



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**NOVOS OLHARES EM TORNO DA PRÁTICA  
PSICOLÓGICA: O PONTO DE VISTA  
DE PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM AS EQUIPES  
MULTIPROFISSIONAIS DOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Juliana Cantele**

Santa Maria, RS  
2013

**NOVOS OLHARES EM TORNO DA PRÁTICA  
PSICOLÓGICA: O PONTO DE VISTA DE PROFISSIONAIS  
QUE COMPÕEM AS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DOS  
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

por

**Juliana Cantele**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, Área de  
Concentração em Psicologia da Saúde, Linha  
de Pesquisa: Saúde, desenvolvimento e contextos sociais da  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como  
requisito parcial para a obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia

**Orientador: Profa Dra Dorian Mônica Arpini**

Santa Maria, RS

2013

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências Sociais e Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
Aprova a Dissertação de Mestrado

**NOVOS OLHARES EM TORNO DA PRÁTICA PSICOLÓGICA: O  
PONTO DE VISTA DE PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM AS  
EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL**

elaborada por  
**Juliana Cantele**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia

**Comissão Examinadora:**

**Dorian Mônica Arpini, Dra.**  
(Presidente/Orientador)

**Daniela Ribeiro Schneider, Dra. (UFSC)**

**Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra. (UFSM)**

**Beatriz Teixeira Weber, Dra. (UFSM)**  
(suplente)

**Santa Maria, 19 de março de 2013**

## **Agradecimentos**

À Deus e a fé que aquece os meus sentimentos;

À Mônica, além de professora e orientadora, sempre me guiou com tamanho afeto e sabedoria. Aprendi a ter paciência, serenidade diante dos desafios, a ponderar, a dizer o que é necessário com suavidade, há ter postura profissional sem perder a espontaneidade;

Aos CAPS e profissionais que acolheram a pesquisa com boa-vontade e disponibilidade, compartilhando conosco suas percepções e sentimentos;

Aos usuários que nos colocam em movimento diante da nossa prática;

Aos meus queridos colegas de Mestrado, dos quais compartilhei momentos significativos durante essa trajetória, sentirei saudades das conversas, das risadas, das lágrimas derramadas, das histórias de vida contribuindo para o amadurecimento interno de cada um, e principalmente, pelo afeto dedicado em cada palavra e em cada gesto carinhoso;

Ao nosso grupo de trabalho, sempre carinhoso e acolhedor, fizeram parte de cada canto das salas e corredores;

Aos professores do Mestrado e ao Secretário Rui que sempre ampararam em tudo quanto possível;

Aos meus amigos de longo tempo e aos novos, que souberem ser pacientes com os: “hoje não vai dar, preciso escrever, é o meu momento de mergulhar na dissertação”;

À minha família querida e amada, agradeço o afeto visível, a palavra dita, os gestos calmos e impulsivos, as “malas” que mudavam com o passar dos anos, das quais sempre me ajudaram a carregá-las;

Chegar ao fim de um processo traz consigo a alegria da conquista e a tristeza de ir embora, de uma reconstrução entre a desvinculação e a vinculação ressignificada. Concluir essa etapa é sair de um lugar construído para um desacomodar constitutivo.

**MUITO OBRIGADA!**

## RESUMO

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Universidade Federal de Santa Maria

### NOVOS OLHARES EM TORNO DA PRÁTICA PSICOLÓGICA: O PONTO DE VISTA DE PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM AS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Autora: Juliana Cantele  
Orientadora: Dorian Mônica Arpini  
Data e local da defesa: Santa Maria, 08 de abril de 2013

Com o despertar dos trabalhadores em saúde mental surge a Reforma Psiquiátrica Brasileira na perspectiva de superar o modelo hospitalocêntrico, levando ao sujeito que sofre uma forma mais humanitária de tratamento. Assim, os Centros de Atenção Psicossocial entram em vigor com a finalidade de restabelecer os laços entre o usuário, a família e a sociedade, ampliando as possibilidades de acolhimento e atendimento. O psicólogo, ao lado de outros profissionais, passa a se inserir nesse novo modelo. O presente estudo teve como objetivo conhecer o fazer da prática psicológica a partir do olhar da equipe multiprofissional de dois Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade de porte médio do interior do Rio Grande do Sul. Com esse intuito, foi realizado um estudo de caráter qualitativo com a utilização da técnica de entrevista semidirigida, juntamente com observações sistemáticas ocorridas nos dois Centros de Atenção Psicossocial. A análise dos dados foi feita através da análise de conteúdo, mais especificamente a Análise de Conteúdo Temática. Os resultados são apresentados através de dois artigos. O primeiro intitulado *Ressignificando a prática psicológica: o olhar da equipe multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial* aborda questões sobre a prática psicológica na visão dos profissionais que compuseram o estudo. Destaca-se que a prática psicológica foi apontada como relevante para o serviço, constituindo-

