partir da Portaria 3.088/2011 – Monitorar a qualidade dos serviços.....	64
Figura 18— Contingência inferida a partir da Portaria 336/2002 – Supervisão de Hospitais Psiquiátricos.....	64
Figura 19— Fluxograma de atendimento ao paciente que chega ao CAPS.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1—	Características das modalidades de CAPS descritas na Portaria 336 de 19 de Fevereiro de 2002.....	52
Tabela 2—	Caracterização das profissionais.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1—	Organização da Rede de Atenção Psicossocial.....	55
Quadro 2—	Dados de P1CAPSI quanto a modalidades de atendimento.....	78
Quadro 3—	Dados de P2CAPSI quanto a modalidades de atendimento.....	81
Quadro 4—	Dados de P3CAPSII quanto a modalidades de atendimento.....	85
Quadro 5—	Dados de P4CAPSII quanto a modalidades de atendimento.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
- CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- CFP – Conselho Federal de Psicologia
- DAET - Departamentos de Atenção Especializada e Temática
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
- EJA – Ensino de Jovens e Adultos
- LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
- NEE – Necessidades Educacionais Especiais
- NOAS – Norma Operacional de Atenção à Saúde
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PA – Produto Agregado
- PTS – Projeto Terapêutico Singular
- RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SAS – Secretaria de Atenção a Saúde
- SEBES – Secretaria do Bem Estar Social
- SRT – Serviço Residencial Terapêutico
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TO – Terapia Ocupacional
- UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	33
2.1 Objetivo Geral	33
2.2 Objetivos Específicos	33
3. MÉTODO	34
3.1 Procedimentos de seleção, coleta e análise de dados documentais	34
3.1.1 Seleção de documentos	34
3.1.2 Procedimento de coleta e análise de dados documentais	36
3.2 Procedimentos de coleta e análise de relatos verbais	38
3.2.1 Elaboração do instrumento de coleta de dados	38
3.2.2 Procedimentos éticos	38
3.2.3 Local	39
3.2.4 Participantes	39
3.2.5 Procedimento de coleta de dados	39
3.2.6 Análise dos relatos verbais	40
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1 Análise de Relatos Verbais	68
4.1.1 Caracterização das psicólogas quanto à formação para o trabalho e histórico profissional	68
4.1.2- Caracterização dos CAPS	72
4.1.3- Contingências do atendimento ao paciente	77
4.1.4- Consequências avaliadas como positivas e negativas do modelo a partir do relato das profissionais	90
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES	109
ANEXOS	113

1. INTRODUÇÃO

A atual política pública destinada à assistência a pessoas com transtornos psiquiátricos severos e persistentes em vigor no Brasil, chamada “Política Nacional de Saúde Mental”, tem como objetivo garantir direitos dessa população por meio do oferecimento de uma assistência que possa ser desenvolvida no território do usuário do serviço, prescindindo de uma forma de tratamento historicamente destinada a essa população: longas internações em hospitais psiquiátricos. Frente a críticas realizadas à institucionalização de pessoas com transtornos psiquiátricos foram desenvolvidas experiências alternativas à internação em alguns países, como Itália, França e Estados Unidos, o que influenciou mobilizações sociais em prol de melhorias na assistência, experiências de cuidado alternativas e a promulgação de leis no campo da assistência psiquiátrica no contexto brasileiro.

O movimento antimanicomial italiano, que nasceu décadas de 1970 e 1980, é considerado uma referência no que diz respeito às mudanças na assistência psiquiátrica no cenário ocidental. Mesmo já havendo críticas às instituições psiquiátricas e experiências substitutivas às internações em alguns países europeus (como Inglaterra e França) e nos Estados Unidos que tiveram forte influência na experiência italiana (GOULART, 2007), a mudança na assistência desenvolvida nesse país se diferencia da dos demais.

O movimento italiano é considerado uma referência no conjunto de iniciativas de reforma psiquiátrica por significar a radicalização de toda uma tendência do pós-guerra de reforma humanizadora das instituições psiquiátricas (...). Tratava-se também de reconstruir os vínculos comunitários com a desrazão, sistematicamente patologizada pela psiquiatria, de modo a promover tolerância e solidariedade. (GOULART, 2007, p. 21)

O principal diferencial da experiência italiana foi o fechamento de grande parte dos manicômios do país, muito embora tenha se diferenciado de outros movimentos, como o da antipsiquiatria, por não negar a existência da “doença mental”, mas tendo agido no sentido de propor práticas, saberes e legislação, convertendo-se em parâmetro para a reorientação de políticas de “saúde mental” em diversos países. (GOULART, 2007).

Na Itália da década de 1960 a prática da psiquiatria e a legislação concernente à assistência desenvolvida nesse âmbito apoiavam-se no organicismo médico do início do século XX, buscando uma natureza orgânica para os transtornos psiquiátricos: “não existia disciplina autônoma de psiquiatria, separada da neurologia, e as clínicas das universidades

eram ‘artesanal e primitivas’, se comparadas às similares europeias” (GOULART, 2007, p.53). Enquanto que na Inglaterra, Suíça e França despontavam experiências baseadas nas perspectivas da fenomenologia, existencialismo e psicanálise dando ênfase na psicoterapia como alternativa de tratamento e “a psiquiatria tornava-se atenta à subjetividade e às relações entre o adoecimento e a sociedade” (GOULART, 2007, p.52) o cenário da assistência psiquiátrica italiana encontrava-se povoado por manicômios onde o psiquiatra se encontrava:

imerso numa instituição que destruía física e moralmente os seus pacientes com requintes de violência e horror, através de terapêuticas invasivas e punitivas (como eletrochoque e camisas-de-força), práticas amplamente denunciadas e retratadas por meio de diversas estratégias nos anos 1960 (GOULART, 2007, p.56)

Nesse contexto, o nome do psiquiatra italiano Franco Basaglia é expoente tanto por sua atuação junto à construção de novas práticas de assistência a loucura, quanto a uma atuação junto à formulação de políticas públicas. Sua prática era embasada em uma “concepção fenomenológico-existencial da relação psicoterapêutica” (GOULART, 2007, p.37). Enquanto esteve à frente do manicômio de Gorizia, instituição onde estavam internos cerca de 629 pacientes, proibiu a contenção dos enfermos nos leitos e, inspirado pela experiência das comunidades terapêuticas que visitou, iniciou o processo de humanização do hospital.

Basaglia (1985) afirma, a partir de alguns exemplos de práticas desenvolvidas em escolas e manicômios, que nessas instituições é notória a divisão entre quem tem o poder e aqueles que não têm, sendo perceptível uma “relação de opressão e de violência entre poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro” (p. 101) e ainda que “os graus de aplicação dessa violência dependerão, entretanto, da necessidade que tenha aquele que detém o poder de ocultá-la ou disfarçá-la” (Ibid.). Instituições como manicômios e presídios são chamadas por ele de “instituições da violência”.

Nessa perspectiva, segundo Goulart (2007) o manicômio de Gorizia, foi transformado, sob a direção de Basaglia em uma comunidade terapêutica, porém, foi se diferenciando dessa prática por considera-la “pseudoterapêutica”. A experiência do manicômio de Gorizia transformou-se numa “experiência-piloto” com influências da psiquiatria social e da antipsiquiatria, porém distanciou-se desses campos e esse processo gerou debates e tensões. Dentre as ações no manicômio estiveram:

a reconstrução das relações extramuros, a retirada de barreiras físicas (grades), a instauração de sistema de *open door* (portas abertas) para livre circulação de pacientes. Foi criado um hospital-dia e a terapêutica aplicada sustentava-se tanto na utilização de psicofármacos, como na reabilitação e conscientização dos internos de

modo a resgatar a sociabilidade e dignidade (...). Instaurava-se um trabalho político e de resgate ético” (GOULART, 2007, p.39)

Em 1978 é aprovada na Itália a Lei 180 que proibia a construção de manicômios, novas admissões, regulamentava internações compulsórias e procurava garantir à população seu direito de autodefesa e autotutela. O processo de mudança na assistência psiquiátrica italiana converteu-se em parâmetro para a reorganização das políticas públicas de outros países, sendo o Brasil incluso nisso, e é respaldada pela Organização Mundial da Saúde (GOULART, 2007).

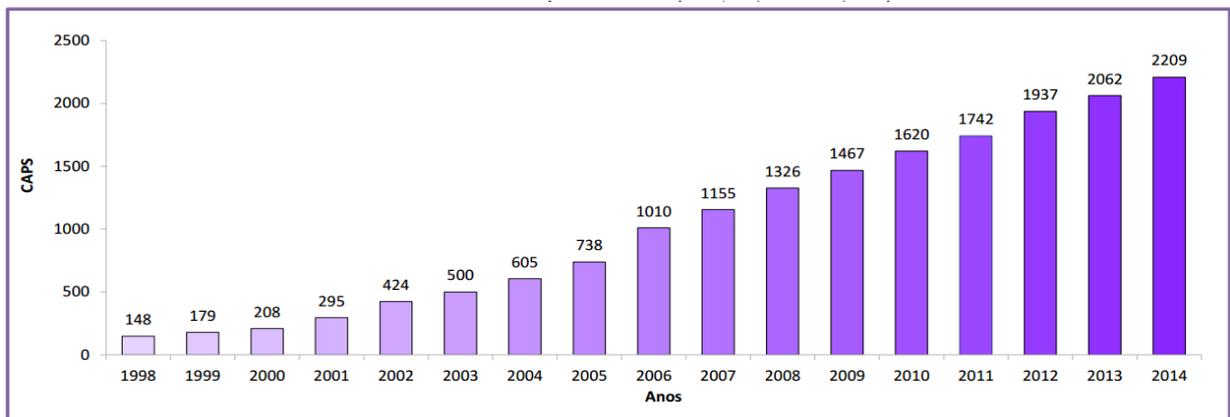
No Brasil, no contexto do final da ditadura durante a década de 1970, o Movimento de Reforma Sanitária teve como uma de suas conquistas a redefinição do conceito de saúde como sendo um direito inalienável das pessoas e que está relacionado à sua qualidade de vida, competindo ao Estado “a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) predominantemente público, descentralizado, equânime, com participação e controle da população na implantação das políticas de saúde” (CFP, 2013, p.58). As políticas de saúde mental, desta forma, devem seguir essas diretrizes.

As reformas psiquiátricas de países como Grã-Bretanha, França, Estados Unidos e Itália, têm pontos em comum, tais como a valorização de projetos de reinserção social e a busca pela diminuição ou dispensa de hospitais psiquiátricos como centros de tratamento (CFP, 2013). A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como contexto tais mudanças em nível internacional e a simultânea emergência de movimentos sociais em diferentes estados buscando a transformação de políticas públicas e instituições de tratamento então destinadas às pessoas com transtornos psiquiátricos (PITTA, 2011).

A realização da I e II Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1987 e 1992, respectivamente, marcaram o início e o aprofundamento das discussões sobre a cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental no âmbito legislativo. Por sua vez, a “Declaração de Caracas”, em 1990, estabeleceu a reorganização da assistência psiquiátrica na América Latina. Esses episódios constituíram marcos importantes para a implantação de serviços substitutivos às internações psiquiátricas, que no contexto brasileiro se deu por meio do surgimento e instalação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como instituições da rede que se propõe como substitutiva ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005; CFP, 2013).

Os CAPS são instituições descritas como “estratégicas” na estruturação da rede de cuidado em “Saúde Mental”. A eles é atribuído o direcionamento local das políticas e programas de saúde mental, desenvolvimento de projetos terapêuticos, acompanhamento de usuários dos Serviços Residenciais Terapêuticos e do assessoramento às equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2004). Além dos CAPS, também são serviços substitutivos à internação psiquiátrica existentes no Brasil os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental, Hospitais Gerais, entre outros (BRASIL, 2015). O gráfico apresentado na Figura 1 evidencia a expansão do número de Centros de Atenção Psicossocial entre os anos de 1998 e 2014, de forma a evidenciar a instalação de um crescente número dessas instituições do território brasileiro no decorrer dos anos.

Figura 1: Gráfico de expansão dos CAPS no Brasil entre os anos de 1998 a 2014



Fonte: BRASIL, 2015

No decorrer da década de 1990 foram aprovadas em alguns estados brasileiros as primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de assistência em saúde mental sob a lógica de “desinstitucionalização”. Em 2001, após 12 anos tramitando no Congresso Nacional, a Lei Federal 10.216, que ficou conhecida como Lei Paulo Delgado, foi sancionada. As condições institucionais ratificadas pela Lei 10.216/2001 transformaram em política pública os objetivos da reforma psiquiátrica, sendo eles: a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de alternativas assistenciais comunitárias (COSTA *et al*, 2011).

Inserida nesse contexto está a prática profissional do psicólogo que vem sendo objeto de estudos no que diz respeito a sua atuação nos contextos do Sistema Único de Saúde e, circunscrita sob sua lógica, a área da Saúde Mental (SPINK, 2003; BENEVIDES, 2005; DIMENSTEIN, MACEDO, 2010; MACEDO, DIMENSTEIN, 2016). Tais estudos apontam

para a atuação do psicólogo como, ao decorrer da história da profissão até os dias de hoje, reservada majoritariamente a atividades autônomas em consultórios e distante das demandas de contextos com características comunitárias como os de assistência substitutiva em saúde mental. Segundo o documento intitulado *Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos (as) no CAPS* (CFP, 2013), organizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em conjunto com Conselhos Regionais (CRPs) e pelo Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), o trabalho do psicólogo em tais contextos deve deixar de ter como objeto a “doença mental” enquanto um processo abstrato para considerar o conjunto de condições concretas nas quais a população está inserida e os determinantes dos processos de adoecimento. Ainda segundo o documento, pesquisa realizada pelo CREPOP revelou que a prática de psicólogos em tais contextos envolve o “acolhimento, discussão de casos em equipe, psicoterapias, atendimento às crises, elaboração de planos individuais de cuidado, grupos e oficinas, atividades dirigidas diretamente à reinserção social, dentre outras” (CFP, 2013, p. 85).

Macedo e Dimenstein (2016), contudo, afirmam a partir de pesquisa realizada com 29 psicólogos atuantes em serviços de saúde mental do estado do Piauí, que há pouca participação da amostra entrevistada em reuniões multiprofissionais, os CAPS não têm conseguido atender às situações de crise sendo recorrente a prática de internações, há baixo investimento em novas práticas, as oficinas terapêuticas realizadas assumem, muitas vezes, um caráter ocupacional e há dificuldade de articulação entre os serviços da rede. Neste contexto, mostra-se importante a investigação das práticas profissionais de psicólogos para além do contexto clínico em contextos como os da Rede de Atenção Psicossocial que se propõe substitutiva à lógica de internações psiquiátricas com vistas a identificar as práticas desenvolvidas e algumas possíveis variáveis envolvidas em sua atuação profissional.

A produção bibliográfica referente à Reforma Psiquiátrica, como visto até aqui, a descreve como “processo complexo” por envolver mudanças no campo teórico da psiquiatria, na legislação referente à prestação de serviços no campo da assistência em “saúde mental” e conseqüentemente na formação de profissionais para a atuação nas instituições derivadas desse processo. Desta forma, a Reforma Psiquiátrica envolve mudanças na forma de prestar assistência às pessoas com transtornos psiquiátricos, mudança esta que está prescrita em leis e portarias. O cumprimento da lei no que diz respeito à implantação e manutenção de uma rede de cuidados alternativa à internação psiquiátrica e as práticas que serão desenvolvidas nestas

instituições envolvem o comportamento de indivíduos e a interação entre eles, o que pode ser estudado sob um enfoque analítico-comportamental.

No campo da Análise do Comportamento, ciência que tem o comportamento como objeto de estudo e se sustenta na filosofia da ciência de B. F. Skinner, o Behaviorismo Radical (BAUM, 2006), alguns estudos têm se ocupado da temática das políticas públicas, ou mais especificamente, à análise de documentos legais (SILVA, 2017; LOURENCETTI, 2015; CARVALHO, 2013; MARTINS, 2009; TODOROV, 2004) por meio da utilização de instrumentos da Análise do Comportamento.

B.F. Skinner, segundo Carrara e Zílio (2015), demonstra interesse em explicações descritivas das relações entre organismo e ambiente por meio de 1) formulação de princípios essenciais para a explicação funcionais de relações entre comportamentos, eventos antecedentes e consequentes e 2) explanação de exemplos de comportamentos produzindo consequências diante de diversas situações, gerando o instrumento conceitual chamado de “contingência”. No arcabouço conceitual da Análise do Comportamento o instrumento que possibilita a análise dessas relações de dependência entre organismo e ambiente é a contingência de três termos (SOUZA, 2001; TODOROV 1985), definida conforme as palavras de Skinner (1969):

Uma formulação adequada da interação entre e seu ambiente deve sempre especificar três coisas: (1) a ocasião na qual uma resposta ocorre, (2) a resposta em si e (3) as consequências reforçadoras. As inter-relações entre elas são as contingências de reforçamento (p. 180).

Skinner (1981), por meio do modelo de seleção por consequências, entende o comportamento como produto de três “níveis” de variação e seleção. O primeiro “nível” consiste na seleção natural, responsável pela seleção de características típicas das espécies. O segundo “nível” diz respeito à seleção de comportamentos numa dimensão ontogenética relacionada à interação particular do organismo com o ambiente. O terceiro “nível” diz respeito a contingências mantidas por um ambiente cultural, como por exemplo:

uma melhor maneira de fabricar uma ferramenta, de produzir alimentos ou de ensinar a uma criança é reforçada por suas consequências – respectivamente, a ferramenta, os alimentos ou um ajudante útil. A cultura evolui quando práticas que se originam dessa maneira contribuem para o sucesso de um grupo praticante em solucionar os seus problemas (Skinner, 1981, p. 131)

Nesse sentido, aponta-se para a possibilidade de que o estudo do comportamento sob a perspectiva analítico-comportamental se estenda para fenômenos sociais complexos, característicos do “terceiro nível” de seleção. Um termo utilizado por Skinner ao tratar de

cultura é “prática cultural” que, segundo Carrara et al. (2013), são, no limite, conjuntos de comportamentos: o contexto da cultura é composto de uma articulação indissociável entre comportamento e ambiente.

Quando falamos em práticas culturais faz-se importante evidenciar o conceito de “comportamento social”, que, segundo Skinner (1953/2003), seria definido como “o comportamento de duas ou mais pessoas uma em relação à outra ou destas, em conjunto, em relação a um ambiente comum” (p.297). Carrara e Zílio (2015) apontam para o fato de que há certa proximidade entre os conceitos de “comportamento social” e “práticas culturais”, porém as práticas culturais têm algumas especificidades:

Nelas (as práticas culturais), está implícita a repetição/replicação de comportamentos similares, coerentes, compatíveis, sincrônicos e/ou análogos pelos indivíduos componentes de um grupo, com especial ênfase na funcionalidade para a produção de consequências para uma multiplicidade de pessoas. Outra dimensão das práticas culturais que ultrapassa o conceito de comportamento social (embora o incorpore) está na transmissão cultural de tais repertórios. Nesse sentido um dado básico das práticas culturais é sua replicação dinâmica (porque, nesse processo, costumam sofrer alterações) intergeracionais (CARRARA; ZÍLIO, 2015, p.140).

Cabe salientar, ainda, a pertinência do uso dos princípios da Análise do Comportamento para o estudo de fenômenos sociais complexos levando em consideração a asserção de Skinner (1953/2003) de que “é sempre o indivíduo que se comporta, e que se comporta com o mesmo corpo e de acordo com os mesmos processos usados em uma situação não social” (1953/2003, p.326). Ao abordar o comportamento das pessoas em grupo Skinner (1953/2003) apresenta o conceito de agência controladora, sendo o governo uma delas, assim como a religião, psicoterapia, economia e educação. Tais agências têm a possibilidade de manipular variáveis que controlam comportamentos com mais organização e consistência do que o grupo social como um todo, operando com um maior sucesso. Uma maneira pela qual o governo exerce controle sobre os membros de uma dada comunidade é por meio das leis que segundo a definição de Skinner (1953/2003) são “o enunciado de uma contingência de reforço mantida por uma agência governamental” (p. 370). As leis, desta forma, são descrições de contingências, especificando comportamentos e descrevendo consequências a esses comportamentos, que usualmente são punições.

Cabe salientar que, em se tratando de práticas culturais, o controle por regras exerce um papel fundamental, visto que é “econômico e funcional para manter a efetividade das práticas culturais a um ‘custo de aprendizagem’ baixo o suficiente para ser viável” (CARRARA, ZÍLIO, 2015, p. 140). A respeito da construção de “regras” e do controle do

comportamento por meio delas, Skinner (1969) aponta para o fato de que, à medida que esse tipo de enunciado (regra, que é um estímulo discriminativo) é formulado, é possível que membros de uma cultura comportem-se efetivamente sem contato direto com as contingências.

Segundo Skinner (1953/2003) a alteração das chamadas “práticas culturais” é uma característica recorrente e “natural” das culturas: a instalação de uma nova lei e a criação de uma nova técnica de psicoterapia são exemplos de procedimentos que estabelecem novas práticas culturais, situações em que há manipulação de aspectos importantes da cultura. Levando isso em consideração o autor compara uma dada cultura a um experimento de comportamento, visto que existe manipulação de variáveis tanto por parte de alguém que planeje a cultura quanto por parte de alguém que conduza um experimento e essa manipulação pode ser mantida ou não pelo grupo a depender de suas consequências (FERNANDES, CARRARA, ZILIO, 2017; SKINNER, 1953/2003).

A proposição de mudanças de práticas culturais pode ser, segundo Skinner (1953/2003), objeto de estudo do analista do comportamento, que deve auxiliar no *planejamento cultural*. Segundo o autor a possibilidade de contribuição da Análise do Comportamento, corpo de conhecimentos que se baseia em princípios de uma ciência natural, é a compreensão de processos comportamentais básicos em situações controladas, conforme suas palavras: “talvez a maior contribuição que uma ciência do comportamento pode dar para a avaliação de procedimentos culturais está na insistência sobre a experimentação” (p.474), embora leve em consideração que o contexto do planejamento cultural seja mais complexo que as situações controladas em laboratório por conter mais variáveis que muitas vezes são desconhecidas. Ao introduzir uma nova prática cultural as consequências produzidas por ela devem ser levadas em consideração:

quando falamos de um planejamento “deliberado” da cultura, queremos indicar a introdução de uma prática cultural “por causa de suas consequências” (...) faz-se uma mudança na prática porque mudanças semelhantes tiveram certas consequências no passado (SKINNER, 1953/2003, p.465).

Considerando a preocupação de Skinner com análises do comportamento social e, nisso incluso, o planejamento cultural, Fernandes, Carrara e Zílio (2017) assinalam que, embora essa preocupação seja explícita, o autor não formulou claramente uma definição comportamentalista de cultura. Diante dessa constatação, os autores buscaram promover uma interpretação comportamentalista do conceito de cultura mediante a leitura de obras em que Skinner discute sobre o tema, salientando que o termo ora é tratado como “conjunto de

contingências sociais”, ora utiliza o termo “práticas culturais” quando se refere à cultura, termo definido como problemático pelos autores por ser contraditório quando se leva em consideração o restante da obra skinneriana:

o que evolui são as contingências responsáveis por essas práticas, e estamos falando de duas instâncias diferentes: comportamentos (práticas) enquanto parte de uma relação condicional, e as contingências sociais como um todo. Em suma, pessoas se comportam, sozinhas ou em grupo, e a explicação desses comportamentos deve ser buscada nas contingências sociais por eles responsáveis (FERNANDES, CARRARA, ZÍLIO, p. 276, 2017).

Estudos analítico-comportamentais de fenômenos culturais têm sido desenvolvidos utilizando como unidade de análise tanto a contingência de três termos, quanto outras unidades de análise para a descrição de fenômenos culturais, como a ferramenta conceitual desenvolvida por Sigrid Glenn denominada metacontingência e a macrocontingência. A metacontingência, mais especificamente, tem sido utilizada como instrumento para análise de documentos legislativos. Esse conceito, segundo Glenn et al. (2016) é descrito como: “uma relação contingente entre 1) contingências comportamentais entrelaçadas recorrentes que têm um produto agregado e 2) condições ou eventos ambientais selecionadores” (GLENN et al., 2016, p. 13, tradução nossa). Sendo assim, O primeiro termo em uma relação de metacontingência seriam as contingências comportamentais entrelaçadas, que produzem um produto agregado. O segundo termo em uma relação de metacontingência seria a consequência contingente às contingências comportamentais entrelaçadas e seu produto agregado¹.

A esse respeito, Carrara e Zílio (2015), tendo como objetivo avaliar o caráter de inovação e o alcance explicativo do conceito de metacontingência, quando comparado à contingência de três termos, afirmam que esta última é paradigmática como instrumento para uma análise do comportamento (as interações do organismo com o ambiente) e coerente com a obra skinneriana e o modelo machiano adotado pelo autor.

Segundo os autores, Glenn e Malott (2004) elencaram as práticas culturais como objeto da análise comportamental da cultura, em lugar do comportamento. Nesse sentido, utilizando-se o conceito de metacontingência argumenta-se que o que é selecionado são os

¹ Glenn et al. (2016) fornecem um exemplo relativo à essa unidade de análise em que cinco pessoas produzem um pacote para envio: a atividade de cada pessoa e/ou seus efeitos funciona como ambiente mantendo o comportamento dos outros (empacotar um produto depende da presença de materiais, do manuseio do material por mais de uma pessoa, etc). O arranjo ordenado dessas contingências entrelaçadas resulta no produto agregado (o pacote a ser enviado). Essas contingências e o produto agregado (que juntos são chamados de culturantes) são selecionados por um ambiente externo (consumidores que pagam pelo serviço). A relação de contingência entre as contingências entrelaçadas/ produto agregado e o ambiente selecionador constituem a metacontingência.

entrelaçamentos entre os comportamentos de indivíduos, selecionados por uma consequência compartilhável e não os comportamentos dos indivíduos: “na medida em que o entrelaçamento se daria apenas no âmbito cultura, o argumento prossegue defendendo que o que é selecionado é o padrão de práticas *do* grupo, sugerindo que os efeitos de seleção incidiriam sobre *o* grupo” (CARRARA; ZÍLIO, 2015, p.141 grifos dos autores). Partindo do princípio que, muito embora Skinner tenha mencionado “efeitos para o grupo” os autores apontam para a possibilidade de que tal uso tenha sido metafórico, visto que são os indivíduos que compõem o grupo que são suscetíveis às contingências. Diante disso os autores argumentam que:

parece plausível entender que uma análise comportamental da cultura é possível mediante o uso do conceito de contingências. Não há ‘outro nível de análise’ que não seja o do comportamento em sua relação com ambiente antecedente e consequente. O desafio está em descrever relações e estas, neste caso, dizem respeito a delinear com precisão que comportamentos (e quais seus padrões de entrelaçamento com os de outrem numa situação de grupo) (CARRARA; ZÍLIO, 2015, p. 142).

