



**RELATOS SOBRE O TRABALHO SOCIOASSISTENCIAL EM PORTO VELHO:  
DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS ESPAÇOS DE ATENDIMENTO**

**REPORTS ON SOCIAL ASSISTANCE WORK IN PORTO VELHO:  
DESCRIPTION AND ANALYSIS OF SERVICE SPACES**

**INFORMES SOBRE EL TRABAJO DE ASISTENCIA SOCIAL EN PORTO  
VELHO: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS ESPACIOS DE ATENCIÓN**

 <https://doi.org/10.56238/levv17n57-088>

**Data de submissão:** 25/01/2026

**Data de publicação:** 25/02/2026

**Djenane Alves dos Santos**

Doutora em Linguística

Instituição: Universidade Federal do Rondônia (UNIR)

E-mail: [djenane.santos@unir.br](mailto:djenane.santos@unir.br)

**Francisco Carlos da Silva Lins**

Psicólogo Clínico

Instituição: Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)

E-mail: [psicoterapiapvh@gmail.com](mailto:psicoterapiapvh@gmail.com)

---

## **RESUMO**

O presente trabalho apresenta uma pesquisa de campo realizada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da cidade de Porto Velho e envolveu a busca de aporte teórico sobre a intervenção psicossocial, a ética profissional, a reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização, a psicologia comunitária e a participação social, além de visitas e registros de dados. Para tanto, especialmente, os estudos de Montero (2004), Basaglia (2005), Goffman (2007) e Neiva (2011) formaram a base teórica desta pesquisa, que proporcionou vivências e compreensão da natureza da intervenção psicossocial, relacionada à ética, à construção e à execução de projetos de intervenção na comunidade, bem como destacou que o trabalho de intervenção psicossocial, nos Centros de Atendimento Psicossocial, apresenta grandes desafios, entre eles, a prática das disposições idealizadas na Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de doenças mentais e sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.

**Palavras-chave:** Relatos. Comunidade. Espaços de Atendimento Psicossocial. Intervenção. Atenção Psicossocial.

## **ABSTRACT**

This work aims to describe a field research carried out in the Psychosocial Care Centers and the Social Assistance Reference Center of Porto Velho and involved, in addition to visits and data recording, the search and study of theoretical support on the theoretical-practical bases, mainly from the studies of Montero (2004), Basaglia (2005), Goffman (2007), Neiva (2011). The study provided experiences and understanding of the nature of psychosocial intervention, related to ethics, the construction and execution of intervention projects in the community, as well as highlighting that psychosocial intervention work in Psychosocial Care Centers presents great challenges, among them, the practice

of the provisions envisioned in Law N°. 10.216, of April 6, 2001, which provides for the protection and rights of people with mental illnesses and for the redirection of the care model in mental health.

**Keywords:** Reports. Community. Psychosocial Care Spaces. Intervention. Psychosocial Care.

## **RESUMEN**

Este trabajo tiene como objetivo describir una investigación de campo realizada en los Centros de Atención Psicosocial y el Centro de Referencia de Asistencia Social de Porto Velho y que involucró, además de visitas y registro de datos, la búsqueda y estudio de soporte teórico sobre las bases teórico-prácticas, principalmente de los estudios de Montero (2004), Basaglia (2005), Goffman (2007), Neiva (2011). El estudio proporcionó experiencias y comprensión de la naturaleza de la intervención psicosocial, relacionada a la ética, a la construcción y ejecución de proyectos de intervención en la comunidad, además de destacar que el trabajo de intervención psicosocial en los Centros de Atención Psicosocial presenta grandes desafíos, entre ellos, la práctica de las disposiciones previstas en la Ley N.º 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispone sobre la protección y los derechos de las personas con enfermedad mental y sobre la reorientación del modelo de atención en salud mental.

**Palabras clave:** Informes. Comunidad. Espacios de Atención Psicosocial. Intervención. Atención Psicosocial.

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema de atendimento psicossocial vigente no Brasil é fruto da reforma psiquiátrica ocorrida no país, oriunda do mais importante processo de reforma psiquiátrica e saúde mental e foi liderado por Franco Basaglia, na Itália em 1961. De acordo com Paulo Amarante, o coordenador da Coleção Loucura XXI (2005), Franco Basaglia foi uma referência internacional reconhecida tanto pela comunidade científica quanto pela Organização Mundial da Saúde. Segundo o coordenador, no início desse processo foi constituído um importante movimento social, denominado Psiquiatria Democrática Italiana, que se tornou um ato estratégico e fundamental na luta pela extinção dos manicômios na Itália e, posteriormente, base para muitos outros movimentos em diversas partes do mundo com o fim da instituição psiquiátrica como lugar de violência e exclusão social.