se em ações que incluem para além das atividades de atendimento individual, a realização de grupos, atividades coletivas e interdisciplinares. O psicólogo foi identificado como um profissional integrado e participativo no serviço, além de ser o profissional que faz o link entre equipe-família-sociedade. A escuta psicológica foi destacada como sendo diferenciada das demais modalidades de escuta, constituindo-se por sua especificidade na principal ferramenta utilizada pelo psicólogo dentro desse contexto de atuação. O segundo artigo intitulado *A Equipe Multiprofissional e a prática interdisciplinar: desafios do novo modelo de atenção em Saúde Mental* retrata as questões referentes ao trabalho multiprofissional dentro de uma perspectiva inter e transdisciplinar. Inicialmente os profissionais apontaram o despreparo e as dificuldades vivenciadas quando da inserção num CAPS. Em relação a este aspecto, referem a supervisão clínico-institucional como um dos dispositivos que auxilia na superação das fragilidades encontradas no cotidiano. Os profissionais destacaram a importância da integração dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, da realização das reuniões de equipe, ao mesmo tempo em que lembraram a importância da especificidade de cada núcleo profissional com vistas à construção de um olhar ampliado em relação ao fenômeno. As considerações finais apontam um movimento significativo da prática psicológica, o qual pode ser evidenciado pela superação do modelo prioritariamente individual que marcou a trajetória da prática profissional. Identificou-se um ressignificar da atuação do psicólogo no cotidiano das instituições, redefinindo o seu lugar dentro das equipes de saúde mental. Conclui-se ainda que, não foi só o profissional da psicologia que precisou ressignificar sua prática, os integrantes da equipe multiprofissional também necessitaram reorganizar suas funções perante a essa nova modalidade de atenção em saúde mental, que emerge com a criação dos CAPS. Assim, vê-se um movimento na direção de uma prática mais integrada, com ações interdisciplinares e sustentada por uma perspectiva transdisciplinar.

**Palavras-chave: Saúde Mental; Centro de Atenção Psicossocial; Prática Psicológica;  
Equipe multiprofissional.**

# ABSTRACT

Master's Thesis  
Postgraduate Program in Psychology  
Universidade Federal de Santa Maria

## NEW LOOKS AROUND THE PSYCHOLOGICAL PRACTICE: THE VIEWPOINT OF PROFESSIONAL TEAMS THAT COMPOSE MULTIPROFISSIONAIS CENTERS OF ATTENTION PSYCHOSOCIAL

Author: Juliana Cantele  
Advisor: Dorian Mônica Arpini  
Date and place of defense: Santa Maria, April 8, 2013.

The rouse of the mental health workers launches the Brazilian Psychiatric Reform, aiming to overcome the model of health care centered in the hospital, leading the suffering subject to a more humanitarian form of treatment. Thus, the Psychosocial Health Centers enter into force to restore the bonds among the user, his/her family and society, broadening the possibilities of user embracement and care. The psychologist, together with other professionals, is inserted in such new model. This study aimed to know the interventions practiced by psychology, from the perspective of the multiprofessional team of two Psychosocial Health Centers of a medium-sized city in the interior of Rio Grande do Sul. A qualitative study was carried out, using semi-directed interviews, together with systematic observations in the two Psychosocial Health Centers. Content analysis, more specifically thematic content analysis was used to analyze data. Results are presented in two articles. The first one is entitled *Resignifying Psychological Practice: the perspective of the multiprofessional team of Psychosocial Health Centers* and approaches themes regarding the psychological practice in the perspective of professionals who took part in the study. Psychological practice was highlighted as relevant to assistance, being constituted of actions that include, besides the individual assistance activities, group, collective and interdisciplinary activities. The psychologist was identified as an integrating and participatory professional in