A partir da utilização do conceito de metacontingência como unidade de análise da cultura, diversos estudos foram desenvolvidos, incluindo análises de legislação, como os estudos apresentados a seguir. Todorov et al. (2004) desenvolveram um estudo de base analítico-comportamental que tomou como objeto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e, a partir de sua publicação, outros estudos replicaram ou adaptaram o procedimento utilizado pelos autores para analisar outros textos legislativos. Para desenvolver a pesquisa, os autores elencam a unidade de análise desenvolvida por Sigrid S. Glenn, a metacontingência, como a ferramenta que permite o estudo analítico comportamental da cultura. As metacontingências são definidas por Todorov et al. (2004), conforme definição glenniana, como relações contingentes entre práticas culturais e suas consequências. As metacontingências, dessa forma, não seriam arranjos de contingências individuais: “Uma metacontingência não é um arranjo de contingências individuais de diferentes pessoas. Ela consiste em contingências individuais interligadas, entrelaçadas, em que todas juntas produzem um mesmo resultado a longo prazo.” (TODOROV, et al., 2004, p. 44).

Tendo como norte essa definição, Todorov et al. (2004) tomaram o ECA como objeto de estudo, considerando que o documento constitui um arranjo de contingências entrelaçadas que compõem uma metacontingência, entendendo que o Estatuto:

Descreve situações, comportamentos e consequências diferentes para os diversos segmentos da sociedade (juízes, promotores, cidadãos, conselheiros tutelares, psicólogos, pais, responsáveis, crianças, adolescentes). Esses diferentes

comportamentos integram contingências semelhantes visando a um fim único: a proteção de crianças e adolescentes (TODOROV et. al., 2004, p. 45)

O objetivo do trabalho foi identificar contingências de três termos entrelaçadas a partir da análise de todos os 267 artigos do ECA. Foi realizada a leitura de todos os artigos buscando-se identificar os termos da contingência de três termos que cada artigo representava, tendo como base a seguinte definição dos termos da contingência:

- *Antecedentes*: descrevem contextos, condições e circunstâncias para ocorrência de comportamentos.
- *Comportamentos*: estabelecem ação esperada de um sujeito, a qual pode ser definida implícita ou explicitamente.
- *Consequentes*: são consequências diretas de comportamentos definidos nas contingências. (TODOROV et al., 2004,p. 45)

Cada artigo da lei foi lido, utilizando como ferramenta a definição dos três termos da contingência supracitada, situação na qual se buscou interpretar se seu conteúdo correspondia a um antecedente, a um comportamento ou a consequências. Tendo encontrado um artigo que representasse um antecedente, foi realizada outra leitura buscando os demais termos - comportamento e consequentes - que fossem contingentes a esse antecedente e essas contingências foram agrupadas. Um exemplo de interpretação de contingências dado pelos autores é o seguinte, relacionado ao tema “Saúde”:

Antecedentes

Art. 7º - A criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Comportamentos

Art. 228 - Deixar o encarregado de serviço ou o dirigente de estabelecimento de atenção à saúde de gestante de manter registro das atividades desenvolvidas, na forma e prazo referidos no art. 10 desta Lei, bem como de fornecer à parturiente ou a seu responsável, por ocasião da alta médica, declaração de nascimento, onde constem as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato:

Consequências

(Artigo 228) Pena - detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos
(TODOROV et al., 2004,p. 45)

A respeito do exemplo, é interessante fazer duas considerações, primeiramente em relação à ordem dos artigos. Como se pode perceber, para compor uma contingência a ordem numérica em que os artigos são apresentados na lei não foi seguida, sendo a contingência apresentada anteriormente no exemplo interpretada a partir dos artigos 7º e 228. Sendo assim pode-se entender que as contingências não foram identificadas agrupadas no texto da lei. Um

segundo ponto é que, a partir do exemplo trazido pelos autores em cada artigo interpretado como termo de contingência foram considerados agrupamentos de antecedentes, agrupamentos de comportamentos e agrupamentos de consequências, o que foi explicado pelos autores da seguinte forma:

no uso que fazemos, contingências especificam relações entre classes de estímulos, classes de respostas e classes de consequências. Em toda a análise utilizava-se o artigo inteiro, apenas os artigos do Título VII – Dos Crimes e das Infrações Administrativas – foram desmembrados em parágrafos e penas. (TODOROV et al., 2004, p. 47)

Faz-se oportuno notar que a análise considerou os artigos inteiros como termos das contingências (exceto os artigos do título VII), conforme exposto no exemplo e que os autores afirmam que antecedentes, comportamentos e possíveis consequências estão agrupados em artigos diversos e que as contingências inferidas por eles descreviam relações entre “classes de estímulos”, “classes de respostas” e “classes de consequências”.

Após a organização dos artigos da lei em contingências, estas foram classificadas em: completas ou incompletas, sendo que nas completas foi possível inferir os três termos da contingência e nas incompletas apenas um ou dois termos. Segundo a análise dos autores, ainda, os artigos 1º e 6º foram considerados antecedentes gerais que permearam o texto inteiro. Ao analisar a lei os autores ainda apontam que a possível falta de descrições de consequências para alguns comportamentos deve-se ao fato de que estas estão prescritas em outros documentos, como por exemplo a Lei Complementar nº35/79 que regulamenta a atividade de juízes, apontando, desta forma, a necessidade de consulta a legislações complementares para “completar” as contingências.

A partir da análise da lei conforme o procedimento descrito os autores concluem que há uma maioria de contingências consideradas incompletas e atribuem a isso uma das possíveis causas dos problemas na aplicação do ECA: “ao não esclarecer qual a consequência para a ação, esta pode ser manipulada articulando-se diferentes artigos para crimes semelhantes” (TODOROV *et al.*, 2004, p.50).

Araújo, Melo e Haydu (2015) analisaram o Código Penal brasileiro por meio da “identificação de descrições de contingências de três termos e metacontingências nos artigos do código” (p.147) utilizando-se do método desenvolvido por Todorov *et.al.* (2004) descrito anteriormente. Segundo os autores, o Código descreve contingências de três termos, caracterizadas por eles como: “a) condições ambientais diante das quais b) respostas

específicas recebem c) consequências aversivas previstas para diminuir a frequência dos comportamentos especificados” (ARAÚJO; MELO; HAYDU, 2015, p.148). Consideram o Código também como *produto* de entrelaçamento de contingências comportamentais- principalmente de legisladores- e ao mesmo tempo como *descrição* de metacontingências que teriam como produto agregado a segurança das pessoas, o que mantém esse entrelaçamento. Os autores consideram o código a descrição de práticas culturais, entendendo que descreve comportamentos e consequências para esses comportamentos que são reproduzidos e transmitidos entre gerações.

O procedimento utilizado para a análise do Código Penal foi a leitura de seus artigos buscando identificar se cada um deles representava um antecedente, uma resposta ou uma consequência. Posteriormente essas contingências foram classificadas como completas ou incompletas levando em consideração a possibilidade de interpretar ou não seus três termos a partir da análise da lei. Na análise considerou-se que, muito embora a maioria dos artigos não descrevesse condições antecedentes para as ações, foi possível identificar alguns antecedentes gerais no Código Penal, que fariam parte de mais de uma contingência e, sendo assim, foram consideradas contingências *incompletas* aquelas em que não foi possível encontrar consequências previstas para um comportamento ou para sua não emissão. Acerca dessas contingências, classificadas como “incompletas”, os autores apontam que:

Esse tipo de contingência é, em geral, descrição de comportamentos esperados por agentes do governo (juízes, delegados, força policial ou penitenciária) (...) possivelmente as consequências que não são descritas para esses comportamentos são descritas em legislação especial, que regulamenta as ações desses agentes do governo. Apesar dessas legislações estarem fora do âmbito da análise feita no presente estudo, essa informação se torna relevante se o Código Penal for considerado como parte integrante de uma metacontingência maior que poderia ser denominada *legislação brasileira* (ARAÚJO; MELO; HAYDU, 2015, p. 151)

Os autores apontam que o uso do controle aversivo pelo código penal pode ser problemático por prescrever consequências aversivas para comportamentos os quais se pretende evitar e, desta forma, o comportamento só poder ser consequenciado após o dano ocorrido, sendo pouco efetivo em evitar a emissão de tais comportamentos. Outro problema apontado foi a falta de especificação de consequências para alguns comportamentos, que ocasionaria a diminuição da possibilidade de contra controle e problemas no seguimento das regras formuladas no Código Penal, visto que há falhas nesse aspecto (como a falta de consequências), muito embora considerem que o controle por regras não é a única variável a ser considerada quando se avalia o cumprimento de leis.

Carvalho e Todorov (2016) analisaram a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) utilizando um procedimento dividido em duas etapas, sendo a primeira uma replicação sistemática do estudo de Todorov et al. (2004) para análise do ECA, qual seja: tomar a definição dos três termos da contingência como norte para identificação e agrupamento de contingências no texto da lei e classifica-las como completas ou incompletas. Quando classificadas como incompletas foi realizada busca em legislação correlata (Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e Constituição Federal) tendo como objetivo “completar” tais contingências. A segunda etapa consistiu em identificação e sistematização de produtos agregados (PAs) (primários, secundários e terciários) no texto legislativo. Como resultados os autores apresentam que foram interpretadas quatro contingências de reforço sendo uma delas classificada como “completa” e, ainda, dividida (serviu como antecedente) para outras quatro contingências de reforço consideradas completas e as outras três contingências inferidas a partir da leitura do texto foram classificadas como incompletas.

A contingência completa inferida a partir da leitura da LDB diz respeito à “garantia do Ensino Fundamental” por parte do Estado, sendo uma consequência para a não execução desse comportamento a pena por crime de responsabilidade (CARVALHO; TODOROV, 2016, p.78). A partir desta contingência foram inferidas quatro outras contingências (também classificadas como completas) contendo o mesmo antecedente e o termo “comportamento” foi interpretado levando em consideração as atribuições dos agentes de nível municipal, estadual e federal no que diz respeito à garantia de oferta do ensino fundamental e também às competências da união. Para todos esses comportamentos foram encontrados no texto da lei antecedentes e consequências (pena por crime de responsabilidade) por isso foram consideradas contingências completas:

Como o Estado é composto pela União, estados-membros, Distrito Federal, municípios, o comportamento “garantir o ensino fundamental” foi dividido conforme estes entes federados: comportamento de “oferecer do ensino fundamental” pelos estados, Distrito Federal e municípios (sendo prioridade deste), e comportamento de “prestar assistência técnica e financeira” para atendimento prioritário do ensino pela União (CARVALHO; TODOROV, 2016, p.83).

As três demais contingências inferidas a partir da LDB pelos autores foram consideradas incompletas. Uma delas diz respeito ao dever do Estado de garantir os níveis de ensino infantil, médio e Ensino de Jovens e Adultos (EJA), situação para a qual não foi localizada consequência para o descumprimento da lei (diferentemente do caso do ensino fundamental que o descumprimento implica em pena). As outras duas contingências dizem respeito a atribuições da família quanto à matrícula e acompanhamento de frequência dos

filhos, que muito embora tenha-se encontrado consequências para tais comportamentos essas estão prescritas no ECA e não na LDB (objeto de estudo) o que levou às contingências a serem classificadas como incompletas.

Quanto às contingências “incompletas”, a falta de consequências prescritas para uma ação pode abrir margem para várias interpretações do texto e os autores apontam que isso pode ter as seguintes implicações: “por não esclarecerem as consequências para a ação (ou falta dela), abrem precedente para várias interpretações, que podem ser manipuladas, articulando-se com diferentes artigos de leis semelhantes” (CARVALHO; TODOROV, 2016, p.83). Os autores afirmam, ainda, que é possível interpretar uma metacontingência “principal” e alguns produtos agregados a partir da leitura da LDB. O “pleno desenvolvimento do educando” foi identificado como o produto agregado principal (primário) que depende de outros dois PAs secundários para ser produzido, sendo eles “preparação para o exercício da cidadania” e “qualificação para o trabalho”. Os autores concluem que:

Diante o exposto, conclui-se que a LDB, enquanto enunciado de contingências, apresenta consequências contingentes ao descumprimento de garantir acesso e permanência no ensino fundamental, ao passo que, enquanto enunciado de metacontingências, especifica o que tem que ser feito na educação nacional, que PAs devem ser atingidos, porém não expõe como fazer para alcançá-los, nem o que pode acontecer se nada disso ocorrer (CARVALHO; TODOROV, 2016, p.84).

Lourencetti e Carrara (2017) analisaram legislações referentes ao planejamento urbano: Estatuto da Cidade, Política Nacional de Mobilidade Urbana e Plano Diretor de Bauru- SP com o objetivo de identificar e descrever contingências de três termos em cada um dos documentos e verificar a existência de entrelaçamentos entre as contingências inferidas a partir deles. Segundo os autores o procedimento foi uma adaptação parcial do estudo de Todorov *et al.*(2004), tendo sido realizadas leituras dos três documentos em busca dos três termos de uma contingência (contexto antecedente, resposta e consequência). No entanto, os autores adotaram um procedimento metodológico diferente dos demais estudos: quando não era possível encontrar uma descrição explícita de uma consequência a uma resposta, os autores “completaram” essas contingências com descrições que estariam implícitas no conteúdo da lei, por exemplo, em relação ao Estatuto da Cidade, o documento não apresenta diretamente consequências contingentes à execução de algumas das ações prescritas aos representantes da União. Porém, a leitura do documento na íntegra possibilitou a interpretação de que os representantes da União devem se comportar sob controle de consequências de longo prazo descritas em alguns artigos da lei e que estão associadas ao equilíbrio e do bem estar no contexto nacional.

Em relação ao estudo de leis sob uma ótica analítico-comportamental os autores constataam que é necessário considerar diferentes leis que tratem de um mesmo assunto visto que “uma determinada contingência pode se configurar como contexto antecedente para respostas previstas em outras contingências, assim como o contexto antecedente e as consequências das contingências de uma lei podem estar associados às descrições de outras leis” (LOURENCETTI; CARRARA, 2017, p. 172). Ainda segundo os autores, a análise dos três documentos permitiu constatar que o texto da lei não explicita claramente os termos que compõem as contingências, utilizando termos vagos para descrever as respostas esperadas dos agentes públicos, como “avaliar”, “capacitar”, “fomentar” e que possíveis implicações da utilização desses termos seriam dificuldades para a execução das ações prescritas, visto que não especificam as respostas esperadas e um segundo problema seria a dificuldade de avaliar a execução das prescrições comportamentais, visto que são vagas. Os autores fazem considerações também sobre as variáveis que possivelmente controlam o comportamento dos governantes na ocasião da elaboração das leis, entendendo que desde que o momento que um projeto de lei é colocado para votação até sua publicação enquanto lei, severas modificações são feitas e diversas variáveis podem influenciar tais modificações:

Considerando variáveis como, por exemplo, um sistema político multipartidário como o brasileiro, constituído por diversos partidos que se pautam em diferentes ideologias e pressupostos, é de se esperar que o congressista, ao propor uma lei, o faça baseado nos posicionamentos de seu grupo político (LOURENCETTI; CARRARA, 2017, p.176)

Conforme o exposto, diversas replicações do estudo de Todorov et al. (2004) têm sido realizadas, inclusive com adaptações do procedimento proposto pelos autores e objetivos diferentes. O presente estudo se insere no rol dessas pesquisas à medida que propõe a aplicação do referido procedimento ao estudo de documentos legislativos referentes a uma política pública específica: a chamada “Política Nacional de Saúde Mental”.

A esse respeito cabe salientar que Skinner (1974), afirma que os sentimentos e estados mentais foram utilizados durante muito tempo para explicar o comportamento humano: a língua está povoada de termos mentalistas. Tais termos, que remetem a estados internos como “causa” de comportamentos, são chamados por ele de ficções e seu uso tido como responsável pela negligência de uma observação mais cuidadosa sobre a relação entre o ambiente e o comportamento de um dado indivíduo.

As consequências do uso de termos mentalistas são entendidas como problemáticas visto que, em suas palavras: “a Educação, a Política, a Psicoterapia, a Penologia e muitos

outros campos de atividade humana sofrem pelo uso eclético de um vocabulário leigo” (SKINNER, 1974, p. 22) e o abandono deste vocabulário e a “tradução” dele para termos comportamentalistas é advogado por ele: “quanto mais se efetuar a transição, melhor será” (SKINNER, 1974, p. 22). Entretanto, é de comum conhecimento que termos mentalistas continuam sendo utilizados, e termos como “doença mental” e “saúde mental” permanecem amplamente presentes em áreas do conhecimento como Psicologia, Psiquiatria e Saúde Coletiva, incluindo nesse escopo o uso do termo na elaboração e implantação de políticas públicas na área da saúde.

Abordar o tema “saúde mental” em uma perspectiva analítico-comportamental é controverso levando em consideração a proposta de B.F.Skinner de não utilizar explicações mentalistas em descrições de comportamentos. Contudo, o termo se tornou jargão em áreas como a psicologia, psiquiatria e saúde pública. O termo “saúde mental” é utilizado por agências como a Organização Mundial da Saúde (OMS) sem haver uma definição precisa:

Segundo a cartilha *Mental Health: New understanding, new hope* (2001) é quase impossível definir a partir de uma perspectiva “intercultural” o que seria “saúde mental”, o termo teria sido definido por especialistas de diferentes culturas incluindo “bem-estar subjetivo, crença de auto-eficácia, autonomia, competência, autorrealização do potencial intelectual e emocional, entre outros”. No entanto, é geralmente consenso que “saúde mental” é mais ampla que a falta de transtornos mentais (OMS, 2001, p.5).

Considerando a afirmação skinneriana de que “confusão na teoria significa confusão na prática” (1953/2003) a utilização do termo “saúde mental” e conseqüentemente “doença mental” pode trazer problemas no que diz respeito a sua aplicação no âmbito das políticas públicas. Entretanto, embora seja importante demarcar tais considerações, no contexto da saúde pública brasileira encontra-se em vigor a chamada “Política Nacional de Saúde Mental” que contempla serviços de assistência especializada para pessoas diagnosticadas com transtornos psiquiátricos graves e persistentes e população em sofrimento por uso de Álcool e outras Drogas e é resultado do processo da implantação gradativa de serviços abertos de base comunitária como alternativa a internações psiquiátricas de longa duração, conforme descrito anteriormente. O termo “saúde mental” no contexto deste trabalho, quando utilizado, será referente a essa política pública, ou seja, o conjunto de ações e serviços destinados à população acometida por transtornos psiquiátricos.

Conforme exposto até o momento, o estudo de fenômenos culturais complexos por parte de analistas do comportamento não só é possível como vem sendo realizado de diversas formas, inclusive a partir de análises documentais de textos legislativos. Outra forma de se analisar contingências é por meio da coleta de relatos verbais. Versoza-Carvalho, Melo e Fornazari (2017) desenvolveram uma pesquisa cujo objetivo foi “identificar no relato verbal de professoras acerca de suas experiências com alunos com necessidades educacionais especiais (NEE), possíveis variáveis das quais as atitudes sociais dessas professoras em relação à inclusão podem ser função” (p. 235). Para a coleta de dados foram entrevistadas oito professoras que trabalham com alunos com necessidades educacionais especiais, nas quais foi aplicado um roteiro de entrevista que investigou: histórico anterior à formação acadêmica no que diz respeito ao contato com pessoas com NEE; aspectos da formação acadêmica e aspectos da atuação dos professores com essa população, especialmente em relação à percepção da educação inclusiva e avaliação de seu preparo. Os conteúdos dos relatos das professoras foram divididos em quadros de contingências de três termos, sendo que a coluna de “resposta” foi categorizada utilizando os trechos que foram categorizados como “atitudes em relação à inclusão”, considerando que o conceito de “atitude” foi interpretado de uma maneira analítico comportamental. As colunas de “antecedentes” e “consequentes” foram preenchidas com trechos categorizados enquanto possíveis variáveis relacionadas à interação professor e aluno para cada resposta.

A partir da análise das entrevistas das professoras foi possível identificar algumas contingências que possivelmente favoreceram a mudança de atitude social de algumas professoras. As participantes que, em contato com alunos com NEE ficaram sob controle de avanços apresentados no desempenho desses alunos apresentaram um relato mais favorável à inclusão:

Pode-se inferir que a aprendizagem dos alunos com NEE reforçou tanto a resposta de ensinar das professoras em contexto inclusivo, quanto a resposta verbal de afirmar que é possível ensinar crianças com deficiência, modificando, inclusive, possíveis regras anteriores (VERSOZA-CARVALHAL; MELO; FORNAZARI, 2017, p. 243)

Diante dos dados analisados na pesquisa concluiu-se que para o ensino de comportamentos pró-inclusivos para professores é necessário identificar comportamentos relevantes desses profissionais para a inclusão e fazer o arranjo de antecedentes e consequentes de forma que esses comportamentos fortalecidos nos repertórios desses

professores. A Programação de Ensino foi indicada como possível contribuição para o ensino desses comportamentos.

Ainda considerando o âmbito das práticas culturais e possíveis contribuições da análise do comportamento para a programação de contingências O *Guia Orientador de Delineamentos Culturais* tem sido utilizado para avaliação e proposição de práticas culturais. O Guia é um conjunto de instrumentos composto por um *Checklist*, um Fluxograma e algumas questões norteadoras, que pode ser utilizado como ferramenta para a descrição e análise de práticas culturais, sendo constituído de: (1) instrumentos para identificação de aspectos comuns à maioria das configurações de práticas culturais em distintas comunidades; (2) conjunto de alertas quanto a dimensões éticas que precisam ser tomadas no contexto do planejamento e (3) indicativo de uma série de questões e problemas de natureza tecnológica e conceitual que usualmente se apresentam no contexto do planejamento de práticas culturais. Tais ferramentas podem auxiliar na análise e elaboração de práticas culturais à medida que permitem a descrição de características de naturezas variadas relacionadas ao planejamento cultural como: contingências que mantêm as práticas, reforçadores disponíveis, características da população envolvida; características das demandas de intervenção e considerações éticas (BORELLI, 2016; CARRARA et al., 2013).

Conforme o exposto, ampliando o desenvolvimento de estudos que aplicam os princípios e tecnologia analítico-comportamental à área das práticas culturais no campo da Análise Comportamental da Cultura, este estudo teve como propósito:

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever e analisar práticas culturais componentes da assistência em saúde mental que se propõe como substitutiva às internações psiquiátricas por meio de uma avaliação de legislação respectiva e relatos verbais de profissionais da área.

2.2 Objetivos Específicos

- (1) Descrever e analisar contingências de três termos inferidas a partir da leitura de documentos legais relacionados à Reforma Psiquiátrica Brasileira;
- (2) Descrever e analisar, por meio do relato verbal de profissionais psicólogos atuantes em Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade do interior paulista, contingências de três termos relacionadas ao atendimento à demanda da população usuária do serviço;
- (3) Avaliar limites e possibilidades da legislação analisada a partir dos relatos verbais coletados

3. MÉTODO

Conforme o exposto, para cumprir os objetivos da pesquisa, foi desenvolvido um estudo de caráter descritivo e interpretativo. Esta seção está subdividida nos subitens 3.1 e 3.2 tendo em vista uma descrição específica dos procedimentos adotados para a seleção, coleta e análise das duas fontes de dados da pesquisa: documentos e relatos verbais.

3.1 Procedimentos de seleção, coleta e análise de dados documentais

3.1.1 Seleção de documentos

A busca pela legislação relativa aos chamados “Serviços de Saúde Mental” vigentes em âmbito nacional foi realizada no site “Portal da Saúde”, do Ministério da Saúde. A página contém informações relativas aos serviços de saúde pública do Brasil direcionadas a vários segmentos sociais, como usuários dos serviços, profissionais e gestores. Em sua página inicial, foi selecionada a aba “O Ministério” e nela a opção “Secretaria de Atenção a Saúde (SAS)” em que, por sua vez, foi selecionada a opção “Departamentos” e nela “Departamentos de Atenção Especializada e Temática (DAET)” onde é possível encontrar a opção “Saúde Mental” que quando selecionada permite o acesso a uma lista intitulada “Legislação da Saúde Mental”.

É importante ressaltar que, embora a página “Portal da Saúde” ainda se encontrasse dividida desta forma na época da seleção dos textos para a análise, janeiro de 2017, o Decreto 8.065 de 07 de agosto de 2013 (BRASIL, 2013), que criou o Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET), foi revogado pelo Decreto nº 8.901 de 10 de novembro de 2016 e as ações relacionadas à Política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas não se encontram mais na competência do DAET, e sim do “Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas” (BRASIL, 2016). No entanto, essa mudança não acarretou a revogação ou alteração dos textos selecionados para a pesquisa ao menos até o momento do início de sua análise, março de 2017, em razão do que, como critério para a inclusão de textos na amostra da pesquisa, foi considerada a vigência do documento até esse momento, sendo excluídas possíveis legislações adicionais que fossem promulgadas após esse limite temporal.

Na página “Portal da Saúde” é possível encontrar a legislação em questão subdividida em dez seções, sendo elas: (1) Legislação Básica de Saúde Mental; (2) Instituição da Rede de Atenção Psicossocial; (3) Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; (4) Construção de Centro de Atenção Psicossocial - CAPS & Unidades de Acolhimentos – UA; (5) Unidades de

Acolhimento – UA; (6) Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral; (7) Estratégias de desinstitucionalização; (8) Componente Reabilitação Psicossocial; (9) Outras portarias; (10) Legislação SUS.

A seleção dos documentos para a pesquisa teve como objetivo buscar legislações em que estivessem escritas diretrizes para o atendimento à população e organização dos serviços substitutivos de assistência psiquiátrica a serem implantados. No escopo desses serviços substitutivos encontram-se os CAPS, que são descritos como “serviços estratégicos” e como “porta de entrada da Rede de Atenção Psicossocial” por diversos documentos (BRASIL, 2015; CFP, 2013; BRASIL, 2004). Levando em consideração a importância do serviço no contexto da Reforma Psiquiátrica e que no Brasil atualmente existem 2.209 CAPS, dentre suas diversas modalidades, estando essas instituições instaladas em 1.488 municípios (BRASIL, 2015) foi selecionada legislação relativa a esse tipo de instituição, estando excluídos textos que dissessem respeito, especificamente, a instalação de outros tipos de serviço. Foram excluídos também estudos que dissessem respeito à construção dos CAPS no que concerne especificamente a repasses de verbas e infraestrutura física.