Outro ato que seguiu à reforma psiquiátrica de Basaglia foi a aprovação da Lei 180, em 13 de maio de 1978, que determinou o fim dos manicômios em todo o território italiano e consolidou o processo de criação de novas práticas de atenção psicossocial e de saúde mental. Essa lei ficou conhecida como a Lei Basaglia.

Basaglia (2005) denomina seu trabalho como um marco de uma nova etapa em sua trajetória, ele se refere a fase da negação institucional, centrada na negação da psiquiatria enquanto ideologia, na medida em que a psiquiatria busca justificativas teóricas para uma realidade de exclusão, segundo ele:

Foi aqui, dentro dos muros do manicômio, que a psiquiatria clássica demonstrou sua falência frente ao problema do doente mental, ela o solucionou negativamente, excluindo-o do contexto social e, portanto, de sua própria humanidade (Basaglia, 2005, p. 47).

Assim, a regressão institucional é produzida pelas instituições psiquiátricas que deveriam tratar o doente, porém sua função é proteger o são do doente mental.

Igualmente, Basaglia (2005) discorre sobre outra noção, a de mortificação, baseando-se nos estudos de Goffman, “o ritmo da vida dos asilos ainda é marcado por regras forçadas e mortificações, exigindo uma solução urgente, com fórmulas que finalmente levem em conta o homem e seu livre situar no mundo” (Basaglia, 2005, p. 23). Assim Basaglia, trabalha com a noção de que a instituição produz a mortificação do doente, devendo o psiquiatra redescobrir que o primeiro passo para o tratamento do doente é o retorno à liberdade, da qual ele é privado.

Sobre a mortificação, Goffman (2007, p.48) explica:

Nas instituições, as várias justificativas para a mortificação do eu são muito frequentemente simples racionalizações criadas, criadas por esforços para controlar a vida diária de grande número de pessoas em espaço restrito e com pouco gasto de recursos.

A partir dessas discussões, Basaglia conduz a descoberta da liberdade pela psiquiatria à questão do doente fora do manicômio e propõe a destruição do manicômio como um fato urgentemente necessário.

No Brasil, segundo Brandalise e Rosa (2009), a partir da década de oitenta houve uma transformação do modelo de atenção à saúde mental, frente às diversas críticas ao modelo tradicional hospitalocêntrico, foi aprovada a Lei Federal nº 10.216 em 6 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona legalmente o modelo assistencial em saúde mental.

São iniciados, então, de acordo com os autores, vários serviços e projetos que se direcionam para a promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas que necessitam de atendimento em saúde mental, contribuindo com o processo de Reforma Psiquiátrica. Assim, no campo técnico-assistencial, encontra-se uma nova rede de serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial, regularização e implementação das residências terapêuticas, criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, criação de centros de conveniência, instauração do programa de volta para casa e iniciativas de cooperativas de trabalho.

Considerando o contexto das redes de serviços de atenção psicossocial, neste estudo, procura-se descrever criticamente os resultados de visitas realizadas aos Centros de Atenção Psicossocial e no Centro de Referência de Assistência Social de Porto Velho, levando em conta a compreensão organizada da literatura referente a esse tema.

A pesquisa envolveu, além das visitas e registros de dados, busca e estudo de aporte teórico sobre bases teórico-práticas da Psicologia e possibilitou vivências e compreensão da natureza da intervenção psicossocial, relacionada à ética à construção e execução de projetos de intervenção na comunidade.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico compreende uma análise crítica e estruturada no que diz respeito às práticas de intervenção psicossocial e à ética profissional, baseada em Neiva (2011), além disso, se baseia na reforma psiquiátrica e na desinstitucionalização, de Basaglia (2005), tem base também em Montero (2004), cujo foco é a psicologia comunitária e a participação social e, em Goffman (2007), no que tange aos processos de estigmatização. Esses estudos fornecem contextualização teórica e definem os conceitos-chave importantes para a base científica deste estudo.

### 2.1 INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

De acordo com o estudo realizado por Neiva (2011) a intervenção psicossocial como área de estudo surgiu na segunda metade do século XIX, na interconexão da Psicologia Clínica com a

Psicologia Social, com dois desdobramentos principais. Primeiro, o método psicanalítico conseguiu quebrar a forma de compartimento existente entre a pesquisa fundamental e a pesquisa aplicada, contribuindo para uma pesquisa e prática transformadoras e por outro lado, o conceito de pesquisa ativa reforçou a necessidade da complementaridade entre pesquisa e ação, destacando a importância de sair dos laboratórios para a pesquisa das situações da vida corrente.