the service, and pointed out as the professional who mediates the link among health professionals team-family-society. Psychological understanding was mentioned as differentiated from the other modalities of understanding, being the main tool used by the psychologist in such professional context. The second article, entitled *The Multiprofessional Team and the interdisciplinary practice: challenges of the new health care model in Mental Health* portrays themes concerning the multiprofessional work in an interdisciplinary and transdisciplinary perspective. Initially, the professionals pointed out the unpreparedness and the difficulties lived when the professionals began their activities in a PHC. Regarding such aspect, they refer the clinical and institutional supervision as one of the devices that helps overcoming the fragilities faced daily. The professionals emphasized the importance of the integration of professionals that are part of the multiprofessional teams, of the health care team meetings, and, at the same time, they mentioned the importance of the specificity of each professional nucleus, as regards the construction of a wider perspective in relation to the phenomena. Final considerations emphasize a significant movement of the psychological practice, evidenced by the overcoming of the basic individual model, that has marked the path of the professional practice. The resignification of the psychologist's practice in the daily work of institutions was identified, redefining his/her place within the mental health teams. In conclusion, the results convey that the psychology professional was not the only one who needed to resignify his/her practice. The other members of the multiprofessional team also needed to reorganize their functions regarding such new modality of mental health care that emerges from the emergence of PHC. Therefore, a movement in the direction of a more integrated practice, including interdisciplinary actions and supported by an interdisciplinary perspective, is evidenced.

**Keywords: Mental Health; Psychosocial Health Center; Psychological Practice;  
Multiprofessional team.**

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1. Contextualizando o campo da Reforma Psiquiátrica Brasil.....	17
1.2. Implantação dos serviços substitutivos - CAPS.....	28
<b>CAPÍTULO 2 – TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	31
2.1. Desenho do estudo.....	31
2.2. Procedimentos realizados.....	32
2.2.1. Participantes.....	33
2.3. Instrumentos.....	34
2.4. Análise dos dados.....	37
2.5. Riscos e Benefícios da Pesquisa.....	39
<b>CAPÍTULO 3 – RESSIGNIFICANDO A PRÁTICA PSICOLÓGICA: O OLHAR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b> .....	41
Resumo.....	41
Abstract.....	42
3.1. Relembrando a História.....	42
3.2. Método.....	50
3.3. Resultados e discussões.....	55
3.4. Considerações Finais.....	71
3.5. Referências.....	72
<b>CAPÍTULO 4 – A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR: DESAFIOS DO NOVO MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL</b> .....	76
Resumo.....	76
Abstract.....	77
4.1. Introdução.....	78
4.2. Método.....	85
4.3. Resultados e discussões.....	89
4.4. Considerações Finais.....	112
4.5. Referências.....	114
<b>CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	118
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	121
<b>ANEXOS</b> .....	128
Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	128
Anexo 2 – Termo de Autorização Institucional.....	130
Anexo 3 – Termo de Confidencialidade.....	131
Anexo 4 – Instrumento de Coleta de Dados.....	132

## APRESENTAÇÃO

Apesar de já existirem estudos focando o repensar das práticas dos profissionais de saúde mental, incluindo o profissional da psicologia (Spink, 2003; Dimenstein, 2000; Dimenstein & Macedo, 2010; Cantele, Arpini & Roso, 2012; More, Leiva & Tagliari, 2002), consideramos ser de extrema importância repensar e ressignificar a todo o momento a prática psicológica, não só enquanto redes de serviços substitutivos, mas também enquanto prática realizada por profissionais inseridos em equipes multiprofissionais.

Desta forma, entendemos ser o questionamento - sobre a prática psicológica - fundamental para o empreendimento do processo interdisciplinar, uma vez que remete o profissional psicólogo ao trabalho de reflexão e, conseqüentemente, de adequação do seu fazer para que este atenda melhor às demandas encontradas nos serviços de saúde mental juntamente com a equipe.

A presente pesquisa surgiu a partir da realização de um estudo intitulado *A perspectiva da psicologia dentro do atual modelo de atenção em saúde mental*, o qual teve como objetivo compreender, através da prática de profissionais da psicologia já inseridos no atual modelo de atenção em saúde mental, como eles têm construído a sua inserção dentro dessa nova proposta. Neste estudo, deparei-me com novas indagações ao concluir o trabalho. Uma delas foi a preocupação percebida nos profissionais em relação à formação, a qual foi apontada por eles como predominantemente da clínica tradicional, exigindo, portanto, uma profunda adaptação por parte dos profissionais ao entrarem em contato com o trabalho no CAPS. Outro aspecto apontado foi a efetiva participação dos profissionais da psicologia os quais ocupam um espaço significativo nas equipes, inclusive atuando como coordenadores dos Centros de Atenção Psicossocial. Outro ponto importante, que justificou a realização deste estudo, é que ele possibilitou identificar que o psicólogo tem um lugar diferenciado dentro dos serviços de

saúde mental, tornando-se referência, principalmente entre os profissionais que compõem a equipe.