Foram selecionados para a pesquisa, conforme esses critérios, os seguintes documentos:

A Lei Nº 10216 de 6 de abril de 2001, que possui 13 artigos, é o marco do início da Reforma Psiquiátrica no Brasil no âmbito legislativo. Segundo sua ementa, a lei "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras² de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental" (BRASIL, 2001a).

A Portaria/GM Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, composta de dez artigos e, segundo sua ementa, “Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad III”; (BRASIL, 2002).

A Portaria Nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, que contém 17 artigos e, conforme sua ementa, “institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou

² A expressão “pessoas portadoras” é entendida como inadequada para se referir a condições inatas ou adquiridas que fazem parte de determinada população e, a partir dos anos 2000 começou a ser substituída por outras terminologias. A expressão foi substituída, no caso de transtornos psiquiátricos por: “pessoa com doença mental, pessoa com transtorno mental, paciente psiquiátrico” (SASSAKI, 2014). No presente trabalho a expressão foi mantida apenas como citação direta ao documento de 2001 que ainda adota a terminologia.

transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011).

3.1.2 Procedimento de coleta e análise de dados documentais

Segundo Gil (2002) a pesquisa documental vale-se de material que ainda não passou por algum tipo de tratamento analítico ou que pode ser reelaborado conforme os objetivos do estudo. Desta forma, tendo sido feita a seleção dos textos, a etapa subsequente foi a análise dos documentos utilizando como norte uma adaptação do procedimento criado por Todorov *et al* (2004) para a análise do ECA na qual os termos da contingência foram definidos conforme a descrição a seguir:

- *Contexto antecedente*: descrevem contextos, condições e circunstâncias para ocorrência de comportamentos.
- *Classe de respostas*: estabelecem ação esperada de um sujeito, a qual pode ser definida implícita ou explicitamente.
- *Consequências*: são consequências diretas de comportamentos definidos nas contingências.

(TODOROV *et al.*, 2004; SKINNER, 1969).

A partir dessa definição foi realizada uma primeira leitura dos três documentos na íntegra tendo como objetivo a familiarização da autora com os conteúdos abordados por eles. Primeiramente foi lida a Lei 10.216/2001, por ter sido a primeira a ser promulgada. Posteriormente foi realizada a leitura da Portaria 336/2002 e por último foi lida a Portaria 3.088/2011. Subsequentemente, os documentos foram lidos com objetivo de realizar a inferência dos três termos de contingência da forma que estão descritos acima. Quando na leitura se encontrava um excerto do documento que pudesse ser interpretado como “*contexto antecedente*” este era selecionado e então era realizada nova leitura do texto com objetivo de identificar uma “*classe de respostas*” referente ao contexto antecedente previamente inferido. A seguir, tendo os dois termos identificados, outra leitura dos documentos era realizada tendo em vista a interpretação de possíveis “*consequências*” contingentes aos dois termos anteriormente identificados.

A seguir, na Figura 2, apresenta-se um exemplo de contingência interpretada a partir da Lei 10.216/2001. A primeira coluna se destina a explicitar a quem se aplica a contingência identificada, ou seja, de quem se espera a ação descrita. No caso da contingência de exemplo, podem solicitar a internação do paciente, sua família, médicos, juízes ou o próprio usuário do serviço de saúde. A segunda coluna se destina à descrição do contexto antecedente, ou seja: em que situação ou qual o critério para encaminhar um paciente para a internação? Neste caso, a “insuficiência” dos serviços “extra-hospitalares” foi interpretada a partir do texto da portaria como o contexto antecedente. Na terceira coluna encontra-se a classe de respostas interpretada e cabe salientar que o termo “classe” foi utilizado, pois a ação interpretada comumente incorpora um conjunto de respostas. E na quarta coluna foram descritas as consequências da ação interpretada, no caso da contingência utilizada como exemplo uma consequência a ser produzida para o paciente é que, mesmo sendo internado, o tratamento que receberá deve produzir sua “*reinserção social*”.

Figura 2: Exemplo de contingência interpretada a partir da Lei 10.216/2001

A quem se aplica	Contexto Antecedente	Classe de Respostas	Consequências
Família, usuário dos serviços, médico, juiz	Insuficiência dos recursos extra-hospitalares Laudo médico circunstanciado	Internar o paciente	O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente

Outro aspecto a ser salientado no que tange à forma com que os dados documentais foram analisados na presente pesquisa é que, por vezes, em um só artigo da lei foram identificados mais de um termo da contingência, diferentemente do procedimento descrito por Todorov *et al.*(2004) em que os artigos em sua íntegra foram interpretados como termos de contingência. Outro aspecto a ser salientado é que, por vezes a leitura dos documentos não permitia uma inferência clara de algum dos termos, muito embora a leitura do documento na íntegra permitisse a interpretação dos termos que “faltavam”. Nesses casos o campo referente ao termo foi preenchido com a fonte em itálico.

3.2 Procedimentos de coleta e análise de relatos verbais

3.2.1 Elaboração do instrumento de coleta de dados

O relato verbal de profissionais psicólogos atuantes em Centros de Atenção Psicossocial (selecionados conforme descrito adiante) foi coletado por meio de entrevistas, cujo roteiro encontra-se anexo. As questões da entrevista foram formuladas tendo como base o *Checklist de delineamentos culturais* (CARRARA *et al.*, 2013) e visaram identificar aspectos das práticas culturais de assistência às enfermidades psiquiátricas desenvolvidas nos CAPS no que diz respeito a:

- Objetivo do trabalho do psicólogo nos serviços;
- Identificar, na medida do possível, contingências de três termos relacionadas a modalidades de atendimentos prescritas pelas leis analisadas;
- Identificar consequências do modelo de atuação.

3.2.2 Procedimentos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista (Unesp Bauru) sob o número de protocolo 034782/2017. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser assinado pelos participantes de acordo com as diretrizes da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional da Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, documento que se encontra como apêndice.

Por envolver a participação de profissionais de saúde que são servidores municipais da cidade em que a pesquisa foi desenvolvida, o projeto de pesquisa passou por análise de uma comissão da Secretaria Municipal de Saúde, sendo autorizada a coleta no mês de agosto de 2017. Ainda, como precaução ética e garantia de sigilo quanto à identificação das profissionais, seus nomes foram omitidos na análise de dados, substituídos pelas abreviações: P1CAPSI, P2CAPSI, P3CAPSII e P4CAPSII, considerando as instituições das quais cada profissional faz parte (CAPS I e CAPS II) assim como foi suprimida a identificação do município em que a pesquisa foi realizada.

3.2.3 Local

A coleta de dados foi realizada em Centros de Atenção Psicossocial modalidades I e II existentes em uma cidade do interior paulista. Segundo o site da prefeitura da cidade em questão há seis instituições de saúde mental no município, sendo elas: Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I); Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III) e Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i). O objetivo inicial da pesquisa era o de coletar relatos de um profissional de cada instituição, no entanto, por considerar que cada instituição tem públicos-alvo diferentes e envolve legislações diferentes, visto que, por exemplo, a atuação no Centro de Atenção Psicossocial Infantil envolve também o trabalho com o Estatuto da Criança e do Adolescente optou-se por coletar dados nas instituições CAPS I e CAPS II, que tem como população alvo pessoas com transtornos psiquiátricos de idade adulta.

3.2.4 Participantes

Foram convidadas a participarem da pesquisa quatro psicólogas que atuam nos CAPS I e II, sendo duas participantes de cada instituição. A amostragem se deu por conveniência, levando em consideração que o estudo desenvolvido é de caráter descritivo e que se objetivou obter relatos sobre a atuação de cada profissional de forma que se pudessem categorizar objetivos da prática, contingências relativas às modalidades de atendimento fornecidas pela instituição e possíveis consequências da prática.

3.2.5 Procedimento de coleta de dados

Foi realizado um estudo piloto com uma profissional do CAPS ad III infanto-juvenil do município no qual a pesquisa foi desenvolvida. Na situação foram tomadas todas as precauções éticas em relação à solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e também foi solicitada permissão para a gravação do conteúdo da entrevista, à qual a participante aceitou. A partir do conteúdo da entrevista, transcrito pela pesquisadora, foi constatada a necessidade de reorganizar o roteiro de entrevista, solicitando no início do

roteiro uma descrição geral das atividades da instituição de forma a identificar aspectos da rotina geral do serviço, para uma melhor caracterização das práticas realizadas por elas dentro da rotina da instituição.

As participantes dos CAPS I e II foram convidadas por meio de contato telefônico, no qual a pesquisadora apresentou os objetivos da pesquisa para a gestora de cada instituição e solicitou o agendamento das entrevistas, situação na qual todas as profissionais aceitaram fazer parte da pesquisa. A coleta foi realizada individualmente com cada participante nas instituições nas quais as profissionais trabalham e ocorreram entre os meses de agosto e setembro de 2017.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue para as participantes e foi solicitado que o lessem e assinassem, sendo uma via entregue às psicólogas e outra recolhida pela pesquisadora. Na situação da entrevista os objetivos da pesquisa foram explicados para as participantes, momento no qual também foi realizada uma breve apresentação do roteiro de entrevista. Foi solicitada a permissão das participantes para a gravação dos conteúdos das entrevistas, à qual responderam positivamente. As entrevistas tiveram duração média de aproximadamente 35 minutos e a transcrição de seu conteúdo foi realizada pela própria pesquisadora.

3.2.6 Análise dos relatos verbais

Os dados provenientes das respostas das participantes foram apresentados nas seguintes subseções: 1) Caracterização das psicólogas quanto à formação para o trabalho e histórico profissional; 2) Caracterização dos CAPS; 3) Contingências do atendimento ao paciente; 4) Consequências avaliadas como positivas e negativas do modelo a partir do relato das profissionais.

No que diz respeito às perguntas específicas às modalidades de atendimentos desenvolvidas pelas psicólogas entrevistadas o relato das profissionais foi analisado de forma a evidenciar contingências de três termos, considerando a proposição skinneriana de que:

Uma formulação adequada da interação entre e seu ambiente deve sempre especificar três coisas: (1) a ocasião na qual uma resposta ocorre, (2) a resposta em si e (3) as consequências reforçadoras. As inter-relações entre elas são as contingências de reforçamento (SKINNER, 1969, p 180).

À medida que essas contingências foram interpretadas a partir dos relatos das participantes foram discutidos conjuntamente aspectos da análise das leis que propõem as modalidades de atendimento.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção os resultados e discussão serão apresentados concomitantemente, sendo primeiramente apresentados os resultados provenientes da análise de documentos e em seguida os dados dos relatos verbais coletados. Os três documentos selecionados para a pesquisa foram promulgados em anos diferentes e, muito embora abordem temáticas específicas, tratam da proposição de um modelo de atenção em “saúde mental” no âmbito do SUS. O primeiro deles a ser promulgado foi a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado, a partir da qual foram transformadas em política pública instituída a nível nacional os objetivos da reforma psiquiátrica: a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de alternativas assistenciais comunitárias, iniciativas essas antes apenas presentes em algumas cidades pioneiras (COSTA et al., 2011).

O projeto de lei inicial referente à mudança na atenção psiquiátrica, apresentado ao Congresso Nacional em 1989, propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outras alternativas de assistência e dispunha sobre a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória (BRASIL, 1989). Nesse aspecto pode-se salientar a utilização da palavra “manicômio” no projeto de lei original, expressão que não aparece na lei promulgada em 2001 e que se encontra em vigor atualmente. Outra notável diferença é a explícita proibição encontrada no projeto de lei de 1989 em relação à construção de novos hospitais psiquiátricos públicos ou à “contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico”, aspecto que não é abordado no texto final da Lei 10.216 de 2001.

Tais mudanças no projeto de lei original, que passou 12 anos tramitando no congresso nacional até ser promulgado sob a forma da lei analisada no presente estudo, dão indícios de um aspecto importante da Reforma Psiquiátrica Brasileira, visto que sugerem não haver consenso no que tange à proposição do modelo substitutivo em “Saúde Mental” e que o percurso da Reforma Psiquiátrica que culminou na transformação das diretrizes das Conferências Nacionais de Saúde em uma política pública, embora seja citado por diversas vezes como atrelado ao movimento de Luta Antimanicomial, teve influências de setores com posicionamentos diversos e foi marcado por tensões. Enquanto alguns atores sociais mantinham, e ainda mantêm, um posicionamento mais enfático quanto à defesa da não necessidade da internação como recurso para o tratamento de psicopatologias consideradas graves e de longa duração, como o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, que desde

1987 é chamado Movimento da Luta Antimanicomial, outros eram mais comedidos na proposição da extinção dos hospitais psiquiátricos, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014; MATEUS, 2013). O texto aprovado em 2001 é composto por 13 artigos que, em seu conteúdo, dispõem sobre os direitos das pessoas acometidas por transtornos psiquiátricos, o redirecionamento do modelo de assistência, critérios para modalidades de internação, podendo ser elas voluntárias, involuntárias ou compulsórias, e critérios para a realização de pesquisas científicas com pacientes dos serviços.

O segundo documento selecionado para a pesquisa foi a Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 que é composta por dez artigos e, segundo sua ementa, “estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II”. Uma leitura geral de seu conteúdo permitiu constatar que ela aborda critérios para a instalação de diversas modalidades de CAPS, a sua área física, os tipos de atendimento que devem ser realizados nas instituições, o recadastramento dos serviços já existentes e sobre seu financiamento.

A Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 é composta por 17 artigos e discorre sobre a instituição da chamada “Rede de atenção Psicossocial” (RAPS) destinada a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Seu conteúdo aborda diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial RAPS, Objetivos Gerais e Específicos da rede, descrição dos componentes da rede e seus pontos de atenção, descrição das fases de operacionalização da Rede e um anexo contendo uma matriz diagnóstica da Rede de atenção psicossocial.

As contingências inferidas a partir da leitura dos três documentos supracitados foram agrupadas conforme sua temática constituindo as seguintes categorias: 1) Proposição do modelo; 2) Diretrizes para a assistência ao paciente e sua família; 3) Organização da rede; 4) Formação de profissionais e 5) Avaliação de serviços, que, para uma melhor compreensão do funcionamento atual da política serão apresentadas conforme as categorias citadas anteriormente com a indicação no texto de que documento foram tiradas.

1) Proposição do modelo

No que concerne à proposição do modelo de assistência, ou seja, ações de planejamento da política pública que atenderá à população, a leitura dos artigos 1º, 2º e 3º da

Lei 10.216 de 2001 possibilitou a inferência de uma primeira contingência. O Artigo 1º aborda a garantia dos direitos da população acometida por transtornos psiquiátricos e sua proteção de forma universal, como é possível observar a seguir:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL, 2001a, grifos adicionados).

No artigo 2º, mais especificamente nos incisos de I a IX de seu parágrafo único, encontram-se descritos quais são esses direitos:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001a)

O artigo 1º e o parágrafo único do artigo 2º e seus incisos correspondentes, ao abordarem as condições sob as quais os direitos da população acometida por transtornos psiquiátricos devem ser assegurados (sem qualquer forma de discriminação) e descreverem quais são os direitos dessa população a serem protegidos, enunciam uma necessidade histórica que justificaria a instalação de comportamentos por parte de uma série de indivíduos como, por exemplo, governantes, gestores de instituições e profissionais da área da saúde para que se comportem de forma a suprir as necessidades da população alvo do serviço descritas pela lei, ou seja, se comportem sob controle de uma consequência a ser produzida a longo prazo: a garantia dos direitos dessa população.

Desta forma, o artigo 1º e os incisos do artigo 2º podem ser interpretados como um contexto antecedente geral que permeará não só a Lei 10.216, mas outras portarias que vieram a ser sancionadas em anos posteriores e levam em consideração suas determinações, inclusive de forma explícita por citarem a lei diretamente, como é o caso da Portaria 336/2002 e da

Portaria 3.088/2011. O artigo 3º da lei ao colocar sob responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política pública referente à assistência a população em questão descreve uma ação esperada por parte dos indivíduos que o compõem, conforme exposto a seguir:

Art.3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações em saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001a)

A partir do texto da lei também é possível inferir uma consequência de longo prazo que seria produzida a partir do desenvolvimento da política pública para a população em questão: a garantia de proteção e dos direitos das pessoas acometidas por “transtornos mentais”. Tal consequência, conforme abordado anteriormente, seria produzida por meio da implantação da política, o que envolve a lei ser bem-sucedida em colocar os comportamentos das partes envolvidas nas ações descritas por ela sob seu controle, ou em termos gerais, o cumprimento da lei produziria essa consequência.

Desta forma, é possível inferir uma primeira contingência a partir do texto da Lei 10.216/2001, exposta na figura 3, contendo o contexto antecedente geral, uma classe de respostas esperada e a consequência de longo prazo. Cabe ainda afirmar que essa contingência, ao evidenciar antecedentes gerais e consequências de longo prazo, está relacionada a todos os comportamentos que vierem a ser prescritos no texto da lei analisada, visto que as ações previstas no escopo da política, envolvendo os mais variados atores sociais, devem produzir tal consequência e devem levar em consideração os direitos da população como critério para o desenvolvimento da política.

Figura 3 – Contingência da Lei 10.216/2001 – Contingência Geral da Política Nacional de “Saúde Mental”

A quem se aplica	Contexto Antecedente	Classe de Respostas	Consequências
Governantes	Artigos 1º e 2º da Lei 10.216	Desenvolver política de saúde mental, assistência e promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais	Garantia dos direitos da população acometida por transtornos psiquiátricos

Um aspecto da contingência explicitada na Figura 3 passível de discussão é o comportamento de “desenvolver a política de saúde mental”, visto que, apesar da enunciação dos direitos da população poder ser considerado um contexto antecedente para a proposição da assistência a essas populações, não foi possível identificar no texto da lei diretrizes mais específicas para a criação desses serviços, como por exemplo, critérios epidemiológicos e características dos atendimentos em serviços comunitários a serem propostos ou mesmo as instituições nas quais tais serviços deveriam ocorrer. O conteúdo do artigo 3º salienta, ainda, a participação da família e da sociedade no desenvolvimento da política, porém sem descrever mecanismos para a sua efetivação. Alguns desses aspectos foram abordados pelas outras portarias analisadas no escopo dessa pesquisa que instituem diretrizes para o funcionamento dos CAPS e posteriormente da RAPS.

A partir da leitura do texto da Lei 10.216/2001 foi possível inferir outra contingência a respeito das internações psiquiátricas, esquematizada na Figura 4. O artigo quarto da Lei versa sobre critérios para internação psiquiátrica, quando for indicada, e características da assistência prestada nessa modalidade, como explicitado em seu *caput* e parágrafo primeiro:

Art. 4o A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1o O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (BRASIL, 2001a)

Figura 4 – Contingência da Lei 10.216/2001. Contingência referente à internação psiquiátrica

A quem se aplica	Contexto Antecedente	Classe de Respostas	Consequências
Família, usuário dos serviços, médico, juiz	Insuficiência dos recursos extra-hospitalares Laudo médico circunstanciado	Internar o paciente	O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente

O texto do artigo aborda a “insuficiência dos serviços extra-hospitalares” como um critério para o comportamento de enviar um paciente para a internação psiquiátrica e em seu parágrafo primeiro encontra-se descrita a finalidade deste tratamento, mesmo que na modalidade de internação: a reinserção social deste paciente em seu meio, ou seja, a internação do paciente deve produzir como consequência a reinserção social. Tal descrição de consequência da internação faz-se notória em um contexto de reorganização da assistência psiquiátrica, visto que a internação em hospitais psiquiátricos tem como histórico a produção de uma consequência distinta: a *cronificação* de pacientes, ou seja, a criação de laços de dependência entre o paciente psiquiátrico e as instituições que perduravam por longos períodos, ocasionando muitas vezes a perda de vínculos sociais da pessoa. Segundo o texto da lei, a internação psiquiátrica pode ser realizada a partir de solicitação do próprio paciente, caracterizando assim uma internação na modalidade “voluntária”, pode ser realizada a pedido de terceiro, mas sem o consentimento do paciente, sendo caracterizada como uma internação “involuntária”, ou determinada pela justiça, o que é caracterizado como internação compulsória. Por este motivo a primeira coluna foi preenchida levando em conta todas as partes que podem estar envolvidas na internação.

Conforme esquematizado na Figura 4 a Lei 10.216 estabelece como critério (aqui interpretado como contexto antecedente) para a internação a “insuficiência dos recursos extra-hospitalares”, porém não há descrição de quais seriam esses “recursos extra-hospitalares”, ou mesmo quais seriam critérios para avaliação do atendimento prestado ao paciente em seu contexto de forma a evidenciar sua “insuficiência” no documento analisado. Um aspecto importante de ser notado é que embora a ementa da Lei 10.216/2001 mencione que ela “redireciona o modelo assistencial em saúde mental” seu texto aborda mais aspectos do modelo “tradicional” de atenção à população em questão: as internações psiquiátricas.

Em relação à população que se encontra em situação de “dependência institucional”, consequência produzida por um modelo que preconizava internações psiquiátricas de longa duração, a Lei 10.216 em seu artigo 5º aborda a criação de uma política cuja finalidade é atender a essa população:

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2001a).

Figura 5 – Contingência da Lei 10.216/2001 – Programa de Volta para Casa.

A quem se aplica	Contexto Antecedente	Classe de Respostas	Consequências
Governantes	Paciente há longo tempo internado Ausência de suporte social para paciente	Desenvolver política de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida	Continuidade do tratamento

A partir desse artigo foi possível inferir a contingência exposta na Figura 5 a partir da qual se pode ressaltar a criação do “Programa de Volta para Casa”, programa regulamentado pela Lei 10.708/2003, que consiste em pagamento de auxílio reabilitação psicossocial, benefício que deve ser utilizado para acompanhar o beneficiário em sua reabilitação, sendo elegíveis para recebimento pessoas com transtornos psiquiátricos egressas de internações ininterruptas por dois anos ou mais em hospitais psiquiátricos (BRASIL, s/d; LIMA; BRASIL, 2014).

Foram apresentadas até aqui contingências que dizem respeito à proposição de um modelo para a assistência psiquiátrica inferidas a partir do texto da Lei 10.216/2001. Ainda a respeito da proposição de um modelo de atenção substitutivo à internação psiquiátrica, a Portaria 336/2002 versa sobre o estabelecimento de critérios para a implantação dos serviços do tipo CAPS e as características desses serviços. No início do documento são mencionados três outros documentos que devem ser considerados na proposição de diretrizes para o funcionamento dos CAPS, a Lei 10.216 de 06/04/2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 26/01/2001 e a Portaria nº 224 de 29/01/1992, sobre a qual é mencionada a necessidade de atualização das normas.

É necessário fazer uma consideração sobre a inserção dos serviços de “saúde mental” no âmbito normativo do Sistema Único de Saúde. A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 que regulamenta as ações de saúde do SUS no território nacional propõe como um de seus princípios a “descentralização” dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços em saúde (BRASIL, 1990). Tal fundamento foi criado levando em consideração as características do Brasil que é um país grande em território e com amplas diferenças socioculturais, econômicas e epidemiológicas entre suas regiões. Nesse

sentido, a NOAS, citada pela portaria aqui analisada, aborda a delimitação de territórios nos quais serão desenvolvidas as ações em saúde, estabelecendo alguns “conceitos-chave” para essa delimitação. Um desses “conceitos-chave” é o de “região de saúde” apresentado na portaria como:

base territorial de planejamento da atenção à saúde (...) a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras (BRASIL, 2001b).

A proposição de diretrizes para o funcionamento dos CAPS quando analisada sob uma perspectiva comportamental, deve ter como antecedente uma série de critérios descritos em outras legislações, como a delimitação de área de atuação dos serviços pela secretaria estadual de saúde, que por sua vez deve considerar características demográficas, geográficas e sanitárias da região.

Posto isso, pode-se entender que a consulta a outros documentos legais é necessária para “completar” as contingências que venham a ser interpretadas a partir da análise de textos legislativos, conforme abordado por outros estudos (LOURENCETTI, 2015; CARVALHO; 2013). Nesse sentido entende-se que, o planejamento de qualquer modalidade de assistência em saúde pública seja nas esferas estadual ou municipal deve ter como critério os princípios do SUS, e se ampliarmos um pouco mais a análise, à Constituição Federal que coloca a assistência à saúde como dever do Estado. Colocado desta forma, entende-se que ao legislar para estabelecer as modalidades de CAPS e suas características, deve-se considerar o conteúdo da NOAS e do rol de leis referentes ao SUS existentes até então.

No que diz respeito, especificamente, às modalidades de serviço estabelecidas pela portaria, que é o cerne do documento em questão, o texto designa como “a função” das instituições o atendimento a pacientes com *transtornos mentais severos e persistentes*, conforme o excerto do parágrafo primeiro do artigo terceiro exposto a seguir:

As três modalidades de serviços³ cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial (BRASIL, 2002).

³ As três modalidades seriam CAPS I, CAPS II e CAPS III, que serão abordados a seguir no texto.

Pode-se inferir a partir da leitura do artigo uma consequência de longo prazo a ser produzida pelo planejamento e implantação dos serviços: o atendimento à população em seu território, exposta na Figura 6. Conforme o *Checklist de delineamentos culturais* elaborado por Carrara et al.(2013) uma consideração importante a se fazer é se o que se objetiva por meio de um projeto de intervenção em práticas culturais é a eliminação de uma prática, seu enfraquecimento, a instalação de uma prática nova ou o fortalecimento de uma prática cultural já existente.

O texto da portaria analisada indica que o atendimento às demandas da população deve ser realizado *prioritariamente* em serviços comunitários, como os CAPS e, ainda, apontam para a criação de um novo “*modelo de atenção*” às psicopatologias, de forma que a garantia dos direitos dessas pessoas sejam produzidos como uma consequência de longo prazo. Desta forma pode-se interpretar que se intenta *enfraquecer* uma prática cultural- a internação psiquiátrica- modalidade de serviço criticada por seu caráter coercitivo e que teve seu papel terapêutico questionado e *instalar* uma nova prática cultural: outro modelo de atenção às psicopatologias por meio da implantação de novos serviços que conseqüentemente necessitará de contratação e formação de mão de obra, construção de espaços para seu funcionamento, destinação de recursos. A esse respeito, cabe discutir a dimensão comportamental do fenômeno: todas as etapas da instalação da nova prática cultural proposta são compostas por comportamentos de pessoas e conseqüentemente as variáveis controladoras destes comportamentos. As leis seriam uma via de descrição e controle destes novos comportamentos propostos, lembrando aqui da definição skinneriana de lei enquanto codificação de procedimentos controladores mantida pela agência controladora governo (SKINNER, 1953/2003).