A autora demonstra que diversos teóricos contribuíram para o desenvolvimento da área da intervenção psicossocial, como Lewin (1936) que introduziu o termo “dinâmica de grupo” e realizou experimentos de intervenções em grupos. Moreno foi fundador do psicodrama e da sociometria que consiste em técnica de estudo das inter-relações no grupo e facilita as mudanças sociais, unindo a pesquisa e a intervenção, Pichon-Rivière (1988) que propôs a metodologia dos grupos operativos. Além destes, outros também são mencionados, como autores que contribuíram para compreender os processos grupais: Bion (1975), Lapassade (1977), Bleger (1984) e Baremlitt (2002).

No Brasil, segundo Neiva (2011), a área da Psicossociologia sofreu grande influência de autores franceses como Pages, Dubost, Lévy, Enriquez, Lapassade e outros. e, de movimentos políticos e sociais ocorridos, principalmente a partir da década de 1970. Assim, houve o aumento de pesquisas sobre o tema, além da criação de ONGs e outras associações que visam o desenvolvimento comunitário e social, além da contribuição dos trabalhos de Paulo Freire.

Em termos de objetivo, a intervenção psicossocial tem como principal: “possibilitar melhores condições humanas e de qualidade de vida” (Sarriera *apud* Neiva 2011, p. 16). Dessa forma, a intervenção psicossocial visa um trabalho que abarca não somente a saúde mental do sujeito, mas outras áreas de sua vida em consonância com a sociedade.

Portanto, a intervenção psicossocial “tem um caráter de pesquisa-ação que visa facilitar o bem-estar psicossocial de indivíduos, grupos, instituições, organizações e comunidades” (Neiva, 2011, p. 16). A autora destaca ainda as características básicas da intervenção psicossocial: Caráter científico, unindo a pesquisa e a ação; Preocupação em gerar mudança e desenvolvimento; Foco em grupos, instituições e comunidades; Ações sobre os problemas atuais da sociedade e necessidades psicossociais de grupos, instituições e/ou comunidades; Intervenção focada; Caráter predominantemente preventivo; Consideração do contexto social e cultural; Inclusão da diversidade do grupo, instituição e/ou comunidade.

Ainda no que se refere aos estudos que contribuem à elaboração de propostas de intervenção psicossocial, Montero (2004) através de sua proposta apresentou cinco dimensões para a prática em comunidade:

A dimensão ontológica consiste na natureza do ser e levanta questões sobre a natureza da relação entre investigadores/agentes externos (psicólogos, assistentes sociais) e as pessoas que formam as comunidades, havendo a necessidade de pensar o que esses membros sabem sobre sua situação, ou

seja, quais são, na visão dos membros da comunidade, suas expectativas, desejos e problemas e o que esses agentes externos conhecem sobre a comunidade e seus membros.

A dimensão epistemológica diz respeito à produção do conhecimento e à relação entre sujeitos e objetos do conhecimento, pois ambos são considerados parte de uma mesma dimensão em uma relação de mútua influência. As seguintes questões devem ser consideradas: Qual a natureza da relação entre agentes externos e comunidade? O que os sujeitos aprenderam e ensinaram?

A dimensão metodológica se refere aos meios empregados para a produção do conhecimento, que devem ser capazes de produzir perguntas e respostas diante das transformações e perspectivas das ações, capazes de mudar conforme as próprias mudanças do problema para que gerem a construção de uma ação crítica e reflexiva de caráter coletivo.

A dimensão ética se refere à inclusão do outro no processo de produção do conhecimento no que diz respeito a sua participação efetiva na autoridade e propriedade do saber construído coletivamente.

Finalmente, a dimensão política consiste na finalidade e aplicabilidade do conhecimento que fornece elementos para a compreensão do *para que* e em *benefício de quem* o saber é produzido e quais são os efeitos sociais. Assim, essa dimensão se refere à esfera pública e à cidadania e ao caráter político da ação comunitária.