Além disso, durante minha trajetória acadêmica, iniciada pela estágio de observação em um CAPS ad, e posteriormente através do estágio específico realizado em uma unidade psiquiátrica para dependentes químicos, e com a efetivação de um estágio transdisciplinar no período de duas semanas na cidade de São Lourenço do Sul-RS, pude vivenciar experiências em instituições de Saúde Mental. A partir dessas vivências, muitas indagações surgiram, entre elas: a) qual é o lugar do psicólogo dentro desse novo modelo de atenção em saúde mental?; b) quais as dificuldades encontradas por esses profissionais, uma vez que a história da prática da psicologia sempre foi muito individual e fechada?; c) como os psicólogos estão construindo e compartilhando sua prática profissional com outros profissionais dentro das equipes dos CAPS?

Assim, se buscou compreender através do olhar dos componentes da equipe, o fazer da prática psicológica, as funções e os papéis atribuídos à ação do psicólogo, o conhecimento da equipe em torno da especificidade da prática psicológica e o “lugar” que a psicologia tem ocupado entre os profissionais que compõem a equipe.

O estudo de tais questões viabiliza maior aprofundamento da temática e, posteriormente, nos possibilita oferecer subsídios para a reflexão da prática do psicólogo que atua nas instituições públicas, mais especificamente, na saúde mental. Também nos possibilita nortear as atividades do profissional da Psicologia tanto em nível acadêmico quanto profissional, no sentido de estarmos atentos às peculiaridades do contexto multiprofissional no âmbito da saúde mental.

O núcleo da Psicologia sempre procurou pesquisar e compreender o funcionamento e a dinâmica do ser humano em seus diversos contextos (biopsicossocial) seja em grupo seja individualmente, para posteriormente poder intervir sobre ele. A pesquisa envolvendo a

prática da psicologia inserida no âmbito da saúde mental, a partir do olhar multiprofissional dos componentes da equipe, foi de extrema importância para a compreensão de todos os saberes e o entrelaçamento coletivo de todos no momento de intervir, permitiu a reinvenção de um lugar de referência de múltiplos saberes e poderes, onde todos detêm um saber.

Dessa forma, a revisão teórica apresenta inicialmente um breve percurso histórico do tratamento da loucura no Brasil chegando à reforma psiquiátrica brasileira, com a lei 10.216 (2001) e com o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial. Esses, por se constituírem o local onde a pesquisa foi realizada, foram abordados em sua legislação e modos de funcionamento.

O capítulo dois apresenta a trajetória metodológica, da qual escolheu-se como método a abordagem de caráter qualitativo, entendendo a sua adequação aos objetivos do estudo. O local onde o estudo foi realizado foram dois Centros de Atenção Psicossocial localizados em uma cidade do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 10 profissionais técnicos de nível superior. Entre eles: dois enfermeiros, um psiquiatra, duas assistentes sociais, duas fisioterapeutas, uma pedagoga, uma arteterapeuta e uma educadora física, que atuam nesses locais. Para a realização do estudo, foi utilizada a técnica de entrevista semidirigida, juntamente com observações sistemáticas em reuniões de equipe de cada CAPS. A análise e a discussão dos dados foi baseada no método de análise de conteúdo como proposto por Bardin (1979), mais especificamente a Análise de Conteúdo Temática (Gomes, 2012).

O capítulo três intitulado *Ressignificando a prática psicológica: o olhar da equipe multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial*, está revestido com elementos que trazem a história da prática psicológica, uma vez que esta traz, em sua bagagem histórica, o desenvolvimento de ações dentro de um perfil mais fechado e isolado. Com a inserção da psicologia em outros âmbitos de atuação, foi necessária uma desacomodação em seu fazer solicitando a ampliação do seu olhar sobre o fenômeno saúde, aqui, especificamente, saúde

mental. Assim, a pesquisa refere-se à visão dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais em torno da prática psicológica. Os resultados apontam mudanças significativas, na medida em que os profissionais descreveram a prática psicológica a partir de ações plurais que incluem atividades grupais, individuais, acolhimento, visitas domiciliares e participação nas reuniões de equipe. Os profissionais apontaram o profissional da psicologia como integrado, o qual não só mantém atividades interdisciplinares e conjuntas como também dialoga com a equipe, usuários e familiares.