Figura 6 – Contingência da Portaria 336/2002: Estabelecimento das modalidades de CAPS

A quem se aplica	Contexto Antecedente	Classe de Respostas	Conseqüências
Ministério da Saúde	Lei 10.216 de 06/04/2001 Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 26/01/2001 Portaria nº224 de 29/01/1992	Estabelecer as modalidades de Centro de Atenção Psicossocial e suas características (10 artigos da P366)	Acesso de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes a serviços de saúde em sua área territorial

A instalação dos serviços substitutivos deve ter como consequência o acesso de pacientes com transtornos psiquiátricos a serviços de saúde em seu território (quarta coluna da Figura 6). Tal consequência prevista evidencia dois pontos importantes para a Reforma Psiquiátrica: a comunidade-alvo para qual a prática cultural a ser instalada deve ser endereçada e a menção ao “território” enquanto um critério de estabelecimento dos novos serviços (critério este que será abordado mais adiante no texto). A delimitação de uma comunidade-alvo para as instituições faz-se notável no contexto da reorganização da assistência, visto que descrições de práticas desenvolvidas em hospitais psiquiátricos no decorrer do século XX, como ocorrido no Hospital Colônia, situado na cidade de Barbacena, demonstram que muitas das internações eram feitas de forma indiscriminada:

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento (...) pelo menos trinta e três eram crianças (ARBEX, 2013, p.13)

A existência de serviços de atenção especializados no território em que a pessoa acometida por transtornos psiquiátricos reside pode aumentar a probabilidade de seu comparecimento às instituições visto que abaixa o custo de resposta do acesso ao tratamento, em contraposição aos hospitais psiquiátricos que costumeiramente estavam localizados em lugares distantes geograficamente dos grandes centros.

As modalidades de CAPS instituídas pela portaria são CAPS I, II e III sendo as diferenças entre elas o número de habitantes do município em que são instaladas, seu horário de funcionamento e o tamanho da equipe a ser contratada para trabalhar em cada uma (Tabela 1). Incluídas na modalidade CAPS II estão os CAPS i (infantil) e CAPS ad (álcool e drogas) que atendem a essas populações alvo específicas. A leitura do texto da portaria 336/2002 demonstra que não há indicações de como o atendimento à demanda da população deve ser realizada em municípios com população menor que de 20 mil habitantes deixando, ao menos até o momento da promulgação dessa portaria, uma lacuna no que diz respeito a como a assistência deve ser feita nesses municípios, lacuna esta que será discutida posteriormente no texto.⁴

⁴ A atenção à Saúde Mental em municípios de pequeno porte é de responsabilidade da Atenção Básica, na qual a atuação de psicólogos está circunscrita aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). “Os NASF têm como uma de suas atribuições a construção de ações de saúde mental na Atenção Básica e no território.” (BRASIL, 2015, p. 6)

Tabela 1: Características das modalidades de CAPS descritas na portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002

Tipo de serviço	CAPS I	CAPS II	CAPS III
População do município	Entre 20.000 e 70.000 habitantes	Entre 70.000 e 200.000 habitantes	Acima de 200.000 habitantes
Horário de funcionamento	8:00 às 18:00 horas em dois turnos durante os cinco dias úteis da semana	8:00 às 18:00 horas em dois turnos durante os cinco dias úteis da semana Pode comportar um terceiro turno até às 21:00 horas	24 horas diariamente, incluindo feriados e fins de semana
Número de pacientes atendidos por dia	20 pacientes por turno Limite: 30 pacientes/dia em regime intensivo	30 pacientes por turno Limite: 45 pacientes/dia em regime intensivo	40 pacientes por turno Limite: 60 pacientes/dia em regime intensivo
Médico	Um médico com formação em Saúde Mental	Um médico psiquiatra	Dois médicos psiquiatras
Enfermeiro	Um enfermeiro	Um enfermeiro com formação em saúde mental	Um enfermeiro com formação em saúde mental
Equipe mínima ⁵ Profissionais de nível superior: psicólogo assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ⁶	Três	Quatro	Cinco
Profissional de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão	Quatro	Seis	Oito

⁵ Os números de profissionais descritos na Tabela 1 correspondem à equipe técnica mínima a ser contratada para o desenvolvimento do serviço, não havendo descrição de um número máximo de profissionais.

⁶ A classe profissional “pedagogo” não aparece na categoria de Recursos Humanos na modalidade CAPS I, apenas na CAPS II e III.

Entendemos até aqui que a Portaria 336/2002 estabelece alguns critérios para a instalação de instituições do tipo CAPS em municípios (número de habitantes do município) e o tipo de população-alvo a ser atendida por cada instituição (faixa etária e que tipos de diagnóstico apresentam). Nesse sentido, faz-se oportuno retomar o conceito de “região de saúde” trazido pela NOAS (BRASIL, 2001b) enquanto um “conceito-chave” para a delimitação dos territórios nos quais as ações de saúde deverão se desenvolver. A partir deste conceito tem-se uma série de critérios a serem considerados para a delimitação dos territórios, como características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas e relações entre municípios. Por sua vez, a portaria 336/2002 traz somente um critério a ser considerado para a instalação de determinada modalidade de CAPS: o número de pessoas residentes no município. Pode-se questionar então, quais critérios deveriam ser seguidos na instalação dos CAPS nos municípios, o de número de habitantes ou o de “região de saúde”. Outro aspecto que pode ser discutido é a classificação dos transtornos como “severos e persistentes” uma vez que a portaria não faz menção a que transtornos seriam esses, ou a algum outro documento em que haja tal definição.

Ainda a respeito da proposição do modelo, o texto da Portaria 3.088/2011 discorre sobre a instituição da chamada “Rede de atenção Psicossocial” destinada a pessoas com sofrimento ou transtorno psiquiátrico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Conforme abordado anteriormente, a legislação referente aos serviços de saúde (e as leis em geral) muitas vezes contém expressões características do SUS cuja definição encontra-se em outros documentos, fazendo necessária a consulta a essa legislação complementar para o entendimento do vocabulário utilizado. Esse é o caso do termo “Rede de atenção”, que é definido pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, como:

Estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

Desde a promulgação da portaria 4.279/2010, as ações do Sistema Único de Saúde têm como diretriz o atendimento em forma de “rede” com a justificativa de que o modelo de atenção em vigência até então, focalizado na prática médica e em ações curativas tendo como *locus* da assistência hospitais e centros de saúde, se mostrou insuficiente para dar conta dos desafios sanitários até então enfrentados (BRASIL, 2010). Propõe-se, a partir da portaria, a criação das Redes de Atenção subdivididas em “pontos de atenção” como forma de

assistência à demanda em saúde, como é o caso da Rede de Atenção Psicossocial, estabelecida pela portaria 3.088/2011.

O Artigo 1º dessa portaria discorre sobre a finalidade da RAPS e a partir dele pôde-se inferir a contingência da Figura 7, conforme exposto a seguir:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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) (BRASIL, 2011).

Figura 7 – Contingência da Portaria 3.088/2011: Implantação da RAPS

A quem se aplica	Contexto Antecedente	Classes de Respostas	Consequências
Governantes	Legislação vigente em Saúde	Implantar rede de Atenção Psicossocial	Criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas

No texto da portaria estão descritos quais seriam os componentes da Rede de Atenção Psicossocial proposta pelo documento: Atenção básica em saúde; Atenção psicossocial especializada; Atenção de urgências e emergência; Estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011). Cada um desses componentes descritos no texto da portaria está subdividido em “pontos de atenção”, como por exemplo, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), seria um ponto de atenção do componente “atenção de urgências e emergências” e os CAPS seriam pontos de atenção do componente “Atenção Psicossocial especializada”. Cabe salientar ainda que os “pontos de atenção” são definidos pela portaria 4.279/2010 como “espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular” (BRASIL, 2010), muito embora não haja no contexto da portaria uma definição do que seria a “produção singular”. No Quadro 1 encontram-se descritos os componentes da Rede de Atenção Psicossocial e seus “pontos de atenção” respectivos.

Quadro 1 – Organização da Rede de Atenção Psicossocial

Rede de Atenção Psicossocial	
Componentes	Pontos de atenção
Atenção Básica em Saúde	-Unidade Básica de Saúde -equipe de atenção básica para populações específicas
Atenção Psicossocial Especializada	-Centros de Atenção Psicossocial
Atenção de Urgência e emergência	-SAMU -Sala de estabilização -UPA 24 horas -Portas hospitalares à urgências/Pronto socorro -Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	- Unidade de Recolhimento -Serviços de atenção em regime residencial
Atenção Hospitalar	-Enfermaria especializada em hospital geral -Serviço hospitalar de referência
Estratégias de desinstitucionalização	-Serviços Residenciais Terapêuticos
Reabilitação Psicossocial	-Iniciativas de geração de trabalho e renda

A instalação da RAPS diz respeito ao aumento do escopo dos atendimentos previstos pela Reforma Psiquiátrica, uma vez que não mais restritos ao âmbito do CAPS. A portaria 3.088/2011 prescreve a capilarização dos serviços, ou seja, que o atendimento a essa população seja feito em diversas instituições no âmbito do SUS. Pode-se discutir aqui que a lacuna em relação ao atendimento à população de cidades com menos de 20 mil habitantes é preenchida por meio dessa portaria que institui a atenção básica enquanto ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.

2) Diretrizes para a assistência ao paciente e sua família

A partir da leitura das três portarias foi possível inferir algumas contingências que dizem respeito especificamente ao atendimento prestado à população e à sua família. Uma

contingência pôde ser inferida a partir do artigo 2º da Lei 10.216/2001 que aborda em seu parágrafo único a descrição dos direitos da população em questão.

O *caput* do artigo enuncia que "nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo" (BRASIL, 2001a, grifo nosso). Pode-se inferir a partir do texto do *caput* tanto um comportamento esperado por parte de um profissional que atenda a população usuária do serviço e execute a ação para que o direito do usuário e família de "ser formalmente cientificado" possa ser assegurado, quanto a situação na qual esse comportamento deve ocorrer: os "atendimentos em saúde mental". Desta forma, uma contingência, exposta na Figura 8, pode ser interpretada.

Figura 8 – Contingência da Lei 10.216/2001: cientificar sobre direitos o usuário e a família

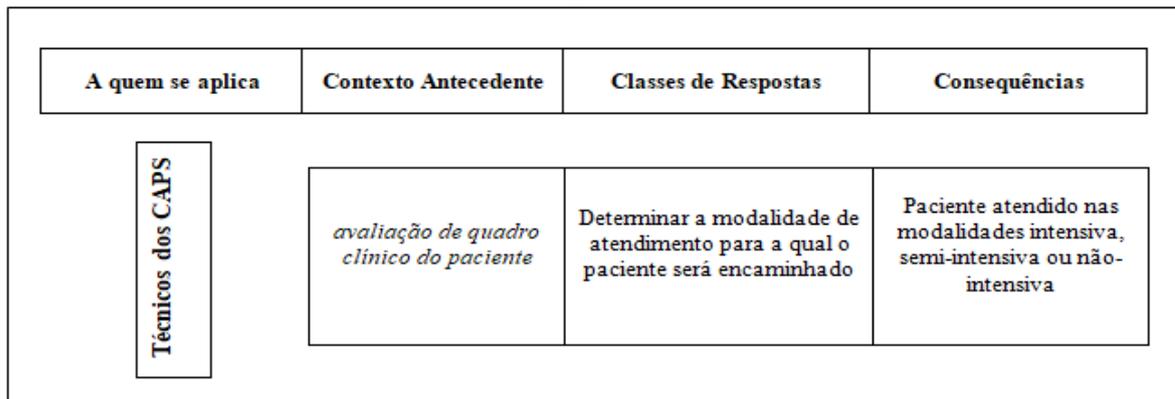
A quem se aplica	Contexto Antecedente	Classe de Respostas	Consequências
Profissionais da Saúde	Atendimentos em Saúde Mental	Cientificar formalmente usuário do serviço e seus familiares ou responsáveis dos direitos descritos na lei	Garantia do direito do usuário e sua família de ser cientificado

A partir da Contingência exposta na Figura 8, pode-se discutir que há uma alusão aos "atendimentos em saúde mental" sem uma menção específica a mais detalhes sobre em que instituições aconteceriam, por quais profissionais seriam desenvolvidos, ou mesmo quais seriam as características desses atendimentos na Lei 10.216, lacunas essas preenchidas por legislações posteriores.

A respeito aos atendimentos prestados à população, a Portaria 336/2002 estabelece que, a partir da demanda de atendimento, o profissional inserido no serviço deve avaliar o quadro clínico do indivíduo e a partir desta avaliação o paciente seria inserido em uma das modalidades do serviço: intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, conforme explicitado na contingência da Figura 9.

O paciente deve ser encaminhado para a modalidade “intensiva”, conforme o documento, caso a partir da avaliação de seu quadro clínico seja constatada a necessidade de atendimento diário, a modalidade de atendimento “semi-intensivo” seria indicada para aqueles pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, mas não precisam estar diariamente no CAPS e o “não- intensivo” seria destinado a pacientes que, de acordo com a avaliação do quadro clínico poderiam ser atendidos em menor frequência.

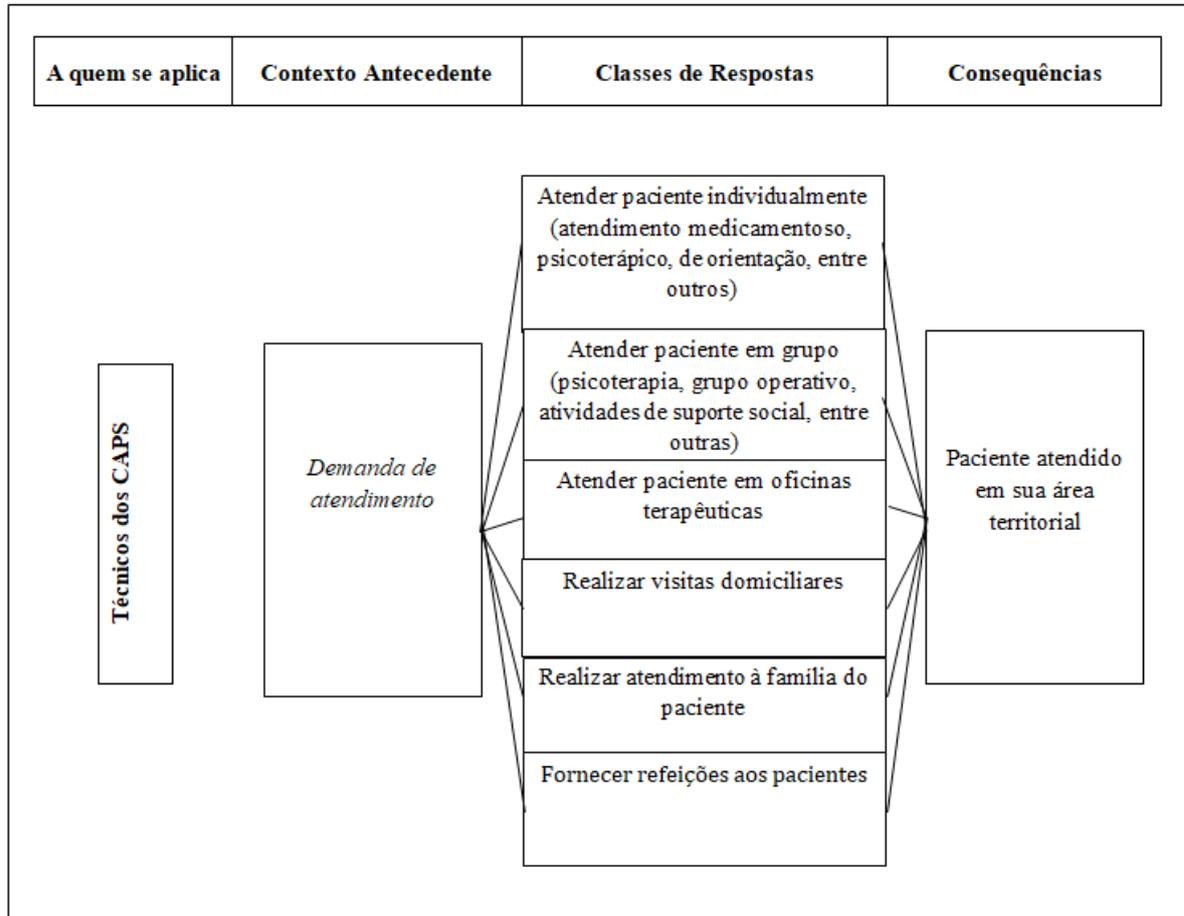
Figura 9 – Contingência da Portaria 336/2002 – Determinação de modalidade de atendimento do paciente



Desta forma, entende-se que a assistência ao paciente requer, não somente uma avaliação de seu quadro clínico no momento de sua entrada no serviço, mas de forma contínua, cabendo aos profissionais reavaliar o caso para decidir qual é a modalidade mais adequada para o paciente ao longo de seu acompanhamento. Outro aspecto importante da contingência exposta na Figura 9 é que, ao descrever as modalidades de atendimento não fica claro de que forma elas estariam relacionadas às outras atividades de assistência ao paciente propostas, se as modalidades “intensiva, semi-intensiva ou não intensiva” constituiriam, por exemplo, grupos específicos para os pacientes que fossem destinados a elas ou se o encaminhamento do paciente para as modalidades determinaria somente a frequência com que ele comparece ao CAPS.

O artigo 4º da Portaria 336/2002 enuncia tipos de atendimentos destinados aos pacientes dos CAPS, possibilitando a inferência das seis contingências componentes da Figura 10. São seis modalidades de atendimento diferentes, sendo elas grupais ou individuais, realizadas dentro da instituição, ou mesmo fora do CAPS, como é o caso das visitas domiciliares.

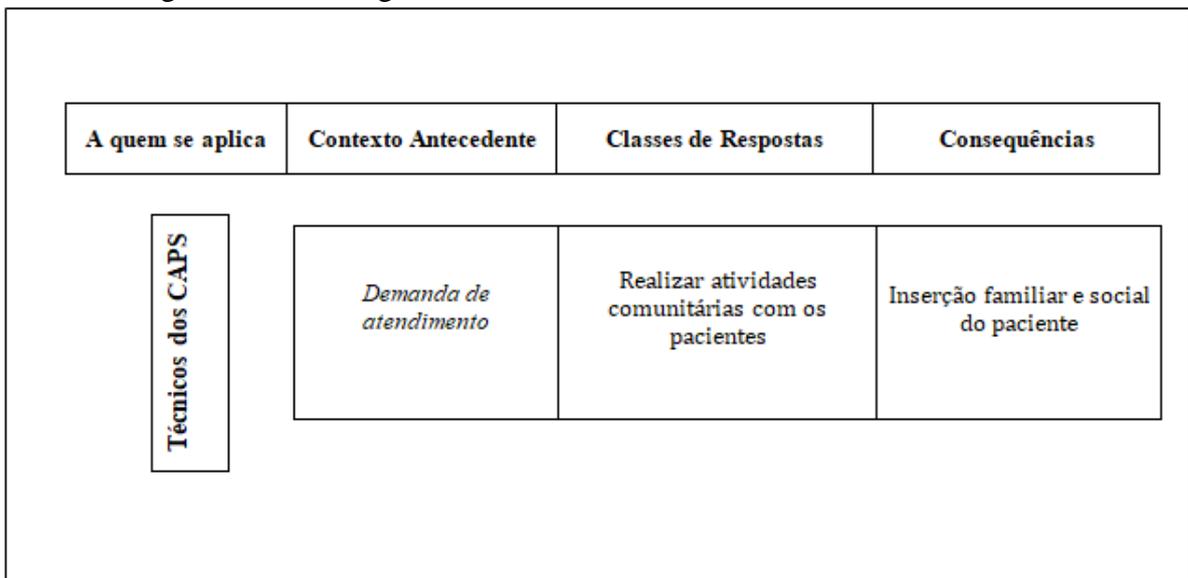
Figura 10- Contingências da Portaria 336/2002 – Tipos de atendimentos ofertados no CAPS



O texto da portaria, no entanto, não deixa claro a situação na qual tais tipos de atendimentos devem ser realizados ou as características de tais serviços, como por exemplo, o termo “oficinas terapêuticas” é utilizado sem a menção aos objetivos dessa atividade ou formas de avaliação da mesma. A partir da análise de documentos legislativos sobre educação e saúde indígena, Silva (2017), aponta para limites dos dois documentos examinados: o emprego de verbos “abstratos e vagos” que não definiriam comportamentos esperados ou circunstâncias sob as quais tais comportamentos deveriam ocorrer. O autor, ao citar Santos *et al.* (2009), aponta para o fato de que tais documentos, ao enunciarem conjuntos de regras, não deveriam ser nem tão abstratos, nem tão minuciosos. A análise do autor aponta para o fato de que a baixa operacionalização dos comportamentos evidenciada por meio da análise poderia gerar dificuldades para aqueles a quem se destinam suas orientações. Pode-se discutir situação semelhante a respeito das prescrições encontradas na Portaria 336/2002, tendo em vista que a descrição das ações a serem desenvolvidas no contexto do CAPS podem permitir múltiplas interpretações, o que pode dificultar também a avaliação dos serviços prestados.

A Portaria 336/2002 prevê a realização de atividades comunitárias com os usuários, ação que deve ter como consequência a inserção familiar e social do paciente, como exposto na Figura 11. De forma semelhante à discutida em relação às demais atividades, não é possível interpretar critérios como frequência das atividades, características das ações ou formas de avaliação das mesmas, com a diferença de que, em relação às atividades comunitárias, há explicitamente na portaria a descrição de uma consequência que deve ser produzida a partir da classe de respostas: a inserção familiar e social do paciente.

Figura 11 – Contingência da Portaria 336/2002 – Atividades comunitárias



O texto da Portaria 3.088/2011 também prescreve comportamentos relativos à assistência ao paciente e sua família, atividades essas que devem ocorrer *prioritariamente em espaços coletivos* e de *forma interdisciplinar*. Um deles está relacionado com o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Individual do paciente, que deve ter como consequência a participação do paciente e sua família em seu plano de tratamento (BRASIL, 2011), conforme exposto na Figura 12.

Não se encontra na portaria 3.088/2011 uma definição do que seria esse tipo de projeto, no entanto em cartilha do ministério da saúde (BRASIL, 2007) é possível encontrar uma seção destinada à descrição do que seria um “Projeto Terapêutico Singular (PTS)”, sendo a palavra “singular” proposta como substitutiva a “individual” pelos motivos citados adiante. Esse tipo de projeto seria uma variação de “discussão de caso clínico” e segundo a cartilha foi desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de proporcionar uma

atuação integrada da equipe em que sejam valorizados outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação na assistência aos usuários. No texto encontra-se a afirmação de que o Projeto Terapêutico Singular também é conhecido como Projeto Terapêutico Individual, porém o termo “singular”, proposto em lugar de “individual”, possibilita que o projeto seja feito também para famílias ou grupos, tirando o foco do indivíduo. O projeto, segundo a cartilha, é dividido em quatro fases, sendo elas: diagnóstico orgânico, psicológico e social, definições de metas para curto, médio e longo prazo, divisão de responsabilidades e reavaliação para discussão da evolução do caso (BRASIL, 2007).

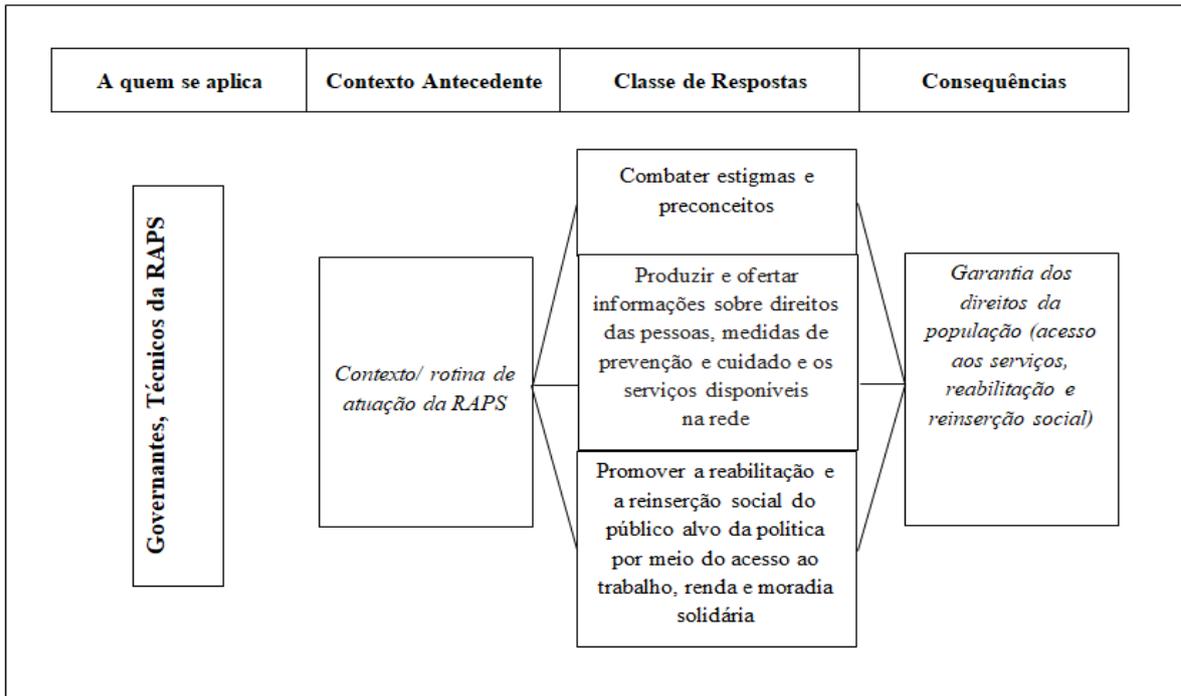
Figura 12 – Contingência da Portaria 3.088/2011 – Projeto Terapêutico Individual

A quem se aplica	Contexto Antecedente	Classe de Respostas	Consequências
Técnicos da RAPS	<i>Demanda de atendimento</i>	Desenvolver Projeto Terapêutico Individual do paciente	Participação do paciente e da família no desenvolvimento de seu plano de tratamento

Entendemos, então, que tal projeto seria um instrumento valioso para a atenção ao caso, visto que descreve um “caminho” a ser percorrido na avaliação e proposição do tratamento de forma a definir metas e divisão de responsabilidades referentes à atenção ao paciente, ou seja, seria o momento de estabelecer comportamentos esperados por parte de cada profissional no decurso da atenção ao paciente e a observação das consequências produzidas pelo tratamento à medida que seria reavaliado. No entanto, o texto da portaria em questão não descreve em quais situações os profissionais devem realizar tal ação: se em reuniões de equipe ou com que frequência deve ocorrer a discussão dos casos, por exemplo.