Essas dimensões propostas por Montero (2004) se referem à relação interventor e comunidade diante do conhecimento produzido. Neiva (2011) também contribui com este tema com passos importantes, semelhantes aos de Montero (2004), a serem tomados antes da intervenção, a autora, anteriormente citada, explica que o interventor deve primeiramente conhecer o grupo, ajudá-los a fazer um levantamento das necessidades psicossociais, para a decisão dos focos da intervenção. Para isso, há necessidade de: Conhecimento da demanda do grupo-alvo; Tomada de consciência, por parte do grupo, de sua necessidade; Diagnóstico inicial; Conhecer aspectos explícitos e implícitos da instituição; Tramitar as devidas autorizações, estabelecer contrato, delinear passos necessários para a coleta das informações; O interventor deve manter uma atitude ética e de respeito para com a instituição; Análise das necessidades prioritárias; Planejar a intervenção, definindo estratégias, técnicas e táticas para a elaboração de um projeto.

## 2.2 PSICOLOGIA CLÍNICA X PSICOLOGIA SOCIAL

Sobre a Psicologia Clínica, a palestra proferida por Figueiredo (2004) traz importantes explicações de contrapontos em relação a esse tema. O autor esclarece pontos que dizem respeito ao ambiente de trabalho do psicólogo clínico:

A primeira confusão diz respeito ao lugar (o clínico é o que atende em consultório particular); a esta confusão está associada uma outra que diz respeito à clientela (o clínico é o que atende

clientes particulares sejam indivíduos um a um ou em grupos, sejam famílias); finalmente, caberia sinalar a confusão que diz respeito ao regime de trabalho (o clínico seria um profissional liberal). Essas confusões, embora ainda tenham uma forte presença no imaginário de muita gente, são relativamente fáceis de desfazer e hoje há inúmeros exemplos de como a clínica psicológica pode ser exercida em condições muito diversas das apontadas (Figueiredo, 2004, p. 59).

Observa-se que a clínica psicológica não necessariamente irá obedecer às representações que se fazem a respeito dela, havendo por isso muitos equívocos advindos do imaginário popular.

Contudo, é importante situar a Psicologia Clínica. Moreira *et al* (2007) explicam que clínica psicológica é herdeira do modelo médico, no qual, cabe ao profissional observar e compreender para, posteriormente, intervir. Tratava-se, portanto, de uma prática higienista. Dessa maneira, a clínica psicológica esteve, por um bom tempo, distante das questões sociais. Freud e a psicanálise serão responsáveis pelo deslocamento da prática fundamentada no olhar (sobre o fenômeno) para a prática fundamentada na escuta (do meta-fenomenal). De tal modo, a prática clínica psicológica passa a vincular-se a uma demanda do sujeito e não, necessariamente, a uma patologia, como no modelo médico. Entretanto, “a vinculação da Psicologia ao individualismo não será superada pelo freudismo, pois a Psicologia, em sua origem, inclusive a Psicologia Clínica, está atrelada a uma perspectiva individualista” (Moreira *et al*, 2007, p. 613-614).

A própria trajetória da Psicologia Clínica dá vistas ao aspecto individual, apesar disso, Figueiredo (2004) assinala que hoje a Psicologia Clínica pode ser exercida em condições muito diversas.

Em relação a sistemas classificatórios, o autor destaca outro equívoco, a suposta oposição entre Psicologia Social e Psicologia Clínica. O que se insinua é que há assuntos e temas da Psicologia Clínica que não se confundem com os da Psicologia Social, como se o clínico não se interessasse por métodos e técnicas e se os outros não se interessassem pela dinâmica psíquica.

Figueiredo (2004, p. 60) também explica que a clínica implica numa intervenção, porém é outro equívoco pensá-la como mera aplicação de conhecimentos básicos, ele diz “é verdade que há um tipo de conhecimento que é produzido na clínica e só nela, mas é um equívoco tratar a clínica como uma mera área de conhecimento separada de outras áreas”. Assim, a oposição, segundo o autor, residiria na questão do método, havendo, sem dúvida, um método clínico de pesquisa e a definição da clínica psicológica seria a ética, pois ela está comprometida com a escuta do interditado e com a sustentação das tensões e dos conflitos.

No que se refere à Psicologia Social, Ferreira (2010, p. 51) destaca que “essa área tem se caracterizado pela pluralidade e multiplicidade de abordagens teóricas adotadas como referenciais legítimos à produção de conhecimentos sociopsicológicos”, sendo seu binômio indivíduo-sociedade, ou seja, o estudo das relações que o sujeito mantém entre si e com sua sociedade. Assim, a Psicologia Social dedicou-se prioritariamente ao estudo dos processos socioculturais, entendendo o indivíduo

como aquele que integra esse sistema. Contudo, com o passar do tempo ela se tornou mais individualista ao focalizar gradualmente a investigação de processos individuais.