O capítulo quatro denominado *Equipe Multiprofissional e a prática interdisciplinar: desafios do novo modelo de atenção em Saúde Mental*, aborda questões referentes à equipe multiprofissional e nele se repensa seu processo de trabalho no ambiente das instituições em saúde mental. Na discussão, leva-se em conta que o novo modelo de atenção em saúde mental pressupõe uma multidisciplinaridade de saberes e práticas os quais são colocados em interação para além da função específica de cada núcleo profissional, construindo, assim, uma visão complexa dos fenômenos. Dessa forma, pode-se constatar que os profissionais nem sempre se sentem preparados para o trabalho no CAPS. Esse aspecto foi apontado como aquele que afeta a psicologia e os diferentes núcleos profissionais que integram o CAPS. Para superar o (des)conhecido, a equipe buscou a Supervisão Clínica Institucional como saída para pensar suas ações dentro dessa nova área emergente, contando também com as reuniões de equipe para a efetiva construção de um trabalho conjunto. Sendo assim, para pensar e ressignificar o processo de trabalho nessas instituições, torna-se indispensável definir o lugar e a especificidade de cada um na equipe. Ao falarmos em equipe multiprofissional estamos delineando o trabalho interdisciplinar que, no presente estudo, ficou evidente através das práticas grupais compartilhadas entre as diversas áreas que compõem a equipe, sem perder de vista o olhar transdisciplinar.

Ao final, são apresentadas as considerações finais, as quais apontam que a prática psicológica se define a partir de um leque de atuações nos espaços dos CAPS. O psicólogo é identificado como um profissional mais aberto e integrado ao serviço. As equipes mostraram-se integradas, constituindo assim, no interior das instituições, uma ação interdisciplinar. Para além disso, evidenciou-se a busca pela formação continuada como construção permanente de olhar transversal.



# CAPÍTULO 1

## INTRODUÇÃO

### *1.1 Contextualizando o campo da reforma psiquiátrica brasileira*

As principais mudanças ocorridas no tratamento da doença mental na Itália, França, Inglaterra, EUA e Brasil estão interligadas, apesar de apresentarem particularidades, as quais decorrem do contexto sócio-histórico em que as transformações tiveram lugar e também da maneira como cada sociedade se relaciona com a loucura (Amarante, 2003) .

De acordo com Resende (1987), no Brasil, durante muito tempo, ao avesso da situação vivenciada na Europa, a doença mental conservou-se silenciada. Os doentes mentais perambulavam livremente pelas cidades, aldeias e campos na época do Brasil Colônia. Eram muitas vezes expostos a depreciações e viviam da caridade pública, oferecendo pequenos serviços. Caso demonstrassem comportamentos violentos, eram aprisionados, recebendo o mesmo tratamento dado a qualquer outro sujeito que ali permanecesse.

Resende (1987) assegura que, já no final do século XVIII, a economia, em nosso país, assim como na Europa, era essencialmente rural. As cidades ainda continuavam pouco povoadas e distantes da industrialização. A vida social da época se distinguiu entre dois pólos: por um lado, uma minoria de senhores e proprietários e, por outro, uma multidão de escravos. Existia ainda a categoria dos desocupados constantes, da qual os doentes mentais passaram a fazer parte depois de trezentos anos de descaso. As Santas Casas de Misericórdia abrigavam os doentes mentais da época, no entanto, não proporcionavam nenhuma assistência médica adequada. Na verdade, nem sabiam como tratar sujeitos com algum sofrimento psíquico, deixando-os aglomerados em porões, onde eles sofriam maus-tratos por parte dos guardas e de carcereiros.

No entanto, aos pouco, foram sendo reconhecidos, na loucura, certos comportamentos específicos dos doentes mentais. A partir daí, eles começaram a receber destino diferenciado daquele oferecido aos que ficavam postos à margem da sociedade, lembra Resende. “Apesar disso, o destino do doente mental seguirá irremediavelmente paralelo ao dos marginalizados de outra natureza: exclusão em hospitais, arremedos de prisões, reeducação por laborterapias, caricaturas de campos de trabalho forçado” (1987, p. 36). E ainda, para a desventura dos alienados mentais, tais processos, passam a ser referenciados pela ciência.