No contexto da Portaria 3.088/2011 outros comportamentos relacionados à assistência ao paciente são prescritos, conforme explicitado na Figura 13. São prescritas respostas relacionadas ao combate a estigmas e preconceitos, produção de informações sobre direitos das pessoas e promoção da reabilitação social. Nesse sentido, a portaria prevê que as ações no contexto da RAPS se deem em diversos âmbitos, não somente em instituições especializadas, articulando ações de prevenção, promoção e tratamento na área da “saúde mental”.

Figura 13 – Contingência da Portaria 3.088/2011 – Ações de prevenção, produção de informações e reabilitação social

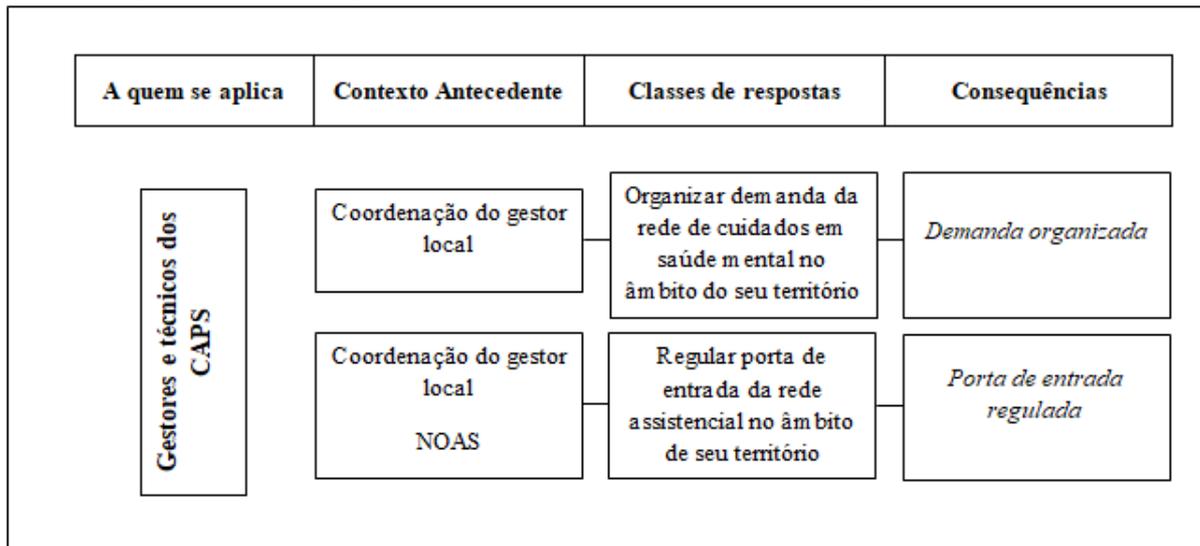


3) Organização da rede

Uma das “características” atribuídas aos CAPS é a “organização da rede de cuidados em saúde mental”. Desta forma, entende-se que os profissionais atuantes nas instituições, no texto da portaria chamados de “técnicos”, devem, tendo como antecedente a coordenação do gestor local, atuar de forma a organizar a chamada rede de cuidados em “saúde mental”. Outra prescrição da Portaria é a de que é função do CAPS (ou seja, das pessoas que o compõem) “regular” a porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território. As duas contingências inferidas a partir da portaria 336/2002 referentes à “organização da rede” estão descritas na Figura 14.

A utilização do verbo “regular” não deixa claro quais comportamentos são esperados do indivíduo, visto que o profissional do serviço poderia “regular” sua porta de entrada de diversas formas, como por exemplo, admitindo somente o número de pacientes descrito na portaria como limite para serem atendidos, ou fazer uma triagem de cada caso recebido na instituição para ver se a demanda de atendimento apresentada pode ser atendida no serviço, ou mesmo fazer encaminhamentos dos pacientes que procurem o serviço para outras unidades.

Figura 14 – Contingência da Portaria 336/2002 – Fluxo de pacientes do CAPS



A expressão “porta de entrada” pode dar a entender que os CAPS devem ser o primeiro contato do usuário com o atendimento em “saúde mental” preconizado pela legislação. Podemos retomar aqui a lei 10.216/2001 a partir da qual se entende que a “insuficiência” dos serviços extra-hospitalares é um contexto antecedente para a ação de internar o paciente. Entendendo que a portaria 336/2002 aborda aspectos de uma instituição “extra-hospitalar”- os CAPS- e que uma das ações preconizadas em seu contexto é a de “regular a porta de entrada” entendemos que, quando houver necessidade de atendimento a população deve recorrer ao CAPS primeiramente, e caso seja constatada a “insuficiência” dos serviços prestados em seu contexto para a assistência do caso, deve-se recorrer então a internação psiquiátrica como forma de tratamento.

4) Formação de profissionais

Um aspecto importante abordado na portaria 3.088/2011 que não é abordado nos demais documentos analisados é a formação de profissionais. Abordar a formação para o serviço é importante à medida que, embora o governo enquanto agência de controle tenha as leis como codificação de seus procedimentos controladores, o efeito direto das leis sobre o comportamento dos indivíduos pode ser pequeno, sendo alguns grupos como agências educadoras, família, religião os responsáveis por estabelecer contingências que agirão diretamente sobre o comportamento do indivíduo, podendo servir como “mediadores” entre ele e a agência governamental (DITTRICH et al, 2013; SKINNER, 1953/2003), sendo assim comportamentos entendidos pelo grupo como “certos” e “errados”, “legais” e “ilegais” muitas vezes são adquiridos pelas pessoas por meio de agências educadoras, sendo elas importantes

meio de transmissão de práticas culturais. A legislação analisada prevê ações relacionadas à formação de profissionais para a atuação no contexto da política pública de duas maneiras: por meio da promoção de mecanismos de formação permanente e por meio da capacitação das equipes de atenção básica, conforme exposto nas figuras 15 e 16.

Figura 15 – Contingência da Portaria 3.088/2011- Promoção de Mecanismos de Formação permanente

A quem se aplica	Contexto Antecedente	Classe de Respostas	Consequências
Governantes	<i>Contexto/ rotina de atuação da RAPS</i>	Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde	<i>Formação de profissionais para atendimento às demandas</i>

Na Figura 15 encontra-se exposta uma contingência inferida a partir da Portaria 3.088/2011 relacionada à formação de profissionais. O texto do documento é pouco descritivo no sentido de estabelecer critérios para a periodicidade, planejamento ou execução das atividades de ensino, podendo esse fator ocasionar dificuldades na interpretação do texto da portaria no sentido de colocar os comportamentos dos profissionais sob controle de seu conteúdo.

Figura 16 – Continência inferida a partir da Portaria 336/2002 - Capacitação e supervisão de equipes da atenção básica

A quem se aplica	Contexto Antecedente	Respostas	Consequências
Gestores e técnicos dos CAPS	Contexto/rotina de atuação do CAPS	Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental	<i>Equipes de atenção básica capacitadas para a realização do serviço</i>

Na Figura 16 encontra-se descrita outra contingência relacionada à formação de profissionais. Seria atribuição do profissional do CAPS supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental. A consequência de tal atividade seria a construção de repertórios comportamentais em profissionais da atenção básica para atender às demandas de saúde mental no âmbito do SUS de forma adicional às equipes dos CAPS.

5) Avaliação de serviços

A avaliação dos serviços de saúde é prevista pelos documentos analisados da seguinte forma: pela utilização de indicadores de efetividade e resolutividade e pela supervisão de unidades hospitalares, descritas nas figuras 17 e 18.

Figura 17 – Contingência inferida a partir da Portaria 3.088/2011 - Monitorar a qualidade dos serviços

A quem se aplica	Contexto Antecedente	Classe de Respostas	Consequências
Governantes, Técnicos da RAPS	<i>Contexto/ rotina de atuação da RAPS</i>	Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção	<i>Qualidade dos serviços avaliada</i>

Figura 18- Contingência inferida a partir da Portaria 336/2002- Supervisão de Hospitais Psiquiátricos

A quem se aplica	Contexto Antecedente	Respostas	Consequências
Gestores e técnicos dos CAPS	Delegação do gestor local	Coordenar a supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito de seu território	<i>Unidades hospitalares psiquiátricas supervisionadas</i>

A legislação analisada preconiza que a supervisão das unidades hospitalares é de responsabilidade do CAPS. Conforme descrito anteriormente a Reforma Psiquiátrica Brasileira não extinguiu a internação psiquiátrica, mas delimitou parâmetros, baseados na descrição de direitos da população, para essa modalidade. Sendo assim, um bom parâmetro para a elaboração da supervisão das unidades hospitalares seria a própria descrição dos direitos da população abordada na Lei 10.216/2001.

Os documentos analisados descrevem a proposição de um modelo alternativo às internações psiquiátricas de assistência à população, diretrizes para a assistência a ser prestada ao paciente e à família, ações a respeito da organização da rede, prescrições quanto à formação de profissionais para a atuação na área e diretrizes para a avaliação dos serviços prestados. Em se tratando da mudança de práticas culturais, Carrara et al. (2013) salientam a importância de se elencar: as consequências que mantêm as práticas culturais atuais; aspectos da história comportamental que parecem ter sido importantes na instalação e consolidação dessas práticas e práticas elegíveis para substituição da prática vigente. A esse respeito, conforme descrito anteriormente, a legislação visa enfraquecer determinada prática cultural, as internações psiquiátricas que eram realizadas indiscriminadamente, por meio da descrição de parâmetros em termos de direitos humanos básicos a serem assegurados, como por exemplo: proteção contra o abuso e exploração, garantia de informações sobre seu diagnóstico e um tratamento preferencialmente realizado em serviços comunitários, onde não haja um rompimento do indivíduo com as contingências sociais das quais já faz parte. As consequências produzidas pela internação psiquiátrica poderiam ser a cronificação do paciente psiquiátrico, criando laços institucionais duradouros e o isolamento desse paciente, o afastando do convívio social. As práticas elegíveis para substituição dessa modalidade seria o tratamento em serviços comunitários onde se arranjarão contingências para facilitar a inserção ou (reinserção) social dessas pessoas, contingências essas mantidas pela agência de controle governo por meio de legislação específica.

A respeito da prática que se visa fortalecer, deve-se observar reforçadores de curto prazo passíveis de aplicação e disponíveis para a modelagem de comportamentos que compõem as práticas culturais a serem instaladas e reforçadores disponíveis no momento ou previstos para longo prazo (CARRARA et al.,2013). A respeito dos reforçadores a política pública prescreve a instalação de serviços de base territorial, ou seja, as instituições devem ser instaladas conforme um critério populacional. A instalação dessas instituições deve, segundo a política ofertar um tratamento para o paciente conforme a necessidade de seu quadro clínico,

devendo possibilitar a permanência do paciente no serviço pelo tempo que for julgado necessário, envolvendo possíveis reforçadores (eventos que irão aumentar a frequência do comportamento pela adição ou remoção de algum estímulo): medicamentos, atendimentos individuais (psicoterapia, atendimento médico), atividades na modalidade de oficina, refeições. E um possível reforçador de longo prazo seria o aumento da frequência de comportamentos de frequentar os CAPS para uma melhora no quadro clínico do paciente, proporcionado pela supressão de sintomas e a possibilidade da inserção desse paciente nos espaços sociais.

A modelação de repertórios comportamentais para atender a demanda, conforme documentos analisados, deve se dar por meio de *formação continuada*, muito embora a descrição de parâmetros para a realização das ações nesse âmbito seja vaga. Em se tratando da formação dos profissionais para o trabalho nos contextos de saúde pública é de se esperar que a formação acadêmica para a atuação nesses serviços deva modelar comportamentos para o atendimento à demanda e que a formação continuada atue de forma complementar. Ainda quanto aos repertórios comportamentais para atendimento à demanda nos serviços de saúde mental, a legislação prevê o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços prestados. Tal avaliação poderia ser uma forma de consequenciar os comportamentos dos profissionais a partir da medição dos efeitos das intervenções realizadas nos pacientes. Naturalmente, o curso do quadro clínico do paciente depende de muitas variáveis, que muitas vezes estão fora do escopo de atuação dos profissionais inseridos nas instituições de saúde, podendo ser a medida dos resultados do tratamento no paciente influenciada por diversos fatores, mas a adoção de avaliações sistemáticas do serviço prestado é uma possível oportunidade de auto-avaliação e, somada a atividades de formação continuada, pode oportunizar a modelagem de repertórios profissionais satisfatórios.

Alguns estudos de análise documental a partir da utilização do conceito de contingência ou metacontingência (TODOROV, 2004; ARAÚJO; MELO; HAYDU, 2015, CARVALHO; TODOROV, 2016) propuseram que a impossibilidade de interpretar os três termos de uma contingência seria um problema num sentido de possibilitar interpretações ambíguas dos textos e também falhariam em colocar os comportamentos de alguns agentes, principalmente agentes governamentais sob controle do texto legislativo podendo dificultar também o contra controle. Araújo, Melo e Haydu (2015) entendem como problemática a falta de proposição de consequências prescritas para comportamentos, salientado o fato de que, apesar de não ser exclusivo, o controle por regras é importante para o seguimento de normas

sociais e legais e, diante de falhas apontadas pelos autores no texto, evidenciam a necessidade de reformulação da lei.

A partir desses aspectos da literatura se faz necessária a discussão de dois pontos em relação aos dados levantados na presente pesquisa. O primeiro deles seria a utilização de alguns termos vagos para descrever as respostas esperadas dos atores sociais a quem se dirigem as legislações, tais como “organizar”, “desenvolver”, “supervisionar” que poderiam gerar possíveis dificuldades para a execução das ações prescritas visto que não são claras e uma possível dificuldade de avaliação dos comportamentos das pessoas que estão no exercício das tarefas atribuídas pela lei, visto que não está claro o que é esperado delas, aspecto também salientado por Lourencetti (2015) e Silva (2017). Outro aspecto seria a não descrição de consequências para o descumprimento das prescrições dos documentos analisados, que provavelmente estão descritas em outros documentos legislativos que estão fora do escopo desta pesquisa.

Tais questões envolvem a definição de lei enquanto regra mantida pela agência de controle governo e a proposição de que quanto mais completa e descritiva for a regra, maior a sua probabilidade de controle sobre o comportamento. Há de se considerar que, entendendo que a legislação analisada institui a instalação de uma nova prática cultural, quanto mais descritiva em termos de respostas esperadas das pessoas envolvidas na implantação do modelo e no atendimento da população e das consequências a serem produzidas por meio desse modelo melhor, porém os dados da análise de literatura realizada por Paracampo e Albuquerque (2005) sugerem que a manipulação de consequências do comportamento de seguir regras e variáveis históricas prévias a esse tipo de comportamento alteram a probabilidade futura de sua ocorrência e, ainda “o comportamento de seguir regras depende mais da combinação entre o conjunto de condições favoráveis e o conjunto de condições não favoráveis à sua manutenção do que de uma ou outra condição, isoladamente” (p.235).

4.1 Análise de Relatos Verbais

Conforme discutido na seção anterior o processo de mudança na assistência às enfermidades psiquiátricas pode ser descrito como uma mudança de práticas culturais (enfraquecimento de internações psiquiátricas e fortalecimento da assistência em serviços de bases comunitárias) e uma faceta importante deste processo é a instalação de repertórios comportamentais em profissionais que irão atuar diretamente com essa população. Em se tratando do comportamento das pessoas em relação ao “grupo” no qual elas estão inseridas entende-se que “um indivíduo faz parte de uma ‘cultura’ se as contingências sociais que a caracterizam possuem alguma função no controle de seu comportamento, de maneira que a análise da cultura consiste em análise de contingências sociais que mantêm o comportamento dos indivíduos em situação de grupo” (CARRARA, ZÍLIO, 2015). Dessa forma, faz-se importante para analisar a nova prática cultural a operacionalização de alguns aspectos que possivelmente estarão envolvidos no controle do comportamento das pessoas diretamente envolvidas na política pública, comportamentos esses que compõem a prática cultural a alternativa às internações psiquiátricas.

4.1.1 Caracterização das psicólogas quanto à formação para o trabalho e histórico profissional

Em se tratando da instalação de uma nova prática cultural é de suma importância a modelagem de novos repertórios em um grande número de pessoas, incluindo os profissionais que atenderão a população. Nesse sentido, abordar a formação para o serviço é relevante à medida que, a graduação seria a ocasião em que as profissionais deveriam entrar em contato com conteúdos referentes à Reforma Psiquiátrica e desenvolver repertórios para o atendimento à demanda característica das instituições de saúde.

Tabela 2: Caracterização das profissionais

Participante/ Características	P1CAPSI	P2CAPSI	P3CAPSII	P4CAPSII
Idade	30	48	30	49
Gênero	feminino	feminino	feminino	feminino

Instituição de formação	Pública	Privada	Pública	Privada
Tempo de trabalho no CAPS	4 anos	23 anos	1 ano	10 anos
Histórico profissional	Mestrado em Saúde Coletiva Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Docência em Psicologia em curso profissionalizante Psicóloga Clínica (Psicanálise -10 anos)	Psicóloga hospitalar (Hospital Geral) área de neurologia Psicóloga Clínica	Docência em Psicologia 21 anos trabalhando para serviços municipais

Adicionalmente, Kubo e Botomé (2001) apontam para a importância de a formação do psicólogo considerar as necessidades da população, as possibilidades de atuação em campo e o conhecimento disponível quando se trata da atuação do profissional em contextos de saúde. As participantes do estudo foram heterogêneas quanto à suas idades, experiências profissionais prévias ao ingresso no CAPS e tempo de serviço na instituição, conforme exposto na Tabela 2.

Formação para trabalho no CAPS e Objetivos do trabalho como psicólogas

Nota-se que as diferenças entre os tempos de trabalho nas instituições são grandes, P1CAPSI e P3CAPSII são profissionais que começaram no serviço há menos tempo tendo menos de cinco anos de exercício da profissão no CAPS e P2CAPSI e P4CAPSII apresentam maior tempo de carreira na instituição e desta forma, pode-se questionar se a formação para o trabalho em instituições públicas de “saúde mental”, ao menos durante a graduação tenha sido diferente, visto que a legislação em relação a esse tipo de serviço foi modificada nos últimos vinte anos, com portarias atualizadas e outras promulgadas. Cabe-se considerar também que a mudança de gerações ocasiona mudanças nas práticas culturais.

A Participante P1CAPS1 teve experiências com a saúde pública em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Mestrado em Saúde Coletiva. Durante a graduação a participante relata ter participado do evento de 20 anos da Luta Antimanicomial em 2007 e

ter tido disciplinas sobre saúde pública e saúde mental na graduação, mas aponta limites à formação que recebeu:

é uma disciplina teórica, sobre história da reforma psiquiátrica, constituição dos CAPS da política pública que foi muito importante pra mim, mas não suficiente porque na época eu não tive nenhum contato direto com o serviço, a gente não foi fazer visita no serviço, não conheci nenhum profissional que trabalhava no serviço [P1CAPSI].

A partir do relato da participante pode-se supor que durante a graduação ela, apesar de ter contato com aspectos da política pública de saúde mental a formação que recebeu não foi suficiente para modelar repertórios para atendimento à demanda.

Quanto aos objetivos do trabalho como psicóloga no CAPS a participante relata:

Eu acho que é oferecer cuidado em saúde mental, acolhimento, espaço para o sofrimento psíquico visando a autonomia do usuário. *Tendo em vista o desenvolvimento da autonomia, a inserção do usuário da saúde mental nos espaços da vida né da comunidade que ele tem direito* [P1CAPSI].

A participante P2CAPSI, por sua vez, trabalha no CAPS há 23 anos e teve como experiência profissional prévia a docência em psicologia e o exercício de psicóloga clínica. Assim como P1CAPSI, relata limites em sua formação para o serviço:

Muito pouco, muito breve e muito teórico. Porque eu tenho 25 anos de formada e foi muito pouco, tive uma noção muito assim teórica mesmo. Não é como hoje que tem estagiário que tem essa facilidade de conhecer o serviço, de ver como é o funcionamento, de ver um paciente com transtorno psiquiátrico, na minha formação eu não tive essa prática nenhuma [P2CAPSI]

Em relação aos objetivos do trabalho como psicóloga na instituição, a participante cita:

Eu acho que o psicólogo aqui ele é fundamental tanto é que nós somos a maioria (...), eu acho que o psicólogo é inserido na equipe, mas ele tem o seu olhar diferente, isso eu percebo nitidamente né, a gente sabe, a equipe percebe, então assim é um olhar diferente para o paciente, é a questão muitas vezes do vínculo que é melhor, a questão da ética. *Então essa questão do individual é muito do psicólogo, só ele faz os atendimentos individuais né, e quando há necessidade.* [P2CAPSI]

A participante ao comparar sua formação com aspectos da formação dos profissionais de hoje nos estágios que acompanha, evidencia uma possível lacuna: o não contato com a demanda de atendimento durante sua formação acadêmica, que pode ter ocasionado uma ausência de repertório para atender às demandas, ao menos em sua graduação.

P3CAPSII, por sua vez, exerce a profissão de psicóloga no CAPS II há um ano, sendo a entrevistada com menos tempo de serviço nas instituições. Como experiência prévia ao ingresso na assistência psicossocial a participante descreve outras experiências na área da

saúde no contexto do SUS, como sua atuação como psicóloga hospitalar em Hospital Geral e exerceu atividade em psicologia clínica. Quanto à formação para o ingresso no serviço público de saúde durante a graduação a participante relata ter tido disciplinas que considerou suficientes para o trabalho:

eu trabalho mais na questão da Análise do Comportamento, mas as disciplinas foram voltadas para sócio-histórica, no contexto né, mas eu acredito que sim [foram suficientes].

Quanto aos objetivos do trabalho como psicóloga no CAPS, cita:

Acho que *diminuir o sofrimento do paciente e da família*, perante a doença psiquiátrica que traz sofrimento pelos sintomas em si, quanto pela dificuldade que essa pessoa tem de gerir a sua própria vida com independência, a questão do preconceito *e tentar reinserir ela nas atividades que ela tinha antes ou na busca de outras atividades*, para ter uma vida independente, o mais plena possível [P3CAPSII]

A Participante P4CAPSII tem 10 anos de trabalho no CAPS, teve experiência prévia ao ingresso como psicóloga na instituição a docência em psicologia e a inserção em serviços municipais. Quanto à formação para o trabalho no SUS, relata:

Não, eu tive em psicopatologia de forma ampla, específica para a atuação no SUS, não.

Em relação a seus objetivos como psicóloga na instituição, relata:

Ah eu acho que tá *dentro da proposta de CAPS mesmo né, apoio psicossocial, eu valorizo muito essa questão da escuta*. Eu acho que nós psicólogos- toda a equipe ela tem né essa habilidade da escuta e do acolhimento- mas pra nós psicólogos eu acho que isso é a nossa riqueza né? *A gente poder ter uma escuta real, estar integralmente escutando o paciente, estar acolhendo aquele sofrimento naquele momento*, acho que a sua forma de escutar e acolher já é um processo terapêutico, já começa ai nesse primeiro contato com o usuário [P4CAPSII].

Quanto à formação acadêmica para o trabalho no CAPS, as profissionais formadas há menos tempo (P1CAPSI e P3CAPSII) relataram ter tido disciplinas específicas sobre Saúde Pública e Saúde Mental. Enquanto que P2CAPSI e P4CAPSII relataram não ter tido.

Em relação aos objetivos do trabalho como psicólogas, Guerin (2017) analisou objetivos e as atividades realizadas por psicoterapias de diferentes abordagens teóricas. A partir desta análise descreveu que as principais atividades e objetivos de psicólogos norteados por diferentes referenciais teóricos seriam, em suma: estabelecer uma relação com o cliente em uma relação contratual, revolver conflitos menores ou “mais localizados” na vida do

cliente, que são passíveis de trabalho em um consultório; agir como uma nova audiência para treinar novos comportamentos e habilidades; descobrir o que o paciente fala e pensa sobre seu próprio sofrimento; tentar agir como uma nova audiência para mudar pensamentos e pensamentos de formas benéficas e reduzir sofrimento, principalmente em conflitos mais amplos (GUERIN, 2017, tradução nossa). A partir desta análise, o autor aponta que a maioria das terapias de modelo individual converge em termos das atividades desenvolvidas pelos profissionais e em relação ao seu objetivo final. Sendo assim é importante evidenciar quais as psicólogas consideram que seja o objetivo de seu trabalho, mesmo levando em consideração que estão inseridas em uma instituição de características comunitárias como os CAPS que preconizam modelos diferentes de prestação de serviço que os moldes da clínica individual característica da área da psicologia.

As duas profissionais que relataram ter disciplinas sobre saúde pública na graduação (P1CAPSI e P3CAPSII) trouxeram o auxílio à inserção social como um objetivo de seu trabalho como psicólogas. As participantes P2CAPSI e P4CAPSII relataram a escuta realizada pelo psicólogo e o atendimento individual como objetivos profissionais como psicólogas inseridas nos CAPS. Tal perspectiva aproxima-se do exercício clínico individual mais “tradicional” da psicologia. Segundo Guerin (2017) não é necessário evitar “Mudanças na forma de agir e pensar” como objetivos terapêuticos, costumeiramente promovidas por diferentes abordagens de trabalho psicoterapêutico, mas tais atividades precisam ser feitas de forma próxima e com consultas a pessoas na comunidade e famílias com quem o paciente convive corriqueiramente, uma vez que as mudanças realizadas na terapia podem ser perdidas facilmente quando o terapeuta não estiver mais presente. A inserção do profissional do CAPS na comunidade é prevista pela lei e os dados provenientes dos relatos das profissionais serão abordados na subseção “contingências do atendimento no CAPS”.

4.1.2- Caracterização dos CAPS

Os CAPS são descritos na legislação analisada nesta pesquisa como instituições que se diferenciam entre si (CAPS I, II, III, ad e i) quanto ao público alvo que atende (crianças e adultos diagnosticadas com transtorno psiquiátrico severo e persistente ou pessoas em sofrimento em decorrência de uso de substâncias psicoativas) e à população do município em que são instalados: quanto mais populoso o município, maior a “complexidade” da instituição

quanto ao número de profissionais, horas de funcionamento e capacidade de atendimento diária.