Portanto, segundo Ferreira (2010), a Psicologia Social passou por mudanças de rumo, responsáveis por abordagens que se voltam novamente para a análise de eventos e processos históricos e culturais situados e dinâmicos.

### **3 METODOLOGIA**

A pesquisa de cunho qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, foi desenvolvida a partir de pesquisa de campo e de pesquisa bibliográfica. O estudo foi realizado por meio de visitas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de Porto Velho, tendo como foco a análise da realidade observada, com base na compreensão da intervenção psicossocial, no contexto das políticas públicas de saúde mental e assistência social.

A pesquisa de campo englobou visitas institucionais, nas quais foram realizadas observações diretas, registros sistemáticos em diário de campo e acompanhamento das práticas desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais e pelos usuários.

Paralelamente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com o objetivo de dar um suporte teórico às análises e reflexões, procedentes do campo. O referencial teórico teve como base principal os estudos de Montero (2004), no que se refere à psicologia comunitária e à participação social; Basaglia (2005), acerca da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização; Goffman (2007), especialmente, sobre instituições totais e processos de estigmatização e, Neiva (2011), no que diz respeito às práticas de intervenção psicossocial e à ética profissional.

O trabalho respeitou os princípios éticos da pesquisa em contextos institucionais ao preservar o sigilo das informações e a identidade dos sujeitos envolvidos. Adotou-se também a postura crítica, reflexiva e comprometida com os direitos humanos e com a promoção da cidadania.

## **4 ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL EM PORTO VELHO**

### **4.1 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS**

A partir da reforma psiquiátrica os espaços de atendimento à saúde mental são realizados pelas seguintes instituições, de acordo com a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001:

- a) Unidade Básica de Saúde, pautadas nos atendimentos individuais (consulta, psicoterapia, entre outros), grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades sócio terapêuticas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde), visitas domiciliares e atividades comunitárias. Essas equipes são compostas por especialistas (psiquiatra, psicólogo e assistente social), por equipes integradas (clínico geral, enfermeiro, auxiliares e agentes de

saúde) e por equipes multiprofissionais (psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar);

- b) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), instituição que deve ser administrada pela prefeitura de cada cidade e deve ser o local de referência para atendimentos nos casos de transtornos mentais severos e/ ou persistentes, como: psicose, neuroses graves. Disponibilizando “cuidados intensivos, comunitários, personalizados e promotor de vida” (Brasil, 2004). Ele vem com o objetivo de oferecer à população o “acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Brasil, 2004).

As pessoas que podem ser atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoa com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes com transtornos mentais (Brasil, 2004).

O atendimento do CAPS se dá em três modalidades, os CAPS I e II que se caracterizam por atender adultos com transtornos mentais severos e persistentes, o CAPS i que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais, o CAPS ad, que atende usuários de álcool e drogas, recebendo então pessoas que possuem transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas e, o CAPS III que é de atendimento a adultos com transtornos mentais de atendimento diário e noturno. Esse atendimento disponibilizará as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias, enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social.

A equipe de trabalho no CAPS deve ser composta por: médico psiquiatra ou, dependendo do CAPS, um médico neurologista, pediatra ou clínico geral com especialização em saúde mental, enfermeiro, ou seja, de 4 a 5 profissionais com formação em ensino superior.

#### 4.2 FINALIDADE DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)

A rede tem por objetivo prevenir em situação de risco, realizando um trabalho socioassistencial às famílias em situação de vulnerabilidade social, potencializando a convivência familiar e comunitária, com o intuito do fortalecimento de vínculos, bem como identificar a fragilidade social decorridas da discriminação étnica, de gênero e por deficiência.

Dentro desse processo, encontra-se o Programa Integral de Atenção à Família – PAIF que é

executado pelo CRAS, obrigatoriamente, promovendo as ações de serviços básicos continuados às famílias, como o acolhimento, acompanhamento familiar e atividades coletivas, evitando assim o rompimento de vínculo e a exclusão social.

No CRAS *Paulo Freire*, localizado na Av. Caúla, no Bairro Cuniã, em Porto velho, ocorrem os atendimentos às famílias referenciadas em território, que sofram de vulnerabilidade social. O trabalho contribui para a inserção, inclusão e promoção social de grupos familiares, buscando fortalecer o convívio familiar e comunitário. O CRAS oferece atendimento aos seus usuários com os serviços de cadastramento para o Cadastro Único para programas sociais do governo federal – CAD-ÚNICO, Programa de Atenção à Família – PAIF, Programa de Atenção ao Idoso – PAI, Benefício de Prestação Continuada – BPC, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI, Programa Bolsa Família – PBF, Projovem Adolescente e BPC na Escola. Através da inserção dos programas do governo federal, as famílias buscaram o desenvolvimento de suas potencialidades.