Em meio a tais transformações, surgiu, no final do século XVIII, o hospital psiquiátrico (Foucault, 1978). Através dele, os loucos foram “libertados” das correntes que durante muito tempo os aprisionavam. As principais mudanças ocorridas no tratamento da doença mental ganharam novos protagonistas. Entre esses, podemos destacar: Philippe Pinel, na França, William Tuke, na Inglaterra, Chiaruggi, na Itália, Todd, nos Estados Unidos, entre outros, os quais tomaram a frente em um movimento de reforma, em que, pela primeira vez, os loucos teriam seu próprio “lugar” e, conseqüentemente, receberiam sistematicamente cuidados psiquiátricos (Resende,1987). Com a criação dos asilos, o médico tornou-se responsável pelo doente mental (Foucault, 1978; Basaglia, Ongaro, Casagrande, Jervis, Comba, Pirella, Schittar & Slavich, 2002).

Baseadas em teorias e práticas estabelecidas, surgiram diferentes opiniões. De um lado, uma mitificação cega e, de outro, os que asseguravam que, se as faixas que atavam fisicamente os doentes mentais foram concretamente rompidas, outras maneiras de silenciá-los apareceram, provavelmente, mais sutis, porém, perigosas (Resende, 1987). Lembra o autor que, ao invés de correntes, construiu-se em volta dos doentes mentais todo um estigma moral, que transformava o asilo numa instância árdua de julgamento. Assim, o louco, na primeira revolução psiquiátrica, tinha de ser vigiado em seus movimentos, chegando até mesmo a ser ridicularizado e humilhado nas suas pretensões. O tratamento moral nada mais era que a

utilização e a aceitação da disciplina, pois, na verdade, todos os aspectos convergiam para esse fim. Com isso, os reformuladores do século XVIII nada mais teriam estabelecido que a substituição da violência aberta pela violência velada (Basaglia, 1985).

Sendo assim, a internação passou a ter um aspecto asilar, na qual, os doentes mentais tornaram-se objetos das práticas psiquiátricas. Amarante (2003), ao falar sobre isso, ressalta que

O hospital do século XVIII deveria criar condições para que a verdade do mal explodisse, tornando-se *locus* de manifestação da verdadeira doença. Nesse contexto inauguram-se práticas centradas no baluarte asilar, estruturando uma relação entre medicina e hospitalização, fundada na tecnologia hospitalar e em um poder institucional com um novo mandato social: o de assistência e tutela (p. 26).

De acordo com Foucault (1978), Tuke tornou-se conhecido por fundar “casas de campo” (p. 467), nas quais os doentes mentais conviviam em contato direto com a natureza. No entanto, faz-se importante destacar que, por trás dessa imagem “bonita” do asilo, o que realmente se concebia era a segregação moral e religiosa desses doentes. Logo, o hospital passou a ser um local no qual o medo era exercido não mais por instrumentos que atingissem o corpo, e sim através do discurso predominante da época. Assim, “a ciência das doenças mentais, tal como se desenvolve nos asilos, pertencerá sempre à esfera da observação e da classificação” (Foucault, 1978, p. 482).

Dentro da estrutura asilar, o médico era aquele que detinha o poder, simbolizando sua autoridade perante a instituição, enquanto o doente mental era meramente excluído da mesma e mantido atrelado à condição de objeto. “Trata-se do ‘poder institucional’, (...), ou de um poder ‘terapêutico’, ‘teórico’, ‘carismático’ ou ‘fantasmagórico’, em que o psiquiatra goza de uma situação de privilégio em relação ao doente” (Basaglia et al., 2002, p. 17).

Silva (2004) ressalta que, desde o século XIX, a classe médica foi encarregada de vigiar as fronteiras entre a razão e a loucura, denominada doença mental. O poder do médico baseava-se no poder que esse exercia sobre os pacientes. Essa competência estava implicada

na verdade do que se dizia e, contrariamente, pela maneira que a verdade seria fabricada e comprometida pelo seu poder.

O conhecimento específico sobre a doença mental, por sua vez, fez necessário o surgimento de uma instituição específica para tratar os doentes. Como pontua Resende (1987), “as opiniões são unânimes em situar o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira em 1852” (p. 37), quando inaugurado pelo imperador D. Pedro II, no Rio de Janeiro, o manicômio que recebeu seu nome. Outros estados, entre eles São Paulo, Pernambuco, Pará e Bahia, seguiram seu exemplo.