A pesquisa foi realizada em uma cidade do interior paulista de população estimada de cerca de 300 mil habitantes (IBGE, 2017) que segundo a Portaria 336/2002, pelo número de habitantes deveria ter CAPS na modalidade III de atendimento a adultos com diagnóstico de transtorno psiquiátrico severo e persistente, cujo funcionamento é 24 horas. No entanto no município em questão, para atendimento à população adulta existem duas instituições: CAPS I e CAPS II sendo a demanda de atendimentos dividida geograficamente conforme os bairros em que as pessoas residem: os pacientes de metade da cidade são atendidos pelo CAPS I e a outra parcela pelo CAPS II.

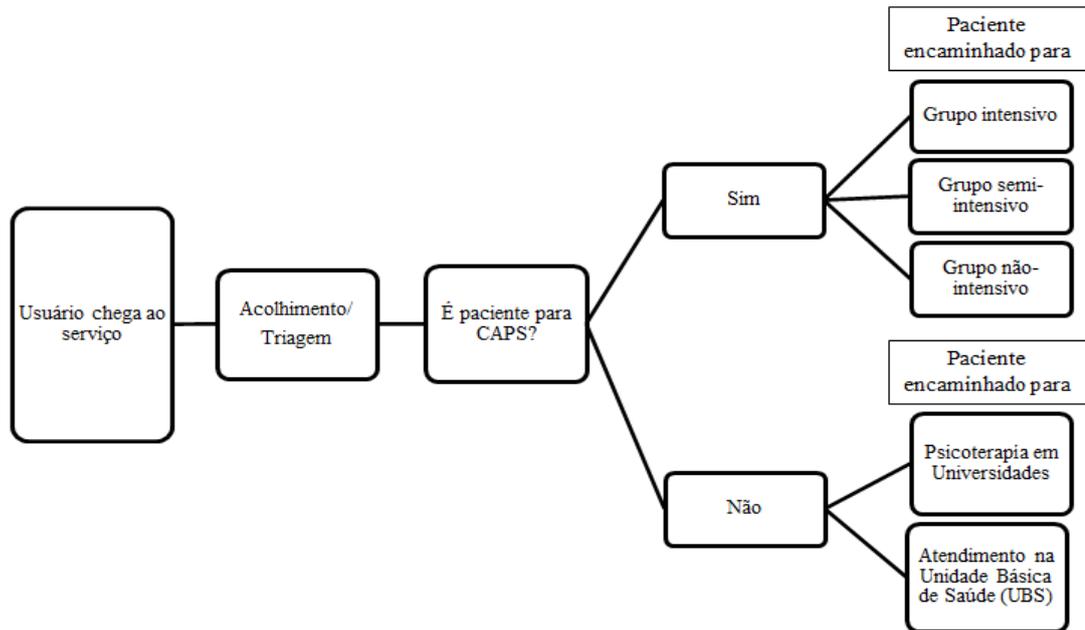
A Figura 19 sintetiza os relatos das quatro participantes quanto ao percurso realizado pelo paciente que chega à instituição. As quatro relataram procedimentos semelhantes no “acolhimento” ao usuário que chega e possíveis encaminhamentos.

No que diz respeito à chegada de um possível paciente às instituições o indivíduo pode chegar ao atendimento por “demanda espontânea”, ou seja, pode procurar o serviço sem um encaminhamento prévio por parte de alguma outra instituição, ou pode ser encaminhado por outros serviços (de saúde ou não) como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A legislação analisada prevê que o CAPS deve ser “a porta de entrada” para o atendimento à demanda de atendimentos a casos psiquiátricos na rede de Saúde Pública.

Ao chegarem ao serviço, os pacientes devem passar pelo “acolhimento”, procedimento que pode ser feito por qualquer profissional de nível superior que trabalhe na instituição (psicólogos, assistentes sociais ou enfermeiros, por exemplo) e que há uma escala de atendimentos nessa modalidade. Na situação é realizada uma entrevista para o levantamento de sua queixa, tendo como objetivo determinar se o paciente é público alvo do CAPS ou não, como por exemplo no excerto a seguir:

ele (o paciente) vai passar no acolhimento que vai colher uma história inicial, fazer uma entrevista breve, identificar se é um paciente que tem perfil pra CAPS, que precisa ser atendido em CAPS, se tiver perfil pra CAPS ele vai ser inserido no serviço (...) às vezes chegam muitos casos que não tem uma gravidade de CAPS assim, então casos leve a moderados que precisam de uma atenção, mas não é uma atenção CAPS (P1CAPSI)

Figura 19 – Fluxograma de atendimento ao paciente que chega ao CAPS



O público-alvo dos CAPS é determinado pela Portaria 336/2002 analisada na seção anterior, sendo pacientes elegíveis ao atendimento na instituição aqueles que apresentarem transtornos graves e persistentes (no caso da instituição onde foi feita a coleta, adultos). A respeito dos encaminhamentos realizados quando o caso atendido no “acolhimento” não é avaliado como uma demanda para o CAPS foi relatado que é possível uma “parceria” com as universidades que tem cursos de Psicologia no município onde o CAPS em questão está situado. Tais indivíduos são orientados a procurarem os serviços de atendimento psicoterápico individual realizado por estagiários nas universidades. Um exemplo de caso não indicado para atendimento no CAPS citado por P2CAPSI seria a “depressão leve”, conforme o trecho a seguir:

eu não posso pegar um paciente leve e moderado e colocar no tratamento porque como nós funcionamos nessa ótica do grupo né, quer dizer ele vai estar num grupo de pacientes que tem um distúrbio psiquiátrico maior e não vai se beneficiar. Então se entra uma depressão num grupo de paciente que tá alucinando, ouvindo voz, ele não vai ter melhoria, não tem como a gente se organizar (P2CAPSI).

Outra possibilidade de encaminhamento para os indivíduos que vierem a buscar o atendimento no CAPS, mas que não se encaixem nos requisitos para frequentarem a instituição foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde o indivíduo teria acesso a um atendimento com um médico e receberia medicamentos conforme o seu caso. Podemos perceber aqui uma lacuna de atendimento na rede de saúde pública: os casos considerados

“leves e moderados” não são atendidos nos serviços destinados a transtornos psiquiátricos e não há, ao menos nas portarias e documentos analisados até aqui, uma prescrição de serviços específicos para essas demandas no escopo do Sistema Único de Saúde.

Caso no “acolhimento” seja constatado que o indivíduo possa ser atendido no CAPS, todas as participantes relataram que o procedimento realizado é o encaminhamento do paciente para um tipo de grupo: intensivo, semi-intensivo ou não-intensivo, encaminhamento este que costuma ser feito pelo psiquiatra. A decisão de encaminhar o paciente para cada tipo de grupo se dá a partir das características do caso: casos considerados mais graves, como pacientes “em crise”, seriam encaminhados para o grupo intensivo, casos considerados “mais estáveis” seriam encaminhados para o grupo semi-intensivo e o grupo não-intensivo seria indicado para pacientes que já estariam sendo acompanhados pela instituição há mais tempo e nos quais foi constatada uma melhora.

Uma consideração importante a se fazer é sobre a periodicidade dos chamados “grupos intensivos”. As participantes de ambos os CAPS relataram que o grupo chamado de intensivo não funciona conforme a Portaria 336/2002 prevê, visto que, no texto da portaria, no tratamento na modalidade “intensiva” o paciente deve frequentar os CAPS diariamente. O grupo chamado “grupo-intensivo” ocorre uma vez por semana no CAPS I e três vezes na semana no CAPS II, conforme P1CAPSI afirma:

o intensivo é para paciente que está em crise, o nosso intensivo, aqui no CAPS, diferente do que propõe a política de como deveria ser a gente não tem condições de ficar com o paciente o dia todo aqui. O paciente que precisa para evitar a internação psiquiátrica passar o dia no CAPS, vir várias vezes por semana no CAPS, a gente não tem estrutura e nem equipe pra dar conta disso. Então o nosso intensivo aqui funciona uma vez por semana. É um intensivo adaptado à realidade do município. (P1CAPSI)

As participantes de ambas as instituições descreveram que a modalidade de atendimento “intensiva” é constituída por um “grupo terapêutico” realizado por qualquer técnico de nível superior da instituição. A modalidade de atendimento “semi-intensiva” seria constituída pelas oficinas – modalidade de atendimento prevista pela portaria 336/2002 e que também é realizada por qualquer técnico de nível superior que trabalhe na instituição. Já na modalidade “não-intensiva” o paciente frequenta o CAPS uma vez por mês em um grupo chamado “grupo de manutenção” por ser considerado que seu quadro está “estável”.

Em relação a aspectos da lei, foi possível identificar a menção a algumas especificidades do texto legislativo no relato das participantes. Faz-se importante o conhecimento da lei por parte das profissionais entendendo-a da forma que Skinner definiu como estímulo discriminativo verbal e desta forma é importante na instalação de comportamentos, muito embora se deva considerar a possível não correspondência entre falar e fazer entendendo que são classes comportamentais distintas controladas por variáveis diferentes. O excerto a seguir, da participante PICAPSI, explicita diretamente alguns pontos da legislação analisada:

o principal [aspecto da legislação] é a proposta de ser uma atenção substitutiva, *uma rede de atenção substitutiva que tenta promover o cuidado do usuário da saúde mental tendo em vista sua integralidade tendo o CAPS como organizador do cuidado do usuário, podendo fazer articulação com outros serviços da rede.* Acho que é importante nesse sentido, de tentar propor uma atenção substitutiva a atenção psiquiátrica [PICAPSI]

O relato de PICAPSI evidenciou pontos importantes em relação à proposição do modelo de atenção, como o fato de ser uma rede substitutiva, e também em relação a diretrizes de organização da rede, estando sua fala possivelmente sob controle do conteúdo do texto da legislação referente à assistência. Cabe salientar a história prévia de exposição da participante a contextos de saúde pública: fez residência em Saúde Coletiva e estágio voluntário no CAPS durante a graduação, contextos onde possivelmente foram arranjasdas contingências que favoreceram o contato de PICAPSI com legislação em Saúde Mental.

A participante P2CAPSI, por sua vez, menciona diretamente a portaria 336/2002, e assinala pontos que considera importantes para sua prática:

[a legislação] que eu tenho mais acesso é a portaria 336 que normatizou o serviço CAPS, que isso faz 15 anos agora esse ano. Era um processo bem diferente que a gente vê hoje. Hoje se organizou de maneira mais funcional, mais prática, tirou aquela coisa do hospital, do paciente chegar passar no médico, ia pro soro, *era muito automático. Antes era uma coisa mais solta, era um serviço tudo junto (...)* na portaria, da Saúde Mental, normatizou muito, melhorou muito. *Dividiu a equipe, dividiu os pacientes e as patologias (...)* houve uma melhoria na qualidade do atendimento. Tanto normatização dos grupos, na forma de atender, *a questão da humanização do atendimento melhorou muito com as portarias que vieram, a questão da estrutura, a questão das oficinas.* [P2CAPSI].

Foram abordados no excerto pontos como a delimitação de uma população alvo para cada instituição, de forma diferente do serviço que era prestado anteriormente. Também ressalta a “normatização” quanto à estrutura dos serviços e da prescrição de oficinas como modalidades de atendimento. A participante P2CAPSI relatou trabalhar há 23 anos na

instituição e por conta disso foi exposta a contingências anteriores à mudança legislativa e às contingências estabelecidas após a promulgação das portarias referentes à assistência psiquiátrica prevista no modelo atual.

A participante P3CAPSII enfatizou um aspecto da legislação referente ao direito à inserção social:

A gente tem que brigar todos os dias para uma inserção na sociedade, porque o CAPS ele é um instrumento, um artifício, para ajudar nessa inserção na sociedade visando a diminuição do preconceito, para que essa pessoa tenha acesso a todos os âmbitos da comunidade [P3CAPSII]

A participação social do paciente e ações para a diminuição do preconceito são aspectos previstos pela legislação analisada no contexto desta pesquisa, de forma que o relato da participante possivelmente está sob controle do conteúdo da lei.

A participante P4CAPSII, por sua vez, salientou os seguintes aspectos relacionados à legislação:

*É muito rica, é muito humana toda essa legislação, mas acho que o grande ganho de tudo isso é o olhar para o paciente, um novo modelo de tratamento, sem tanto preconceito, sem maus-tratos né, um tratamento mais acolhedor para o usuário. Eu acho que de tudo que está lá eu acho que *se a gente tiver uma escuta, um atendimento humanizado eu acho que é o importante (...)* para a gente estar empoderando esse paciente para ele ser inserido na sociedade, eu acho que tem todo esse trabalho ai embutido. [P4CAPSII]*

P4CAPSII evidencia em seu relato o aspecto da mudança na relação terapêutica prevista na legislação como a retirada dos elementos violentos da hospitalização psiquiátrica.

4.1.3- Contingências do atendimento ao paciente

A partir dos relatos das participantes foi possível descrever contingências relacionadas a algumas modalidades de atendimentos previstas pela legislação (atendimento individual; atendimento à família; atendimento em oficinas terapêuticas; atividades em parcerias com outras instituições; visita e atendimento familiar) de forma a conhecer melhor o trabalho realizado nos CAPS quanto à: eventos antecedentes ao atendimento ao paciente naquela modalidade; as classes de resposta descritas pelas participantes como componentes daquela modalidade de atendimento e as consequências do atendimento naquela modalidade. Os dados foram dispostos em quadros com os relatos agrupados de cada participante quanto à modalidade de atendimento.

Quadro 2 -Dados de P1CAPSI quanto às modalidades de atendimento

Modalidade de atendimento	Contexto Antecedente	Classe de respostas	Consequências
Atendimento individual	<p>“o critério para o atendimento individual é um paciente que precisa de cuidado e no momento não consegue participar de grupo”</p> <p>“alguma situação de crise, que a gente faz algum atendimento de emergência”</p>	<p>“são alguns atendimentos para preparar o paciente para ir para o grupo, às vezes é um atendimento mais breve”</p> <p>“entrei fiquei um tempo. Foi um atendimento breve, fiquei um tempo conversando com ela, pra acolher o sofrimento”</p>	<p>“ele (um paciente) veio pra participar no grupo um dia ele ficou muito agitado, muito ansioso não conseguiu entrar aí eu propus outros atendimentos individuais até encaminhar para um grupo então ele vai agora começar a participar do grupo de T.O.”</p>
Atendimento à família	<p>“a gente de vez em quando faz alguns grupos de família”</p>	<p>“oferecer um espaço de escuta, de cuidado, de compreensão. Além de orientações mais gerais sobre o tratamento, funcionamento do CAPS, pensar estratégias conjuntas”</p>	<p>“Acho que o grupo de família e orientação de família também é um espaço de acolhimento para a família. Que também que cuida e que também precisa de cuidado né”</p>
Atendimento em Oficina	<p><i>Oficinas semanais e quinzenais</i></p>	<p>então a gente faz uma oficina de música e a gente sai do CAPS para se apresentar com a ideia de levar a discussão da luta antimanicomial pra fora do CAPS</p> <p>A oficina de expressão corporal tem sido muito interessante também é o primeiro grupo aqui no CAPS que tem um olhar pro corpo né, que sai um pouco das atividades mais de rotina que a agente faz</p> <p>e a gente trabalha</p>	<p>muitos criaram amigos e criaram esse vínculo a partir do CAPS e extrapolaram esse vínculo para fora do CAPS (...) saem juntos, vão almoçar um na casa do outro ajuda a buscar remédio, se encontram pra tocar e tal</p> <p>desde que o grupo começou nenhum paciente foi internado nesse grupo, e quando o paciente entra em crise a gente consegue dar suporte nesse grupo</p>

		<p>muito isso no grupo né, assim, por meio das atividades, autonomia, independência, atividades de vida diária</p>	<p>a gente já se apresentou em vários lugares aqui no município assim, no calçadão, nos eventos da Luta Antimanicomial,</p>
<p>Atividades em parceria com outras instituições</p>	<p><i>Parcerias com universidade estadual e privada para realização das oficinas de Expressão corporal e de TO</i></p> <p><i>Contatos pontuais com outras instituições</i></p>	<p>no sentido de discutir caso, fazer visita em conjunto, com o CREAS a gente tem tido boas parcerias, assim, discussão de caso, visita</p> <p>a gente já fez saída com os pacientes para o zoológico, saída com os pacientes para o jardim botânico, a gente já fez uma visita com o grupo de jovens à estação ferroviária para conhecer a casa de cultura Hip Hop</p>	<p>Ah eu penso que é aquela ideia que a gente acredita de inclusão mesmo, da pessoa com transtorno mental nos espaços sociais né. Acaba que pra muitos deles essa é a única experiência né de conhecer aquele espaço, de poder viver outra situação de lazer</p> <p>quando a gente levou para a casa do Hip Hop por exemplo é assim, às vezes eles não vão conseguir chegar sozinhos lá, por medo, por insegurança, então a gente vai com eles, alguma referência de alguma pessoa "olha, os cursos são esses, tá vendo, não tem nada demais aqui, você pode falar com tal pessoa, se você se interessar por alguma atividade"</p>
<p>Visita e atendimento domiciliar</p>	<p>até pela minha experiência na saúde da família, pela minha formação eu sempre gostei muito de visita domiciliar então quando eu cheguei no CAPS eu já cheguei com essa ideia de fazer visita. A gente tem muita dificuldade assim pra fazer visita no sentido</p>	<p>às vezes a gente faz um vínculo pro paciente vir para o CAPS uma primeira vez em alguns casos, mas geralmente pra paciente que tá em abandono e aí a gente tenta criar um vínculo pra que ele retorne ao tratamento né</p>	<p>Então a gente tem alguns casos de sucesso de paciente que estava em abandono [do tratamento] e a gente fez um contato com a saúde da família, fizemos esses pacientes voltarem, e tem alguns casos que a gente não consegue</p>

	do transporte né a gente tem que agendar com 15 dias de antecedência (o transporte), é difícil, tal.		também né. Casos que a gente fez visita e o paciente não quis voltar e tá em crise, a gente vê que precisa de tratamento de atenção, mas o paciente não aceita... tem esses dois lados.
--	---	--	---

PICAPS1, conforme relatado anteriormente, teve exposição prévia ao ingresso no CAPS a contextos de saúde pública como: disciplina na graduação, mestrado em Saúde Coletiva e residência em saúde da família. Quanto às modalidades de atendimento, a única que tem periodicidade fixa (semanal e quinzenal) são as oficinas de música, expressão corporal e Terapia Ocupacional (TO). Como consequências dessa modalidade de atendimento a participante descreve a criação de vínculos entre os participantes, prevenção de internação psiquiátrica e a apresentação dos usuários em lugares fora do CAPS por conta do desenvolvimento de habilidades musicais. A esse respeito é interessante notar que PICAPSI está sensível a consequências como inserção social e criação de vínculos entre os participantes, que podem contribuir para a manutenção das práticas que geram essas consequências, como a oficina de música. Tais consequências convergem com a legislação analisada no que diz respeito à inserção social do usuário e ao desenvolvimento de atividades comunitárias com os pacientes.

As demais formas de atendimento ocorrem conforme a demanda do serviço ou disponibilidade de recursos, como é o caso do atendimento individual, realizado em situações de “crise” ou quando os pacientes não conseguem participar dos grupos e que tem como consequência a inserção do usuário do serviço em algum dos grupos da instituição. Atividades com outras instituições e visitas domiciliares ocorrem em “situações pontuais” a depender da disponibilidade de carro e do contato com outras instituições, como por exemplo o zoológico e a estação ferroviária, sendo consequências dessas atividades o contato dos pacientes com espaços urbanos e, no caso das visitas, uma possível retomada do tratamento no CAPS por pacientes que abandonaram o tratamento.

Quadro 3 -Dados de P2CAPSI quanto às modalidades de atendimento

Modalidades de Atendimento	Contexto Antecedente	Classe de respostas	Consequências
Atendimento individual	Aquele paciente que tem uma dificuldade	os psicólogos têm um horariozinho, uma	Então é indicado o individual, trabalhar

	<p>e não consegue ficar no grupo. E é um paciente que precisa, que não consegue ficar bem</p> <p>o paciente já não está mais com os sintomas, por exemplo, da esquizofrenia, ele não tá mais alucinando, ele tá estável. Mas tá com um sofrimento muito grande de vida, isso acaba dificultando a melhora. Então é indicado individual</p>	<p>pontinha ali na agenda né e atende esses casos, então esse é o perfil, mas tudo é discutido com a equipe</p>	<p>algumas sessões e aí ele pode ser inserido no grupo</p>
Atendimento à família	<p>sexta a tarde tem orientação de família que é individual, tentamos o grupo e não deu certo, é individual</p> <p>a gente deixa aberto para falar do tratamento, o que está acontecendo com o paciente ou muitas vezes a gente convoca a família</p>	<p>a gente convoca para essa orientação e é feita uma orientação em relação ao tratamento, não é atendimento psicológico, é em relação ao tratamento</p>	<p>Quando a família acompanha, a família tem uma visão, é muito melhor o resultado, porque a gente vê que o paciente é acompanhado, a família monitora a medicação, vem nos dizer como está o comportamento, a gente não tem como ver lá</p>
Atendimento em Oficina	<p>as oficinas são criadas de acordo com a necessidade do serviço. "ahh eu tenho muito paciente que tá muito esquecido e tal" montamos um grupo de memória, agora virou oficina de música</p>	<p>é que infelizmente por estar na chefia meu horário diminuiu. Mas eu já tive oficinas temporárias, eu já fiz com uma assistente social uma oficina de tricô</p> <p>conversar com o paciente, fazer a acolhida, então, não era só a atividade em si, tinha o contexto terapêutico também</p>	<p>a gente fez uma exposição no final do semestre, a gente vendeu, foi muito legal</p> <p>eu já tive oportunidade de fazer oficina e os grupos sem oficina, a gente vê assim, que a questão do vínculo ele é muito melhor na oficina. A questão assim de aderir ao tratamento, a gente observa nítido na oficina, eles não faltam, e a questão assim, você vê uma melhora de eles se sentirem capazes de</p>

			voltar a fazer as coisas lá fora
Atividades em parceria com outras instituições	<p>a gente tem muito caso em comum com a SEBES que é o serviço social do município. Porque nós temos pacientes nossos morando abrigo, temos paciente nosso que tem risco lá na casa onde ele mora, violência doméstica (...)</p> <p>Com a Sebes que é a parte social já é uma coisa sistemática, uma vez por mês a gente tem essa discussão</p> <p>Além da parte social nós temos parcerias com o nosso Conselho de Psicologia.</p>	<p>um paciente meu que tá na rua que precisa de uma intervenção, então a gente vai e se reúne com a parte social e a gente junto consegue resolver</p> <p>quando tem alguma dificuldade ética mesmo do serviço a gente sempre recorre e sempre estão com a gente</p>	<p>a gente tem essas parcerias que nos enriquecem muito e nos dá apoio, por exemplo a parte jurídica nossa não tem... então a SEBES tem a parte jurídica, eles tem um advogado, "eu preciso de uma intervenção, de uma internação de uma coisa mais assim técnica da parte jurídica"</p> <p>a gente tem essas parcerias pra gente unir forças pra resolver, e são casos e casos resolvidos</p>
Visita e atendimento domiciliar	<p><i>Falta de profissionais e de viaturas</i></p> <p>Visita mesmo a gente vai quando há uma necessidade maior, a família vem, traz um relato que o paciente está lá trancado, não quer sair, que não está bem,</p> <p><i>Pacientes estão faltando ao grupo</i></p> <p>O juiz determina que a gente tem que fazer uma avaliação daquele usuário que tá lá na rua e tal.</p>	<p>a gente vai com o médico, faz a nossa avaliação psicológica também e envia um relatório do que a gente observa na realidade, colhe alguns dados né</p>	<p>a visita o nosso objetivo é manter o vínculo</p> <p>Então a gente procura assim tentar resolver a realidade que a gente tem nas mãos. Que a gente não pode também resolver tudo né? Agora se consegue um bom vínculo e tal a gente consegue trazer o paciente, até com agendamento né, e traz, então isso é muito comum</p>

A participante P2CAPSI tem 23 anos de experiência profissional no CAPS⁷ e 10 anos de experiência em psicologia clínica. A participante relata que das atividades da instituição apenas o atendimento individual à família e as oficinas são realizadas com horário fixo semanal nas instituições, e a reunião de discussão de caso com a Secretaria Municipal do Bem-estar Social (SEBES) são realizadas mensalmente. As demais modalidades de atendimento (visitas e atendimentos domiciliares e atendimentos individuais) dependem da disponibilidade de recursos ou são realizadas a depender da demanda.

O contexto antecedente para a realização de um atendimento na modalidade individual seriam situações nas quais o paciente dá indícios de que não se beneficiará do atendimento em grupo no momento e é atendido individualmente pelo psicólogo para como consequência ser atendido em grupo posteriormente. As oficinas terapêuticas, por sua vez são fixas na rotina semanal da instituição e enquanto classes de respostas descritas como componentes dessa modalidade de atendimento a participante descreveu “conversar com o paciente, fazer a acolhida” o que a participante denominou de contexto terapêutico. Como consequências produzidas pelo atendimento descreveu a criação de vínculo entre os participantes e a venda dos produtos das oficinas. A respeito da criação de vínculo entre os participantes, e o fato de não haver faltas nessa modalidade de atendimento, conforme descrito por P2CAPSI pode-se inferir que tal frequência envolva reforçamento positivo, ou seja, a apresentação de estímulos na situação da oficina às quais aumentam a frequência do comportamento de frequentar o CAPS. Outra consequência citada pela participante foi a possibilidade de generalização das atividades desenvolvidas no contexto do CAPS para outros contextos: “a gente observa nítido na oficina, eles não faltam, e a questão assim, você vê uma melhora de eles se sentirem capazes de voltar a fazer as coisas lá fora”. Tal consequência está convergente com os princípios da reforma.

⁷ Alguns CAPS existiam antes da promulgação da Portaria que instituiu as instituições no ano de 2002 e também existiam instituições que prestavam atendimento em saúde mental sob o nome de NAPS que posteriormente foram caracterizadas como CAPS.