#### 4.3 O CAPS II: MADEIRA-MAMORÉ

O CAPS II Madeira-Mamoré está situado na avenida Elias Gorayeb, em Porto Velho. Segundo Silva *et al* (2014), esse CAPS funciona em Porto Velho há mais de uma década, prestando atendimento a toda a população do estado de Rondônia, é composto por uma equipe profissional: coordenadora, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, terapeuta ocupacional, administradores, entre outros profissionais de nível médio e técnicos administrativos.

Na primeira visita ao CAPS Madeira-Mamoré, a psicóloga da unidade teceu comentários de como eram tratados os doentes mentais de saúde antes da reforma psiquiátrica. As considerações da psicóloga remeteram ao que foi dito por Basaglia (2005, p.29) “viviam numa habitação forçada, como lugar de perpétua institucionalização, onde o doente está constantemente sob processo, condenado”. Remeteram também ao que foi dito por Goffman (2007, p. 24):

O novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais. Ao entrar é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições, começam as series de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu.

A psicóloga explicou que partir dos anos 70 alguns psiquiatras começaram a observar e a catalogar os sintomas e comportamentos que não eram identificados, buscando entender os processos que aconteciam com esses doentes.

A essa época, no Brasil, já existiam manicômios com três mil pessoas e outro com seis mil pessoas. O processo de mudança começou na Europa. Franco Basaglia, passou a defender a psiquiatria comunitária e começar a tratar e devolver para sociedade esses indivíduos marginalizados (Brandalise e Rosa, 2009).

De acordo com Brandalise e Rosa (2009), a partir da década de oitenta, há uma transformação do modelo de atenção à saúde mental, historicamente centrado no hospital psiquiátrico.

Segundo a psicóloga a aprovação da lei 10.216 de 06 de abril de 2001, conhecida como Lei “Paulo Delgado”, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionamento legal ao modelo assistencial em saúde mental. A partir de então, vieram portarias que começaram a direcionar os atendimentos.

A psicóloga informou que o começo de tudo se deu no ano 2000, quando estavam selecionados os primeiros profissionais.

Foi relatado que muitos pacientes não têm vínculo familiar, estão isolados, sem casa e, muitas vezes, quando a família é localizada, não demonstra interesse por eles.

A vida de muitos pacientes melhora depois que começam a ser atendidos pelo CAPS, de acordo com a profissional. Ela comenta também que muitos querem ser internados devido aos conflitos familiares e se sentem até protegidos no ambiente da internação. Isso acontece quando a família não contribui para essa reabilitação. Às vezes, é a família que precisa de tratamento, segundo ela.

Segundo o relato, são realizadas visitas às famílias, pelo psicólogo, quando a família não está bem, os membros são direcionados para terapia comunitária para haja uma união em busca do bem comum. Os casos graves são acompanhados pelo psiquiatra que preceitua remédios.

A psicóloga também relatou que, não existe uma triagem correta, pois todas as situações que aparecerem nos órgãos de saúde, geralmente, são direcionados para o CAPS.

O CAPS é um lugar de tratamento, na convivência com as oficinas, como: dança circular, coral, geração de renda, roda de conversa, arte, yoga, tratamento de ansiedade. Existem ainda projetos como: Programa de volta para casa, criado pelo Ministério da Saúde. Se trata de um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, tem como parte integrante o pagamento do auxílio reabilitação psicossocial, segundo a psicóloga da unidade.

De acordo com o Ministério da Saúde (2003), essa estratégia vem ao encontro de recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a área de saúde mental, com vistas a reverter, gradativamente, um modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais especializados por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária.

Dentro do CAPS, segundo o relato, todos precisam estar prontos para atender a todos, havendo momentos de necessidade de atendimento fora de horário. O acolhimento acontece de modo individual e em grupo. Todos os funcionários passam por um treinamento para que entendam o que é a doença mental. As necessidades financeiras são atendidas por meio de projeto que é enviado para secretaria de saúde.

Algumas dificuldades são mencionadas pela psicóloga, tais como: Preconceito por parte do próprio paciente que tem vergonha de falar o que sente; A família discrimina o doente por causa da vergonha; Discriminação por parte da sociedade; Situações religiosas que podem interferir, quando os que frequentam alguma igreja, são orientados a deixarem a medicação, voltando com problemas.