O hospital psiquiátrico da época não existia enquanto lugar de cura. A nosologia psiquiátrica não se fazia presente nas instituições, da mesma forma como o saber médico não participava do processo de seleção da clientela. “A função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico, nos seus primeiros anos de existência, pode ser demonstrada em diversos aspectos institucionais” (Resende, 1987, p. 39). Entre eles: denúncias de maus-tratos, superlotação, ausência de higiene e a desassistência médica nos hospitais, da mesma forma como no momento anterior (Resende, 1987, p. 39).

Em meio a essas informações sobre o surgimento do hospital psiquiátrico e sua maneira desumana de tratar a loucura, Resende (1987) aponta que esta instituição sofreu transformações perante a afirmação da medicina científica e positivista. Da mesma forma, a situação social e econômica que foi determinante para o nascimento dos hospícios configurou-se favorável a essas mudanças. E após a Proclamação da República, a psiquiatria empírica cedeu lugar à psiquiatria científica, tornando definitivamente a classe médica representante da assistência ao sofrimento mental.

Entre os tratamentos mais utilizados, destacava-se o *open-door*, marcado pela reprodução da vida dentro de uma comunidade rural, tanto em instituições fechadas como em lugares abertos. As construções de colônias agrícolas encontraram um ambiente político e

ideológico favorável ao seu desenvolvimento, sendo agregadas à rede de serviços na maior parte da sociedade brasileira. Frustraram-se em suas intenções de recuperação do doente, restando-lhe como único papel excluí-lo de seu convívio social, escondendo-o dos olhos da sociedade (Resende, 1987).

Durante esse tempo, o cuidado ao doente mental permanecia principalmente restrito ao interior dos asilos, nos quais eram submetidos aos maus-tratos e abandono, existindo poucas propostas e tentativas isoladas de transformação que não vieram a ecoar. Chegando ao fim da década de 1950, a situação era caótica, pois os manicômios apresentavam superlotação, maus-tratos, carência de profissionais e precárias condições de hotelaria. Desse modo, as colônias agrícolas haviam abandonado a atividade do campo como lugar terapêutico. Surgiu em seu lugar, restrito “a pequenos grupos de pacientes, um arremedo de praxiterapia” (Resende, 1987, p. 55).

Em fins da década de 1960 e início dos anos 1970, organizou-se, no Brasil, o modelo das comunidades terapêuticas e teve início o movimento da psiquiatria comunitária. Esses movimentos pretendiam renovar as atuações das práticas hospitalares, não apenas para os pacientes, mas também das instituições e suas equipes. Apesar de não ter conseguido o resultado almejado, tais comunidades entusiasmaram algumas vivências contemporâneas da reforma psiquiátrica, na medida em que colocaram em questão as tradicionais estruturas das instituições asilares (Tenório, 2002).

Outro marco significativo no início da história da reforma psiquiátrica foi a crise da DINSAN (Divisão Nacional de Saúde Mental), a partir da qual surgiu o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Esse foi originado em boa parte pelo Centro Brasileiro de Educação e Saúde (CEBES) e pelo Movimento de Renovação Médica (REME), tendo um papel importante ao acender a luz das denúncias e acusações ao governo militar,

especialmente, sobre a assistência psiquiátrica brasileira, a qual incluía torturas, fraudes e corrupções (Amarante, 2003).

A DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), que não realizava concursos públicos desde 1956/1957, gerou um quadro antigo e defasado para as suas instituições. Mas, em 1974, com os recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental, passou a contratar “bolsistas”, profissionais graduados ou estudantes universitários que atuavam como psicólogos, médicos, assistentes sociais e enfermeiros. Amarante (2003) indica que as condições institucionais se encontravam em estado precário, havia situações de ameaças e violências tanto aos profissionais quanto aos pacientes, denunciavam-se frequentemente várias formas de crueldade, entre elas estupro, trabalho escravo e mortes não explicadas.

A crise aconteceu quando três médicos bolsistas do CPPII denunciaram publicamente a precária situação dos hospitais, trazendo à tona as irregularidades desses locais. A movimentação dos bolsistas encontrou voz no Centro Brasileiro de Educação e Saúde, voltado principalmente para a crítica ao modelo sanitário brasileiro. Encontrou força também no Sindicato dos Médicos, recém assumido pelo Movimento de Renovação Médica, no qual se destacava o viés corporativo, (Amarante, 2003).

Através do Movimento de Trabalhos em Saúde Mental ocorreram diversas reivindicações. Entre elas, podem ser citadas a regularização salarial, a formação de recursos humanos, as críticas feitas às relações entre instituição, clientela e profissionais, ao modelo médico assistencial ajustado na terapêutica biológica e às condições de atendimento. Dessa forma, o MTSM “é o ator a partir do qual originalmente emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico” (Amarante, 2003, p.51).