Quadro 4 - Dados de P3CAPSII quanto a modalidades de atendimento

Modalidades de Atendimento	Contexto Antecedente	Classe de respostas	Consequências
Atendimento individual	[os atendimentos acontecem] com os pacientes que já estão em seguimento aqui, ou que são novos, mas que estão num momento de crise mais aguda, ou muito específica que são demandas que não tem como ser trabalhadas em grupo	então a ideia do atendimento individual no CAPS é nesse momento de crise e mais pontual	quando der uma estabilizada ai priorizar os atendimentos em grupo
Atendimento à família	vai de acordo com a demanda , seja do paciente que a gente está atendendo em grupo ou individual, conforme vão surgindo demandas, ai eu faço atendimentos Mas assim não de uma forma sistematizada , né... "toda semana tem atendimento com familiar"	para orientação, ou mesmo para buscar novas informações , coisas que às vezes né o paciente não consegue trazer para o contexto terapêutico	uma melhor estabilização do quadro , auxiliar nessas questões dos sintomas, principalmente pelo familiar entender melhor a questão do que é a doença psiquiátrica , porque essa é uma dificuldade também porque eles ficam aqui com a gente algumas horas da semana, né e o resto ficam em casa.
Atendimento em Oficina	Na verdade, é tipo um grupo terapêutico, mas que eles têm essa produção né de objetos, enfim, que... tem um produto. Que são pacientes que estão aqui há algum tempo, que estão estabilizadas, que elas que trazem a demanda delas , digamos assim, para a gente trabalhar ali no momento, então elas já tem as atividades que elas gostam de fazer	Então, o trabalho ele digamos é meio como um facilitador para trabalhar algumas demandas emocionais , então vamos supor, elas ficam ali fazendo a bijuteria, o crochet, meio que como um "distrator", digamos assim, mas é o momento que daí a gente começa a tocar nos assuntos	leva atividades, reflexões, em cima disso para conseguir trabalhar essas dificuldades né, ai sempre visando essa melhora, essa estabilização.

<p>Atividades em parceria com outras instituições</p>	<p>A gente tem as visitas domiciliares, seja para resgatar, digamos, trazer essa pessoa para o acompanhamento que às vezes está num momento de sofrimento, mas não consegue vir</p>	<p>seja para ajustar questões sociais ou de saúde que estejam atrapalhando o trabalho da saúde mental, então a gente tem visitas e assim, com outras instituições acaba sendo um trabalho mais assim, de troca de informações, de troca de experiências</p>	<p>então vai trocando essas informações (com CREAS por exemplo), aí a gente faz reuniões, elabora relatórios, para atuar visando o mesmo objetivo, em cima das mesmas dificuldades</p>
<p>Visita e atendimento domiciliar</p>	<p>algumas vezes mandado judicial né, que o paciente não consegue vir até a unidade para uma avaliação então a gente vai lá avaliar, ou para ver se esse paciente está em situação de abandono, em situação de vulnerabilidade</p>	<p>nós vamos lá, fazemos a visita e elaboramos um relatório e a partir daí a gente vê como que a gente consegue resgatar eles para o serviço,</p>	<p>Então às vezes a gente consegue resolver. Ai traz, ai essa pessoa começa a acompanhar com a gente, e aí vamos tendo todos os ganhos.</p>

A participante P3CAPSII trabalha no CAPS há um ano e relatou como experiência prévia ao ingresso no CAPS a atuação como psicóloga clínica e psicóloga hospitalar. A modalidade de atendimento de periodicidade fixa são as oficinas terapêuticas e as demais ocorrem a partir de demandas observadas no dia-a-dia da instituição. As oficinas são planejadas a partir da preferência das pacientes e, as atividades manuais seriam o momento em que a psicóloga utilizaria para “trabalhar demandas emocionais”, tendo como consequência a melhora e estabilização do quadro. Por sua vez, os atendimentos individuais se dariam em ocasiões de crise tendo como consequência a inserção posterior em um dos grupos da instituição.

A modalidade atendimento à família é realizada “conforme a demanda” e as classes de comportamentos envolvidas são “orientação à família” e “busca de novas informações”.

Como consequência a profissional relatou a produção de comportamentos na família que possa auxiliar no caso.

Quanto às atividades em conjunto com outras instituições a participante relatou as visitas domiciliares, que são realizadas em situações em que é constatado que o paciente não está frequentando as instituições e são realizadas visitas em conjunto com outras instituições (CRAS, por exemplo) e como consequência se tem a elaboração de relatório em conjunto e, em alguns casos, levar o paciente a frequentar o CAPS.

Quadro 5 -Dados de P4CAPSII quanto a modalidades de atendimento

Modalidades de Atendimento	Contexto Antecedente	Classe de respostas	Consequências
Atendimento individual	<p>Queixa: Depressão pós-parto, a gente está recebendo uma demanda do programa de gestação de risco né, a gente está recebendo muito essa demanda</p> <p>Se a equipe está com um paciente no grupo que está precisando a equipe também solicita</p>	<p>atendimento psicológico de apoio, a gente nem usa a palavra "psicoterapia" ou "terapia" para não criar uma expectativa ou não confundir, porque não temos condições, espaço, recursos, para a gente estar fazendo uma psicoterapia. E outra, as queixas psiquiátricas elas precisam de um atendimento estratégico né, alguma coisa assim mais focada (...)</p> <p>Apoio a quem? apoio à equipe médica, apoio à equipe multidisciplinar</p>	<p>a gente faz alguns atendimentos para inserir no grupo, fazer essa sensibilização antes</p> <p>O atendimento individual, eu durante esses tempos de atendimento no serviço público, eu vejo que ele é rico no sentido de você poder... entrar em contato com conteúdos que o paciente nem sempre revela em grupo.</p> <p>poder fazer uma melhor investigação para a gente não ficar no "achômetro" da história de vida.</p>
Atendimento à família	<p>Eu já fiz a especialização de família porque eu adoro essa área, eu acho que a gente ficar só com relato do usuário é um perigo, a gente só ficar com um lado da história.</p>	<p>já é meu protocolo de atendimento, quase todos os individuais que eu atendo eu chamo, hoje mesmo eu fiz um atendimento de casal, chamo com quem mora, até vizinho se necessário</p>	<p>a gente tem uma conclusão melhor do caso, a gente atende essa família, esse acompanhante. perceber que rede de apoio esse paciente tem pra gente poder estar conectando essa rede de apoio junto com o tratamento.</p>

			A família a entender o transtorno mental, a saber lidar com esse paciente, ajudar na medicação
Atendimento em Oficina	No começo do semestre a gente faz o levantamento de interesses aí eles falam né, o que eles gostariam de estar conversando	as atividades que nós fazemos eu fico mais com a parte da roda de conversa . Então a gente tem um espaço, ou no início, durante ou no final da oficina de lançar um tema então enquanto eles estão fazendo o trabalho da TO, ou fazendo algum trabalho manual eu estou fazendo a roda de conversa	desenvolver as habilidades deles enquanto seres humanos, eu acho que é um novo olhar assim, de estar desenvolvendo isso no paciente, e desenvolve mesmo, eles se interessam, eles gostam, eles pedem
Atividades em parceria com outras instituições	<i>Defasagem de profissional</i>	essas atividades extramuros é mais o gerente que está fazendo, por conta da falta de técnicos que a gente está tendo agora.	<i>A participante relatou que não realiza esse tipo de atividade</i>
Visita e atendimento domiciliar	depende do horário da viatura	já fiz muito na assistência, porque quando eu estava na assistência antes de vir para o CAPS, praticamente o trabalho lá é todo em visita domiciliar	é muito rico fazer a visita, eu gosto muito, eu acho que enriquece a sua análise do atendimento do caso , eu acho que só no atendimento a gente fica muito no plano mental, né, do caso. A gente fazendo a visita é muito rico, tem muita informação.

A participante P4CAPSII tem pós-graduação na abordagem sistêmica, teve experiência profissional prévia ao serviço no CAPS na docência em psicologia e atua há 21 anos em serviços municipais como psicóloga. No CAPS atua como psicóloga há 10 anos. Em relação às modalidades de atendimento da instituição relata que as oficinas são permanentes

na rotina semanal da instituição e as demais modalidades se dão conforme a necessidade de atendimento. A instituição está recebendo pacientes com queixa de depressão pós-parto que são atendidas na modalidade individual e também dão encaminhados para essa modalidade pacientes que estão participando dos grupos e a equipe percebe necessidade de atendimento individual. A consequência seria a inserção do paciente em algumas das modalidades de grupo da instituição e o acesso a conteúdos que os pacientes não expõem na presença dos demais participantes dos grupos.

A respeito das oficinas, a participante relata que não costuma trabalhar diretamente com a produção de objetos realizada na oficina (artesanatos, colagens) e intervir por meio de “rodas de conversas”. A consequência do trabalho nessa modalidade seria o desenvolvimento de habilidades e despertar o interesse e a frequência dos pacientes ao atendimento. A participante realiza atendimentos aos familiares dos pacientes relatando fazer contato com a possível rede de apoio do usuário do serviço para, como consequência poder gerar conhecimento na família sobre o transtorno psiquiátrico, acompanhamento das medicações e do tratamento. Quanto às visitas domiciliares relata que acontecem dependendo da disponibilidade da viatura e que as consequências da modalidade de atendimento são a obtenção de mais informações sobre o caso, de forma a aprimorar os resultados obtidos.

O relato das quatro participantes sugere que as atividades em grupo, como as oficinas, são a modalidade primordial de atendimento à demanda da população. Conforme abordado anteriormente a portaria 336/2002 descreve as modalidades de atendimento componentes do CAPS e a portaria 3.088/2011 institui as atividades em grupo como preferenciais na rotina da instituição. No entanto a descrição do que seriam as oficinas, que comportamentos profissionais envolveriam ou quais consequências deveriam ser produzidas não foram encontradas, ao menos nos documentos analisados. Tal aspecto pode ser positivo à medida que permite que as atividades sejam planejadas conforme a necessidade e/ou características da população atendida, conforme citado pelas participantes, no entanto, pode dificultar a avaliação dos efeitos do atendimento em termos de melhora em seu caso. Nesse sentido pode-se salientar também as diferenças das oficinas realizadas pelas instituições, enquanto algumas foram avaliadas como positivas por promoverem formação de vínculo, desenvolvimento de habilidades, outras focalizaram mais trabalhos individuais e o contato do paciente com os profissionais da equipe. As diferenças quanto aos comportamentos profissionais das participantes em relação a essa modalidade e o que avaliaram ser os resultados (consequências) da modalidade de atendimento, podem depender muito do repertório prévio

de cada participante em relação ao planejamento, execução e avaliação dos resultados das oficinas.

Um aspecto que pode ser discutido a partir dos relatos das participantes é o controle cerimonial. Carrara (2008) sugere que ao se falar em “controle cerimonial” se está fazendo referência à influência de regras institucionais advindas de algum tipo de “autoridade” que de alguma forma adquiriram controle para além das consequências que exerceriam sobre os indivíduos. O controle cerimonial estaria estabelecido muito em função da autoridade ou de regras institucionais e pouco relacionado às consequências que seriam de fato produzidas pela prática em questão. Ao se referirem à modalidade de atendimento “em grupo” ser a modalidade “preconizada” ou estabelecida pela instituição na qual estão inseridas (lembrando aqui que tal modalidade é estabelecida pela portaria 3.088/2011) pode-se estar em face a esse tipo de controle: o de manter uma prática em função da “autoridade” e não necessariamente pelas consequências que produzem para os pacientes.

Ainda a esse respeito, Glenn (1986), ao analisar a utopia skinneriana Walden II, faz referência às contingências tecnológicas como as que envolvem “comportamento mantido por mudanças ambientais não arbitrárias” (p.3). Nesse tipo de contingência o poder dos reforçadores advém da utilidade ou importância para a pessoa que se comporta ou para os demais. Em contrapartida, contingências cerimoniais envolvem comportamentos mantidos por reforçadores cujo poder advém da autoridade do agente reforçador: “independente de qualquer relação com mudanças ambientais que beneficiem direta ou indiretamente a pessoa que se comporta” (p.4). A autora salienta aspectos das contingências mantidas em Walden II: na utopia, o valor dos comportamentos é medido em termos de *consequências práticas* para os outros membros do grupo e essas consequências beneficiariam diretamente os membros do grupo (GLENN, 1986). Na utopia então, há uma prevalência de contingências tecnológicas em detrimento das cerimoniais, considerando ainda que:

O processo cerimonial força as práticas culturais a uma rotina rígida e bem definida, mantendo-se por meio de controle social derivado de *status*, posição ou autoridade. Considerando-se que as práticas podem acidentalmente resultar em consequências benéficas, de longo prazo, para os membros da cultura, o controle cerimonial pode não ser terrivelmente prejudicial. Mas o controle cerimonial não é sensível às possibilidades de mudança construtiva (GLENN, 1986, p.4).

Um aspecto abordado pela autora é a manutenção de práticas por mediação de uma autoridade e uma cristalização dessas práticas, tornando-as resistentes à mudança. Muito

embora seja tratado um aspecto positivo: a possibilidade da produção de consequências benéficas, mesmo que sob controle cerimonial. Em instituições públicas, como os CAPS, seria difícil a prevalência do controle puramente tecnológico, dadas as características dos serviços: são mantidos pela agência de controle governo e dependem de repasse de verba, estão regidos por leis e sob avaliações de entidades “superiores”, como será descrito adiante. No entanto, conforme abordado por Glenn, o controle cerimonial pode produzir consequências positivas para os membros, desde que as regras a das quais o comportamento dos membros do grupo é função estejam bem descritas quanto a que consequências devem produzir e que haja o monitoramento do seguimento dessas regras e sua reformulação quando se mostrar necessário.

4.1.4- Consequências avaliadas como positivas e negativas do modelo a partir do relato das profissionais

Em se tratando do fortalecimento de uma prática cultural, é importante analisar o tipo de consequências produzidas pela prática, que podem ser positivas ou negativas em relação ao grupo e podem auxiliar ou não na manutenção das práticas ao longo do tempo (CARRARA et al.2013). Ao citarem “problemas do modelo” as participantes evidenciam algumas consequências da instalação da política pública que não estão em consonância com o bem-estar dos profissionais e também dos usuários.

4.1.4.1- Consequências negativas (problemas)

- *Problemas na implantação dos serviços previstos pelo modelo*

Alguns dos problemas citados pelas participantes têm relação com a implantação dos serviços previstos pelas leis como a implantação das instituições previstas pela legislação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Portaria 3.088/2011) e a não destinação de recursos para contratação de profissionais, conforme os relatos das participantes exposto a seguir:

Entre a legislação, o que a RAPS diz né, as possibilidades da RAPS enquanto legislação e a *rede efetiva haja um abismo, a gente aqui [no município] tem um abismo entre o que propõe a RAPS e o que a gente tem enquanto serviço para oferecer (...)* a gente não tem Centros de Convivência, a gente não tem, alternativas na questão do trabalho, cooperativas, inserção pelo trabalho, a gente não tem leito em hospital geral, a gente não tem CAPS adulto 24h, então mil coisas assim, faltam, então poderia ser muito melhor [PICAPSI]

a gente está com uma *equipe reduzida, essa dificuldade dos recursos financeiros*, eu vejo que assim a Saúde Mental ela é esquecida, (...) a gente nunca vê propostas para a questão da saúde mental, então isso faz com que a gente tenha menos investimento de recursos o que dificulta nosso trabalho e mostra também que essa população não é tão vista.. [P3CAPSII]

A demanda nossa aumentou e a equipe diminuiu, então assim, nós... toda a equipe... todas nós estamos sentindo muito isso porque a gente quer prestar um serviço de qualidade e de repente nós somos impedidos por conta de uma situação que não temos esse controle [P4CAPSII]

Importante se faz notar que os aspectos citados por ambas as profissionais (as instituições componentes da RAPS e o número de profissionais a ser contratado por cada CAPS) estão descritos na legislação analisada no âmbito desta pesquisa. Pode-se discutir a partir disso que os comportamentos de governantes e gestores não estão sob controle do texto da lei não pela falta da descrição pormenorizada desses aspectos no texto legislativo, mas por variáveis outras. A respeito do seguimento de regras Skinner (1974) salienta que “uma pessoa ‘quer’ seguir uma regra devido às consequências organizadas por aqueles que ditam a regra e que a mantêm em vigor” (p.165).

- *Déficit de repertório para o trabalho*

Segundo P2CAPSI uma consequência problemática da instalação da prática cultural seria a falta de formação profissional e o que chamou de “falta de perfil” para trabalhar com a demanda de serviços da instituição:

Eu acho que uma das dificuldades pra começar é a falta de formação de profissionais que vem e não tem nenhum tipo de prática na saúde mental (...) eu acho que todo serviço de saúde mental tem profissionais lá dentro que *não tem perfil tá?* Porque assim tem uma dificuldade em lidar com conflitos muito sérios, tem uma dificuldade em lidar com situações estressantes que às vezes nós temos aqui de paciente por fogo no corpo no meio da recepção, de se cortar (...) então assim, situações que a equipe tem que estar coesa, e tem profissionais que vem e não tem essa noção o erro não é dele, mas eu acho assim o que falta é essa questão da formação anterior [P2CAPSI]

A “falta de perfil” a que P2CAPSI se refere pode entendida como um déficit comportamental: alguns profissionais não foram expostos a contingências em que pudessem modelar comportamentos profissionais adequados para o atendimento à demanda do CAPS, demandas essas que requerem manejo de situações de crises de pacientes.

- *Dificuldade de inserção comunitária e participação familiar no tratamento*

Uma das consequências da Reforma Psiquiátrica previstas pela legislação analisada é a *inserção social* da pessoa com transtorno psiquiátrico.

Eu acho que a ideia da questão da reforma inclusive é algo que assim, a gente precisa estar trabalhando isso fortemente todos os dias aqui que é a reinserção de fato na sociedade, porque às vezes fica assim, fechou os hospitais, criou os CAPS, então a gente vai inserir os pacientes nos CAPS, então em vez de eles ficarem institucionalizados no hospital, *então eles ficam institucionalizados no CAPS* [P3CAPSII].

Uma possível consequência do tratamento nos CAPS pode ser a criação de dependência institucional de forma semelhante à criticada nas internações psiquiátricas de forma que embora as consequências mais danosas aos pacientes, que firam direitos humanos básicos, sejam evitadas com o fechamento dos manicômios, consequências como a inserção e participação social podem não ocorrer apenas com a mudança de instituições.

E eu acho que hoje também uma coisa que dificulta muito o nosso trabalho é a questão social, *então o paciente chega não é só a questão psiquiátrica, muitas vezes a questão social está muito pior, ou a que está agravando demais a condição psiquiátrica*. Então às vezes a gente meio que rema contra a maré, mesmo que a gente faça essa articulação com os outros serviços da assistência social né a gente tem essa sensação de que fica mais difícil o avanço então você faz tudo que é possível aqui dentro no âmbito da saúde, tenta articular com a assistência social, *só que ele sai daqui e ele vai para uma família que não acolhe ou está passando por dificuldades financeiras, usuários de drogas, muitos filhos é enfim, uma série de condições sociais, que impede muito fortemente nosso trabalho, então acho que hoje a questão social está bem pesada assim nesse aspecto* [P3CAPSII]

nós temos muitos pacientes crônicos, de muitos anos, e os pais desses pacientes eles estão falecendo a aí os irmãos estão com dificuldade de assumir esses pacientes no contexto familiar, então a gente tem que estar orientando, tem que estar chamando essa família, que também a gente não pode cobrar de alguém que não se vinculou, de repente *se vincular de uma hora para outra* [P4CAPSII]

Outro aspecto relatado foi a dificuldade de incluir a família no tratamento e questões sociais mais amplas como dificuldades financeiras, uso de substâncias psicoativas e questões sócio demográficas como muitos filhos em uma família. Tais aspectos fazem parte do ambiente do paciente e partindo de uma perspectiva analítico-comportamental de se interpretar transtornos psiquiátricos, comportamentos considerados como “desviantes”, “anormais”, que preenchem os critérios de uma “psicopatologia” são analisados por meio do

paradigma da seleção pelas consequências, em que se atenta para a seleção filogenética, ontogenética e cultural (BANACO et al., 2012). Desta forma não se desconsidera fatores orgânicos, mas busca-se observar e intervir em outras variáveis também responsáveis pelas respostas psicopatológicas, como as variáveis do contexto social. Variáveis do contexto social, somadas a variáveis filogenéticas, podem contribuir para a instalação e manutenção das respostas psicopatológicas.

4.1.4.2 - Consequências positivas

Foi possível identificar a partir do relato das participantes consequências positivas produzidas pelo atual modelo de atenção, a criação de espaços para debate sobre temas pertinentes à política pública e de busca de melhorias foi uma delas:

- *Construção de estratégias para debate sobre questões do serviço*

A gente constituiu aqui no município um fórum permanente intersetorial de saúde mental, que tá se reunindo mensalmente. Então um Fórum Intersetorial de Saúde Mental com participação de outros setores da rede... que visa então discutir a política de saúde mental no município e tentar alguns avanços, a gente tá com esse Fórum (...) eu considero o fórum como *um espaço de militância assim né, no sentido de luta mesmo junto com os usuários e junto com familiares é uma coisa que a gente tenta para maiores conquistas na saúde mental* [P1CAPSI].

Enquanto serviço instituído por uma política pública a implantação e fiscalização dos serviços deve envolver a participação de outros segmentos da sociedade, para além dos funcionários, inclusive a sociedade civil por meio do chamado “controle social”.

- *Avaliação dos serviços*

O chamado “controle social”, no campo das políticas públicas, envolve a participação de representantes da sociedade civil na avaliação dos serviços prestados à população. Nesse sentido faz-se importante destacar que formas de avaliação dos serviços são empregadas, algumas delas são exemplificadas nos excertos a seguir:

uma avaliação mais específica de saúde mental não tem. A *gente tem o conselho gestor que nos avalia aqui que também é levado para a secretaria né, e tem avaliação assim, pessoal, individual que eu faço como chefia.* [P2CAPSI]

os conselhos que avaliam o exercício da profissão, mas aí o COREM vem avaliar a enfermagem e tudo mais, eu sei que a gente já teve visitas de ministério público para ver como que estava a questão do serviço, se estava atendendo as necessidades, as demandas. [P3CAPSII]

Assim a gente enquanto um órgão da prefeitura, por exemplo cada profissional tem a sua avaliação de desempenho, que a chefia faz e nós nos avaliamos também e também tem uma avaliação da unidade, mas isso aí a prefeitura faz a avaliação da unidade, e também temos um conselho gestor, o conselho gestor também avalia a unidade. Eu sei desses. [P3CAPSII]

eu não saberia te dizer o nome, mas é feito anual. Nós somos avaliados pelo conselho gestor, né. Que cada unidade tem o seu conselho. O conselho gestor faz essa avaliação e existem alguns critérios, que a gente tem algumas metas que temos que cumprir, eu não saberia te dizer o nome, mas existe essa avaliação anual, tá, da unidade, se está cumprindo ou não tá, então o conselho gestor avalia e a gente tem essa avaliação que é feita. [P4CAPSII]

Foram citadas como formas de avaliação o “Conselho Gestor”, avaliações da chefia de cada instituição quanto ao desempenho profissional, avaliação do Ministério Público em um dos serviços (CAPSII) e a avaliação de cada Conselho profissional quanto às especificidades de cada classe. As avaliações dos serviços seriam oportunidades para consequenciar comportamentos profissionais de cada indivíduo, possivelmente sendo variáveis importantes para a instalação e mudança comportamental. A partir do relato das profissionais não ficou claro que indicadores de saúde ou parâmetros são utilizados para essa avaliação ou frequências com as quais elas ocorrem.

- *Evitar internação psiquiátrica*

mesmo com a estrutura que a gente tem é... significativamente faz diferença na vida das pessoas que a gente atende assim, faz muita diferença, a gente consegue evitar muita internação psiquiátrica a gente fica com muito paciente em crise, a gente consegue ver melhora da crise, a família agradece, né, a gente consegue dar o suporte pra algumas famílias, a gente consegue ver muita melhora assim, com o tratamento, com o acompanhamento no CAPS, eu vejo muitos benefícios assim dentro dessa perspectiva que eu acredito né, da Luta Antimanicomial. [P1CAPSI]

A proposta de ser uma atenção substitutiva à internação psiquiátrica está explícita na legislação analisada: o atendimento deve ocorrer *principalmente* em serviços de base comunitária. Segundo a participante P1CAPSI na assistência prestada aos pacientes da instituição têm sido bem-sucedidas em produzir a consequência de manter o paciente

recebendo tratamento em seu território, não necessitando do isolamento da internação psiquiátrica.

- *Formação continuada e interdisciplinaridade*

A oportunidade de formação continuada em serviço foi relatada por uma das participantes:

a gente às vezes traz palestrantes pra cá pra nos ajudar, o médico mesmo já deu palestra pra gente de doença que a gente estava... coisas novas que começaram a surgir muito e a gente convida (...) então assim eu acho que isso melhorou muito, com a nova visão de saúde mental, o trabalho na equipe no sentido de crescimento mesmo, de amadurecimento mesmo profissional [P2CAPSI]

A partir do excerto percebe-se que, mediante a demanda de serviços são oferecidos cursos de capacitação, que podem ser oportunidades de modelar novos comportamentos nos profissionais da equipe.

- *Liberdade do paciente*

Quando a gente conversa com os pacientes que viveram nos hospitais psiquiátricos né, eles falam muito que antes, apesar de que hoje a gente ainda vê muito preconceito, eles falam que antes era muito pior, *que eles não tinham liberdade para nada, para tomar nenhuma decisão, básica que fosse, de eu quero comer isso ou aquilo, né, não tinha. Falam que eles não eram livres, né.* [P3CAPSII]

Então assim eu vejo os benefícios do tratamento, então por exemplo, chega o fulano hoje, e a gente consegue ver a evolução dele com o passar do tempo. Mas pra gente compara em relação aos dois modelos, com esses pacientes que viveram, né, nos hospitais psiquiátricos é muito legal ver o relato deles, né de falar que *"ah hoje eu sou livre, hoje eu posso escolher, hoje eu estou dentro de uma instituição em que eu sou acolhido que eu não sou tratado como uma coisa qualquer que eu só fico lá,* então essa fala deles é muito legal. E a gente vê muito nesses pacientes mais antigos que viveram em hospital [P3CAPSII]

Principalmente essa visão do doente mental, eu acho que quebrou um pouco esses preconceitos, né, essa forma de atendimento, não sei, eu vejo os CAPS como uma forma *livre de tratamento, sabe?* Eu gosto desse modelo, livre que eu falo não é no sentido de é libertinagem, no sentido *de dar liberdade ao usuário de ir e vir, de se cuidar, de ele desenvolver essa consciência nele.* esse empoderamento em cima da questão da doença mental eu acho que foi conseguida com esse modelo [P4CAPSII]

A colocação da *liberdade* enquanto objetivo a ser alcançado e valor norteador da Reforma Psiquiátrica é um tema recorrente. Franco Basaglia (1985), no texto *"As instituições*

da violência” aponta que dentro de uma instituição psiquiátrica comportamentos diversos do paciente são interpretados como parte de sua psicopatologia, havendo uma “mistificação” da violência sob justificativa do tecnicismo (as violências empregadas ao paciente são entendidas como forma de tratamento) sem que o paciente psiquiátrico possa reagir a ela. Skinner (1974) enfatizou a “custódia de psicóticos” dentre outras populações vulneráveis como exemplos clássicos de maus tratos onde o controle empregado não está sujeito a um contracontrole vigoroso. Desta forma, pode-se entender que em instituições psiquiátricas de características manicomiais o paciente é impossibilitado de contracontrolar a violência que sofre tanto por conta do isolamento em que se encontra, quanto pelo fato de que, qualquer comportamento seu é interpretado como constituinte de seu “quadro psicótico”. Como alternativa às formas de controle empregadas nessas instituições, Basaglia coloca:

A única possibilidade de aproximação e de relação terapêutica no momento, e em praticamente qualquer lugar, se dá a nível do *doente mental livre*, aquele que escapa do internamento forçado e para o qual a relação com o psiquiatra conserva uma margem de reciprocidade, em estreita correlação com seu poder contratual (1985, p.105, grifos adicionados)

Basaglia (1985) coloca a liberdade como um objetivo a ser alcançado pela Reforma Psiquiátrica, gerando o mote “a liberdade é terapêutica”. Skinner (1969) discorre sobre a literatura da liberdade, que segundo ele, identificou as fontes de controle aversivo e propôs meios de fugir dele ou enfraquece-lo, mas errou ao definir a liberdade enquanto “estados da mente ou sentimentos” e ao não ser capaz de agir sobre técnicas de controle que não gerem fuga ou revolta. Ao enfatizar a liberdade como terapêutica se ataca a fonte de controle (manicômio), porém, se entendermos que a liberdade é uma questão de contingências de reforço, precisa-se analisar e modificar os ambientes que vão ser alternativos a essa forma de tratamento, sob o risco de se destruir os hospitais psiquiátricos e não se construir outros tipos de assistência alternativa (por exemplo, produzir efeitos semelhantes à internação psiquiátrica como dependência institucional nos CAPS).