#### 4.4 O CAPS i

No momento da visita ao CAPS i, a psicóloga responsável por essa unidade estava formada há cinco anos. Segundo ela, o CAPS i surgiu para que houvesse um novo modelo de atendimento, não mais aquela prática hospitalocêntrica, onde o indivíduo era cuidado apenas por técnicas, sem olhar o sujeito com uma pessoa que precisa de cuidado.

De acordo com a profissional, dentro dessa ideia, nasceu uma nova proposta para o tratamento desses doentes, depois de algumas normativas, essa nova prática tem sido estabelecida no Brasil, não exigindo alguns profissionais.

O CAPS i presta serviços de atendimento especializado na área de saúde mental, funciona de segunda a sexta e atende crianças e adolescentes com sofrimento psíquico ou acometido de algum transtorno mental. A abrangência é a cidade de Porto Velho, Candeias do Jamari e Itapuã do Oeste. São atendidas crianças acima de cinco anos e adolescentes até 16 anos, segundo ela.

A psicóloga também descreveu o que seria o transtorno mental, pois quando o CAPS i foi inaugurado, algumas situações como birras e rebeldia estavam sendo direcionadas para o CAPS i. Assim, questões como rebeldia de adolescentes eram trazidas, a fim de que o adolescente fosse medicalizado, para mudança de seu comportamento, esquecendo o processo natural do desenvolvimento que passa todo ser humano.

Foi relatado que o CAPS i atende de transtorno mental moderado até transtorno mental severo. Seu objetivo é evitar a internação, pois os locais que prestam esses serviços são muito iatrogênicos.

O transtorno mental, de acordo com a psicóloga, é diferente de uma queixa relacionada ao comportamento de angústia. Às vezes, é levado um paciente com determinados comportamentos, ao começar o atendimento, percebe-se que somente em casa ele está agindo daquela maneira. Ela mencionou que existe o caso em que a família usa o “bode expiatório”, escondendo o problema da família e pondo a culpa no filho.

Essa situação também é explicada por Basaglia (2005, p. 37) “A busca, dentro de um grupo, do bode expiatório, do membro a excluir e, sobre o qual descarregar a própria agressividade, só pode ser explicada pela vontade do homem de excluir parte de si de que tem medo”. Esta necessidade de exclusão de um membro da família, muitas vezes é evidenciada nesse centro, segundo o relato.

A psicóloga citou o autor Pichon Riviere (1907–1977), um influente psiquiatra e psicanalista suíço, amplamente reconhecido como o pai da Psicologia Social na América Latina, comentando que

ele descreve situações como essa, quando um indivíduo é considerado um problema para que o grupo não olhe para seus próprios problemas.

De tal modo, finalizou, comentando que o CAPS i irá procurar separar o que é patologia do que não é patológico. Para isso, os profissionais se baseiam em critérios para avaliar se o que a criança ou o adolescente está apresentando se trata ou não de um transtorno mental.

#### 4.5 CRAS PAULO FREIRE

O psicólogo responsável pelo CRAS Paulo Freire explicou que todos os procedimentos são efetuados a partir de pressupostos éticos, conhecimento teórico metodológico e técnico operativo, com a finalidade de contribuir para a convivência e reconhecimento de direitos e possibilidade de intervenção na vida social de um grupo, unido por vínculos, consanguíneos de afinidade ou solidariedade.

Sobre o tema, Montero (2004) explica que a dimensão ética se refere à inclusão do outro no processo de produção do conhecimento, no que se refere a sua participação efetiva na autoridade e na propriedade do saber, construído coletivamente.

Neiva (2011) também comenta que o interventor deve manter uma atitude ética e de respeito para com a instituição, deve analisar as necessidades prioritárias e planejar a intervenção, definindo estratégias, técnicas e táticas para a elaboração de um projeto.

Em conformidade com esses princípios, o psicólogo relatou que quando aparece alguém solicitando ajuda, ele procura primeiro descobrir se essa pessoa não está acometida de algum transtorno de personalidade.

Assim, comentou que aparecem, frequentemente, apenados foragidos, buscando ajuda na assistência social como cesta básica, mas, muitos deles, estão buscando uma instituição pública para se esconder. Devido à diferenciada demanda, se o psicólogo não souber quais são as suas atribuições, acaba por se desviar da função para a qual foi designado.

Segundo o psicólogo, o bom desempenho, na função de psicólogo, no CRAS, é fazer uma boa triagem dos casos que aparecem.

Essa dimensão, a que o psicólogo se refere, foi proposta por Montero (2004) que explica a relação interventor e comunidade diante do conhecimento produzido. Neiva (2011) também contribui com este tema, expondo passos importantes, semelhantes aos de Montero, a serem tomados antes da intervenção. Neiva (2011), esclarece que o interventor deve, primeiramente, conhecer o grupo, ajudá-los a fazer um levantamento das necessidades psicossociais, para a decisão dos focos da intervenção.

Percebe-se, dessa forma, que o psicólogo deste centro, realiza um trabalho de intervenção, pautado no conhecimento do grupo dentro da relação interventor e grupo.

## 5 CONCLUSÃO

O trabalho realizado envolveu visitas e registros de dados, busca e estudo de aporte teórico e possibilitou experiências e compreensão da natureza da intervenção psicossocial, relacionada à ética à construção e à execução de projetos de intervenção.

Esses procedimentos proporcionaram a aproximação com a realidade dos serviços, bem como com as dinâmicas institucionais, o que favoreceu a compreensão da natureza ética, política e social dessas intervenções.

A análise qualitativa e interpretativa dos dados, em paralelo ao referencial teórico adotado, permitiu refletir sobre a construção e a execução de projetos de intervenção na comunidade e sobre os desafios éticos, metodológicos e estruturais presentes nas práticas psicossociais, desenvolvidas nos serviços das instituições como os CAPS e os CRAS.

O trabalho de intervenção psicossocial, nos Centros de Atendimento Psicossocial, portanto, apresenta grandes desafios. Alguns deles se referem a colocar em prática disposições idealizadas na Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de doenças mentais.

Verificou-se, ainda, que falta investimento do poder público para que haja qualidade nos atendimentos à comunidade. Como, por exemplo, o CAPS i, onde os funcionários contribuem com recursos próprios para comprarem lanche para as crianças e para desenvolverem certas atividades.

Outros pontos verificados se referem à falta de estrutura adequada para um atendimento eficaz e à falta de número suficiente de psicólogos para atendimento da demanda.

Por fim, vale salientar que, embora haja desafios e barreiras à concretização das disposições descritas na Lei 10.216, a reforma psiquiátrica foi um grande passo para as mudanças no atendimento às pessoas com doenças mentais, devendo ainda ocorrer mais avanços, dentro das políticas públicas brasileiras, para a continuidade da melhoria desse setor da saúde.



## REFERÊNCIAS

- BASAGLIA, Franco. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica; organização Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BAREMBLITT, Gregório F. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto de Antropologia Aplicada, 2002.
- BION, Wilfred R. Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo. Tradução de Walderedo Ismael de Oliveira. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- BLEGER, José. Psico-higiene e psicologia institucional. Tradução de Emília de Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BRANDALISE, Fernando; ROSA, Gabriela Lyra. Velhas Estradas: Caminho novo – Acompanhamento terapêutico no contexto da Reforma Psiquiátrica. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009. Disponível em: [periodicos.ufsc.br](http://periodicos.ufsc.br). Acesso em: 18 fev. 2025.
- BRASIL. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_, Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- FERREIRA, Maria Cristina. A Psicologia Social Contemporânea: Principais Tendências e Perspectivas Nacionais e Internacionais. In: Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2010, Vol. 26 n. especial, pp. 51-64. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26nspe/a05v26ns.pdf>. Acesso em 16 jan. de 2025.
- FIGUEREDO, Luiz Claudio. Revistando as Psicologias: Da epistemologia à Ética das praticas e discursos psicológicos. 3ª ed. São Paulo, Vozes, 2004.
- GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- LAPASSADE, Georges. Grupos, organizações e instituições. Tradução de Maria de Fátima Ferreira e Maria de Fátima Sá Correia. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- LEWIN, Kurt. Princípios de psicologia topológica. Tradução de Karl Zener e Herbert Adams. Boston: McGraw-Hill, 1936.
- MONTERO, M. Introducción a La Psicología Comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós, 2004.
- MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; NEVES, Edwiges de Oliveira. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 27, n. 4, p. 608-621, 2007. Disponível em: SciELO. Acesso em: 18 fev. 2025.
- NEIVA, Kathia Maria Costa. O que é Intervenção Psicossocial? Aspectos teóricos, metodológicos e experiências práticas. São Paulo: Vetor, 2011.



SILVA, José Carlos Barboza da. À Luz dos Olhos Meus. Oficina terapêutica de fotografia no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Madeira-Mamoré: um relato de experiência como prática da disciplina Psicopatologia geral. EFDeportes.com, Revista Digital, Buenos Aires, ano 19, n. 192, maio 2014. Disponível em: [www.efdeportes.com](http://www.efdeportes.com). Acesso em: 18 fev. 2025.