- *Criação de relações positivas entre paciente e equipe*

Como eu vim de um modelo lá do passado eu percebo a diferença. *Da proximidade do profissional com o paciente, da liberdade que o paciente tem de trazer as suas queixas*. E o que eu percebo muito é a questão da equipe né, da equipe estar agora com uma cabeça mais unida em prol do paciente, até a questão da parte médica, os médicos fazem parte da equipe, compartilham com a gente as dúvidas, os problemas, as discussões que a gente tem [P2CAPSI].

eles vêm aqui meio como a casa deles, tem uns que gostam. Ah estava passando aqui em frente e quis entrar para ver vocês e não estava agendado.... Acho que o grande benefício é esse olhar para o doente mental, para quem tem o transtorno [P4CAPSII].

A “criação de vínculo” com a equipe descritas nos dois excertos acima exemplificados pode ser indício de que a frequência dos pacientes no CAPS seja reforçada positivamente. Ao descrever eventos ambientais aos quais os pacientes podem ter acesso por meio de sua participação na rotina do serviço, podemos interpretar a partir do relato das participantes que possivelmente estamos diante de contingências de reforçamento positivo: o comportamento dos pacientes de frequentar a instituição é mantido pela *apresentação* de alguns estímulos, dos quais pode ou não estar privado em outros contextos de sua vida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A legislação analisada institui parâmetros para a instalação de uma nova prática cultural de assistência psiquiátrica. São descritas ações a respeito da proposição de um modelo substitutivo, diretrizes de assistência ao paciente e sua família, organização da rede, supervisão e avaliação dos serviços e formação de profissionais. A análise dos documentos permitiu a inferência de 25 contingências relacionadas à nova prática cultural a ser instalada, a partir das quais se pode constatar que muitas vezes os documentos são pouco descritivos ao estabelecer critérios ou situações que devem anteceder as respostas descritas, a descrição dessas respostas é pouco precisa e são empregados termos vagos para a prescrição do que é esperado de quem irá ler o documento. Nesse sentido, o texto da portaria pode dificultar a execução das ações prescritas por ele, assim como a avaliação dessas ações, visto que a descrição do que se espera não está clara em alguns aspectos. Sendo assim, os dados levantados por esta pesquisa convergem com outras análises documentais norteadas por preceitos analítico-comportamentais (LOURENCETTI, CARRARA, 2016; SILVA, 2016; CARVALHO, 2016). O relato das participantes evidencia alguns pontos importantes, como o fato de comportamentos de governantes, responsáveis pela instalação e manutenção dos serviços públicos, não estarem sob controle da legislação, de forma a muitas das prescrições comportamentais descritas na legislação não serem cumpridas. Nesse sentido pode-se remeter à colocação do Conselho Federal de Psicologia (2013):

Apesar de termos, com a nova Constituição, uma legislação inovadora e progressista, com diretrizes para a criação de políticas fortes, ainda não alteramos significativamente as desigualdades sociais para a efetiva criação de uma sociedade mais justa e igualitária no que tange principalmente ao acesso e garantia de qualidade das políticas públicas. Os direitos sociais ainda estão sendo tratados por áreas ou setores segmentados. Apesar dos avanços de uma Constituição que instituiu a seguridade social, afirmando saúde, previdência e assistência como áreas integradas de proteção social e exigindo a garantia de proteção a riscos que podem atingir indistintamente todos os cidadãos, o que se vê atualmente são setores que funcionam ainda de maneira fragmentada. Embora cada área tenha por diretriz a descentralização de suas ações, ainda funcionam de maneira vertical em todos os níveis de governo. Os reflexos dessas formas de estruturação de políticas públicas aparecem cotidianamente nos serviços ofertados às populações, especialmente aos grupos que necessitam de formas e estratégias de proteção que requerem ações transversais e integradas, especialmente os portadores de sofrimento mental, usuários de álcool e outras drogas, idosos, crianças e adolescentes e outros grupos vulneráveis de nossa sociedade (p.67).

O trecho citado salienta a importância da legislação analisada enquanto descrição da garantia de direitos de população vulneráveis e das dificuldades de superação de problemas

sociais e políticos do Brasil, sendo algumas dessas dificuldades analisadas nessa pesquisa. Em se tratando da atuação do psicólogo em serviço de saúde pública, os dados levantados permitiram constatar que as profissionais em sua maioria consideraram a formação recebida como insuficiente para a atuação com a demanda nos serviços públicos, sendo que metade delas não teve disciplinas específicas na graduação.

Em relação aos objetivos do trabalho, as profissionais que relataram ter tido disciplinas sobre políticas públicas de saúde mental e sobre o SUS apontaram a inserção social do usuário do serviço como meta de sua atuação, evidenciando a importância da atuação em conjunto a outros segmentos da sociedade, enquanto as profissionais formadas há mais tempo e que não tiveram disciplinas específicas salientaram objetivos mais próximos de um modelo clínico tradicional, podendo ser a formação recebida por cada uma um diferencial no estabelecimento desses objetivos.

O presente estudo utilizou de análises de relatos verbais como fontes de dados para inferências de contingências em vigor nos serviços de saúde mental, porém não foi averiguada a correspondência entre dizer e fazer, podendo esta ser uma lacuna preenchida por estudos futuros. Quanto às contingências relacionadas às modalidades de serviços desenvolvidas pelas psicólogas nos CAPS foi unânime a prevalência das atividades em grupo, como oficinas terapêuticas. Essas atividades são heterogêneas quanto à sua periodicidade, as características do atendimento desenvolvido pelas profissionais e os efeitos nos pacientes promovidos por elas. Algumas modalidades de oficina têm com consequência a formação de interações sociais positivas e uma inserção social mais ampla, como a oficina de música. Em outras se desenvolvem trabalhos mais individualizados com os pacientes, como a de produção de artesanato.

A partir dos dados analisados nessa pesquisa pode-se inferir a partir do relato das participantes consequências positivas do modelo de atenção comunitário e consoantes aos direitos da população atendida, divergindo do modelo hospitalocêntrico descrito na literatura como coercitivo. Consequências como: construção de estratégias para debate sobre questões do serviço, avaliações dos serviços, diminuição da necessidade de internações psiquiátricas pela atenção às crises no território, formação continuada, liberdade do paciente e criação de relações positivas entre paciente e equipe foram descritas como consequências proporcionadas pelo presente modelo sendo indícios de que o modelo de atenção vigente, apesar das limitações dos serviços, tem promovido o bem estar dos usuários em respeito às

suas especificidades e é um modelo passível de contracontrole por parte da população enferma, de forma divergente às internações psiquiátricas.

Historicamente, ênfase é dada ao uso de práticas coercitivas na tentativa de suprimir comportamentos “indesejados”, “desviantes” e que fogem à “norma” que acabavam por ferir direitos humanos básicos. A literatura analítico-comportamental referente à interpretação e intervenções psicológicas em comportamentos interpretados como psicopatológicos baseia-se na construção ou fortalecimento de repertórios alternativos e funcionalmente equivalentes e ao não emprego de técnicas coercitivas para suprimir comportamentos característicos de psicopatologias, justamente por entender que o controle aversivo gera subprodutos indesejados. Nesse sentido, fica o desafio aos analistas do comportamento para ampliarem e consolidarem, a partir do que já existe de conhecimento na área, a aplicação dos princípios como contribuição para atendimento adequado às demandas sociais da área.

Uma possibilidade de intervenção baseada no corpo de conhecimentos da Análise do Comportamento para o desenvolvimento da política pública de saúde mental, considerando que é uma abordagem da psicologia, seria a partir de dados de cada instituição elaborar intervenções baseadas na programação de ensino para o desenvolvimento de repertórios comportamentais nos profissionais de forma a promover intervenções nos pacientes convergentes com as consequências descritas na legislação como objetivos da Reforma Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, V. M.; MELO, C. M.; HAYDU, V.B. Código Penal Brasileiro como descrição de prática cultural: uma análise comportamental de contingências e metacontingências. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**. Brasília, v. 11, n. 2, p. 147-156, 2015.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial. 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: ABP, 2014. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf> Acesso em: 25 de out. de 2017.

BANACO, R. A. et al. Psicopatologia. In: HÜBNER, M. M. C.; MOREIRA, M. B. (Org.) **Fundamentos de Psicologia: Temas clássicos de psicologia sob a ótica da Análise do Comportamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, p. 154-165.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: _____(Coord.) **A instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 99-133.

BAUM, W. M. **Compreender o Behaviorismo: Comportamento, cultura e evolução**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BENEVIDES, R. A psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais interfaces? **Psicologia & Sociedade**. Porto Alegre, v. 17, n. 2, p 21-25, 2005.

BORELLI, L.M. **Análise Comportamental da Cultura e Educação: o papel do professor no ensino e aprendizagem de comportamentos pró-éticos**. 2016. 166f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2016.

BRASIL, **Programa de Volta para Casa: Liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em Saúde mental.** Ministério da Saúde, s.d., 8p.

BRASIL, CÂMARA DOS DEPUTADOS, **Projeto de lei nº 3.675, de 12 de setembro de 1989.** Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/proposicoes.>> Acesso em: 27 de set. de 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 jul. 2017.

BRASIL. **Lei Nº 10216 de 6 de abril de 2001 de 6 de abril de 2001a.** Dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/1102>. Acesso em 26 de jan. de 2017.

BRASIL, **Norma Operacional de Assistência à Saúde de 26 de janeiro de 2001b.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 25 de out. de 2017.

BRASIL. **Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 26 de jan. de 2017.

BRASIL, **Lei nº 10.708 de julho de 2003.** Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais e egressos de internações. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 06 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas.** Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL, **Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.> Acesso em: 27 de set. de 2017.

BRASIL. **Portaria Nº 3088 de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> Acesso em: 26 de jan. de 2017.

BRASIL, **Decreto 8065 de 07 de agosto de 2013,** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8065.htm >. Acesso em: 27 de set. de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados, ano 10, nº 12.** Brasília, 2015. Disponível em:<
http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 27 de set. de 2017.

BRASIL, **Decreto 8901 de 10 de novembro de 2016.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder

Executivo - FCPE. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8901.htm> Acesso em: 27 de set. de 2017.

CARRARA, K. Entre a Utopia e o Cotidiano: uma análise de estratégias viáveis nos delineamentos culturais. **Revista Psicolog**, Ribeirão Preto, v. 1, n1, p. 42-45, 2008.

CARRARA, K.; SOUZA, V.B.; OLIVEIRA, D.R.; ORTI, N.P.; LOURENCETTI, L.A.; LOPES, F.R. Desenvolvimento de guia e fluxograma como suporte para delineamentos culturais. **Acta Comportamental**. Guadalajara v. 21, n. 1, p. 99-119, 2013.

CARRARA, K.; ZILIO, D. Análise Comportamental da Cultura: contingência ou metacontingência como unidade de análise? **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 135-148, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/rebac/article/view/1944/3818>>. Acesso em: 27 set. 2017.

CARVALHO, I.C.V.; TODOROV, J.C. Metacontingências e produtos agregados na Lei de Diretrizes e Bases da Educação: Primeiro o objetivo, depois como chegar lá. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, Brasília, v. 12, n.2, p.75-85, 2016.

CARVALHO, I. C. V. **Contigências e Metacontingências na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB**. 2013. 44 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Comportamento) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

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

COSTA, N. R. et al. Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 2, p 4603-4614, 2011.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In: M. J. P. SPINK (Org.) **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 207-214.

DITTRICH, A et al. Agências de Controle. In: MOREIRA, M.B. (Org.) **Comportamento e práticas culturais**. Brasília: Instituto Walden4, 2013. p. 1-38.

FERNANDES, D.M., CARRARA, K. & ZÍLIO, D. Apontamentos para uma definição comportamentalista de cultura. **Acta Comportamentalia**, Guadalajara, v. 25, n. 2, p. 265-280, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/jatsRepo/2745/274551146008/html/index.html>> Acesso em: 27 mar. 2018.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GLENN, S. et al. Toward consistent terminology in a behaviorist approach to cultural analysis. **Behavior and social issues**. Chicago, v 25, p. 11-27, 2016. Disponível em: <<https://journals.uic.edu/ojs/index.php/bsi/article/view/6634>>. Acesso em: 8 set. 2018.

GLENN, S. **Metacontingências em Walden II**. Tradução de Thais Saglietti Meira Barros, Hélio José Guilhardi e Noreen Campbell de Aguirre. ITCR-CAMPINAS. (Original publicado em 1986)

GOULART, M.S.B. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GUERIN, B. Deconstructing psychological therapies as activities in context: what are the goals and what do therapists actually do? **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 8, n. 1, pp- 97-119, 2017. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2177-35482017000100008&script=sci_abstract&tlng=en>. Acesso em: 06 de abr. 2018.

IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 06 jan. 2018.

KUBO, O.M.; BOTOMÉ, S.P. Formação e atuação do psicólogo para tratamento em saúde e organizações de atendimento à saúde. **Interação em psicologia**., Curitiba, v. 5, p 93-112, 2001. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/download/3319/2663>>. Acesso em: 24 out. 2016.

LIMA, S.S.; BRASIL, S.A. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 24, n. 1. Rio de Janeiro, pp. 67-88, 2014.

LOURENCETTI, L.A.; CARRARA, K. Descrição e análise de prescrições comportamentais referentes ao planejamento urbano brasileiro. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 159-179, 2017. Disponível em: <<https://www.revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/265/227>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

LOURENCETTI, L. A. **Descrição e análise de contingências presentes em legislações referentes à mobilidade urbana**. 196 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2015.

MACEDO, J.P; DIMENSTEIN, M. Efeitos do saber-fazer de psicólogos na saúde mental do Piauí. In: **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, pp. 37-45, 2016.

MARTINS, A. L. A. **O Sistema Único de Saúde: Contingências e metacontingências nas Leis Orgânicas de saúde**. 2009. 66 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Comportamento). Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

MATEUS, M.D. Aspectos históricos das políticas de assistência em saúde mental. In: ____ (Org.) **Políticas de Saúde Mental**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013, 56-75.

PARACAMPO, C.C.P.; ALBUQUERQUE, L.C. Comportamento controlado por regras: revisão crítica de proposições conceituais e resultados experimentais. **Interação em Psicologia**. Curitiba, v. 9, n. 2, p. 227-237, 2005.

PITTA, A. M. F. Um Balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p 4579-4589, 2011.

SASSAKI, R.K. Como chamar as pessoas que tem deficiência? 12 mar 2014. Disponível em: <<http://diversa.org.br/artigos/como-chamar-pessoas-que-tem-deficiencia/>>. Acesso em: 1 set. 2018.

SILVA, F. B. **Política nacional de saúde indígena e educação escolar indígena: uma análise de contingências**. 2017. 128 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2017.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. 11.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. (Original em Inglês, publicado em 1953).

SKINNER, B.F. **Contingências do Reforço: uma análise teórica**. 2. ed, São Paulo: Abril Cultural, 1984 (Original em inglês publicado em 1969).

SKINNER, B.F. **Sobre o Behaviorismo**. 15. ed. São Paulo: Editora Cultrix, 2009 (Original em inglês, publicado em 1974).

SKINNER, B. F. Seleção pelas consequências. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 9, n. 1, p.129-137, 2007. (Original em Inglês, publicado em 1981).

SOUZA, D.G. O conceito de contingência: um enfoque histórico. **Temas em Psicologia**. Ribeirão Preto. v. 8, n. 2, p.125-136, 2000.

SPINK, M.J. Psicologia da Saúde: A estruturação de um novo campo do saber. In: _____ **Psicologia Social e Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 29- 39.

TODOROV, J. C. O conceito de contingência tríplice na Análise do Comportamento humano. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 1, n. 1, 1985. Disponível em: <<https://revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/viewFile/1116/233>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

TODOROV, J. C et al. O Estatuto da Criança e do Adolescente como Metacontingência: Um estudo de Contingências e Metacontingências no Estatuto da Criança e do Adolescente. In: BRANDÃO, M. Z. S et al. (Orgs) **Sobre Comportamento e Cognição**. Santo André: ESETec, 2004. v 13, Cap. 5, p. 44-51.

VERSOZA-CARVALHAL, C.S.; MELO, C.M.; FORNAZARI, S.A. Contingências da história de vida de professoras na formação de atitudes sociais relativas à educação inclusiva. **Acta Comportamentalia**, Guadalajara, v. 25, n.2, p. 231-247, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental Health: New Understanding, New Hope**. WHO: Switzerland, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) psicólogo (a),

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa de mestrado “O trabalho do psicólogo na Rede de Atenção Psicossocial: uma análise de práticas culturais”, realizada pela pesquisadora Aline Nunes de Santana Lima sob orientação do Prof. Dr. Kester Carrara, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, *campus* de Bauru – SP. O objetivo da pesquisa é descrever e analisar práticas culturais componentes da assistência em saúde mental que se propõe como substitutiva às internações psiquiátricas por meio de análise de leis e de relatos verbais de profissionais psicólogos da área. Sua participação, se autorizada, na pesquisa consistirá em participar de uma entrevista individual com a pesquisadora responsável pelo estudo cujas perguntas referem-se à sua formação profissional e aspectos de sua prática nos serviços de atenção comunitária de Saúde Mental.

Pelo presente documento, que atende às exigências da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional da Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos e Art. 9º Código de Ética Profissional do Psicólogo, o(a) Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado pelo pesquisador, ciente da coleta de dados e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma que sua participação é com consentimento livre e esclarecido com relação à pesquisa.

O(a) participante está ciente da editoração e demonstração dos registros com fins de publicação científica. Está ciente de que, embora a aplicação da entrevista tenha seu áudio gravado, os dados serão utilizados apenas pelo pesquisador com a finalidade de categorizar o que foi dito pelo participante integralmente. Será garantida total proteção a respeito das gravações, sendo estas guardadas pelo pesquisador em local seguro e de acesso exclusivo do mesmo.

Não haverá ônus ou custos em participar dessa pesquisa, e o direito de desistir a qualquer momento é assegurado. Caso o(a) participante tenha alguma dúvida ou reclamação em relação à pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Campus de Bauru ou diretamente com a pesquisadora, cujo contato encontra-se abaixo. A Prefeitura Municipal de Bauru e a Secretaria Municipal de Saúde são isentas de quaisquer responsabilidades referentes à presente pesquisa.

Por estarem de acordo assinam o presente termo,

Bauru, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

Nome da Pesquisadora Responsável: Aline Nunes de Santana Lima

Telefone: (65) 98118-9374

E-mail: alinenslima@gmail.com

Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP – *Campus* de Bauru. Avenida Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01. Telefone (14) 3103-6000.

APÊNDICE 2 - Roteiro de Entrevista para Psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial

Caraterização do participante	
Idade _____ Sexo _____	
Instituição de Formação _____	
Há quanto tempo exerce a profissão de psicólogo? _____	
Há quanto tempo ingressou no CAPS ? _____	
1) Antes de trabalhar no CAPS você exerceu atividade profissional em outros contextos. Se sim, quais?	Caracterização da formação e história profissional do participante
2) Você teve durante a graduação disciplinas que abordassem o trabalho do psicólogo em contextos saúde pública e/ou saúde mental? Se sim, considerou sua formação suficiente para o trabalho?	
3) Qual mediação teórica/abordagem da psicologia norteia o seu trabalho?	
4) Você poderia descrever quais são as atividades de rotina da instituição? (Descrever atividades regulares como grupos, oficinas, projetos, sendo elas semanais ou não)	Caracterização geral da rotina e funcionamento do CAPS
5) Como se dá o primeiro contato do usuário com a instituição? Quais são os procedimentos e encaminhamentos realizados?	
6) Você conhece a legislação referente à Reforma Psiquiátrica? Que aspectos considera prioritários para seu trabalho?	Identificar comportamentos profissionais e possíveis variáveis controladoras
7) Qual você considera que seja o objetivo de seu trabalho enquanto psicólogo (a) no CAPS?	
8) Como e em quais situações você realiza atendimentos do tipo individual com os usuários do CAPS?	
9) Você realiza atividades com os familiares dos usuários? a) Caso sim: descreva as atividades e quais você considera que sejam os resultados desse tipo de atividade. b) Caso não: Há demanda? Quais as dificuldades de atendê-las?	
10) Você realiza oficinas com os usuários do CAPS?	

<p>a) Caso sim: descreva as atividades e quais você considera que sejam os resultados desse tipo de atividade.</p> <p>b) Caso não: Há demanda? Quais as dificuldades de atendê-las?</p>	
<p>11) Você realiza atividades em parceria com outras instituições (de saúde ou não) no contexto da atenção psicossocial?</p> <p>a) Caso sim: descreva as atividades e quais você considera que sejam os resultados desse tipo de atividade.</p> <p>b) Caso não: Há demanda? Quais as dificuldades de atendê-las?</p>	
<p>12) Você realiza visita e/ou atendimento domiciliar?</p> <p>a) Caso sim: descreva as atividades e quais você considera que sejam os resultados desse tipo de atividade.</p> <p>b) Caso não: Há demanda? Quais as dificuldades de atendê-las?</p>	
<p>13) Como são realizadas atividades em conjunto com os demais profissionais da instituição?</p>	
<p>14) Considerando a inserção do CAPS no Sistema Único de Saúde, você poderia descrever quais são as formas de avaliação do das práticas desenvolvidas na instituição?</p>	
<p>15) Você encontra benefícios no presente modelo de assistência para essa população? Quais?</p>	<p>Identificar consequências do Modelo de Atenção Psicossocial</p>
<p>16) Quais as principais dificuldades e/ou desafios você encontra no trabalho no CAPS?</p>	

ANEXOS

ANEXO A

Guia Orientador de Delineamento Culturais

Checklist de delineamentos culturais

Tipicamente, um instrumento do tipo *checklist*, como a própria expressão sugere, implica uma relação de itens que, assinalados, buscam caracterizar determinada situação. No caso dos delineamentos culturais, esse rol se presta a uma identificação preliminar de um conjunto de variáveis presentes (ou ausentes) na situação e demais características que incluem dimensões físico-funcionais do ambiente e das práticas culturais implicadas. Note-se que o *checklist*, por si, não é suficiente para a elaboração do projeto de análise culturocomportamental. Também por essa razão, optou-se por acrescentar detalhamentos comentados de vários dos itens abordados (Observações especiais) e questões que acompanham esse instrumento. De todo modo, para uma avaliação preliminar, o profissional deve assinalar ou responder, após avaliar a situação, na lista que se segue, todos os itens que se aplicam:

1. O projeto visa:

- (a) Eliminar uma prática cultural vigente ()
- (b) Enfraquecer uma prática cultural já existente ()
- (c) Instalar uma nova prática cultural ()
- (d) Fortalecer uma prática cultural já existente ()

2. Tendo escolhido, na questão 1, a alternativa (a) e/ou (b), identifique, descreva e anote:

- (a) As consequências que mantêm as práticas culturais atuais (explícite em que medida essas consequências são compartilhadas)
- (b) Os aspectos da história comportamental que parecem ter sido importantes na instalação e consolidação dessas práticas
- (c) Outras práticas elegíveis para instalação em substituição à prática vigente e que produziriam consequências equivalentes.

3. Tendo escolhido, na questão 1, a alternativa (c) e/ou (d), identifique:

(a) Quais os eventos reforçadores de curto prazo passíveis de aplicação e disponíveis para modelagem

e consolidação dos comportamentos que compõem práticas culturais requeridas?

(b) Quais os reforçadores disponíveis atualmente ou previstos para longo prazo? Descreva como, provavelmente, eles afetariam possíveis práticas culturais propostas.

4. Assinale os itens que se aplicam:

- Os reforçadores imediatos estão disponíveis para toda a população
- Os reforçadores de longo prazo serão acessíveis à população atual
- Os reforçadores de longo prazo serão acessíveis apenas aos descendentes da população atual
- Os reforçadores de curto prazo são arbitrários
- Os reforçadores de curto prazo são naturais
- Os reforçadores de longo prazo serão arbitrários
- Os reforçadores de longo prazo serão naturais
- Há uma delimitação clara do número de pessoas que compõem a comunidade-alvo
- Há uma delimitação clara da faixa etária a ser atingida
- Há uma delimitação clara do tipo de população a ser alcançada (todos os habitantes de um determinado território, apenas os aposentados, apenas a população de alunos do ensino superior, apenas estudantes de Psicologia de uma determinada instituição, etc.)
- Haverá um estudo piloto para testar os instrumentos a serem utilizados
- As consequências planejadas, por extensão, beneficiarão outras populações além da comunidade-alvo
- As consequências planejadas, embora provavelmente se identifiquem como produto agregado benéfico à comunidade-alvo, provavelmente constituirão consequência deletéria para outras populações não envolvidas diretamente no projeto
- Foi realizado levantamento bibliográfico em busca de literatura científica relacionada ao objetivo do projeto