Mais um importante acontecimento ocorreu em outubro de 1978, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro. De acordo com

Amarante (2003), a efetivação deste encontro possibilitou a vinda ao Brasil dos principais representantes dos movimentos de pensamento crítico em saúde mental, dentre eles, Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffman e outros. Basaglia conduziu boa parte dos debates e das polêmicas levantados no congresso ao apontar o caráter elitista do evento e da psicanálise. Da mesma maneira, com o apoio do CEBES, enunciam-se outras conferências em universidades, associações e sindicatos.

Em São Paulo, realizou-se, em janeiro de 1979, o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Nota-se a necessidade de uma transformação democrática não só do sistema de atenção à saúde, mas também dos demais setores sociais atrelados ao mesmo. Outra questão colocada por Amarante (2003), nesse congresso, foi a crítica feita ao modelo asilar dos hospitais psiquiátricos públicos.

Além disso, nos primeiros anos da década de 1980 surgiu uma nova modalidade de convênio entre o Ministério da Previdência e a Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS) chamada de cogestão. O acordo presumia o auxílio do MPAS no custeamento, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do MS. O método da cogestão foi reservado essencialmente para a re-estruturação dos hospitais da DINSAN, aponta Amarante (2003).

Os administradores da loucura se opuseram à nova modalidade de convênio, pois nela viam uma ameaça em seus lucros e ao seu poder político, e para defender seus interesses, organizaram o Setor de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais (FBH)<sup>1</sup>. Assim, menciona Amarante (2003), as críticas feitas pela FBH foram consideradas infundadas, passando, em seguida, pela falha do setor privado na luta contra o plano Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP).

---

<sup>1</sup> “Órgão patronal, criado inicialmente como Federação Brasileira de Associações de Hospitais, no ano de 1966; em 1973, sob novo estatuto, passa a se denominar FBH, tornando-se o órgão organizador e centralizador da maior parte dos recursos destinados à saúde” (Amarante, 2003, p. 64).

O Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) foi criado em função do agravamento da “crise financeira” da Previdência Social e sua impossibilidade de solucioná-la. A criação da CONASP e a publicação de seu plano são entendidas como um acréscimo da experiência desenvolvida, principalmente depois da cogestão. No ápice dessas mudanças e de algumas experiências encontradas em municípios brasileiros, a partir dos fundamentos da integração, hierarquização, regionalização e descentralização do aparelho de saúde, o plano do CONASP distendeu-se nas Ações Integradas de Saúde (AIS), as quais se constituíram em importante referência para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), (Amarante, 2003).

Em seguimento a esse movimento de intensas transformações, foram realizados, nos anos posteriores, os encontros e as conferências de saúde e saúde mental, dando continuidade ao processo iniciado pela cogestão. Amarante (2003) pontua que, a partir de 1985, ocorreu uma mudança significativa na medida em que boa parte dos fundadores e membros ativos do movimento de reforma passaram a integrar postos de chefia dos programas estaduais e municipais de saúde mental e, desse modo, passaram a conduzir a administração de importantes unidades hospitalares públicas.

Sendo assim, a década de 80 foi caracterizada pela concretização de significativos eventos do movimento da reforma: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, os dois ocorridos em 1987.

Segundo Amarante (2003), a 8ª Conferência Nacional de Saúde distinguiu-se pelo caráter ativo da participação popular. O encontro contou com a participação de técnicos e burocratas, partidos políticos, associações de moradores e de usuários, pastorais, sindicatos, entre outros. Nesse momento, foram definidas e organizadas conferências de temas



específicos, dentre eles, a saúde do trabalhador, a saúde da criança, a saúde da mulher, a vigilância sanitária, a saúde mental, a saúde ambiental e outros.

Entretanto, a conferência de saúde mental foi dificultada em seu desfecho, já que, para a DINSAM, a consolidação da mesma denotaria a total e completa hegemonia do MTSM, ressalta Amarante (2003). Mediante a tais impasses, a I Conferência Nacional de Saúde Mental no ano de 1987, a DINSAM, em união com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), buscou fortalecer o caráter congressual do evento, evacuando sua participação comunitária e social. Com isso, a conferência representou “(...) o fim da trajetória sanitarista (...) e o início da trajetória de desconstruir, no cotidiano das instituições e da sociedade, as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização” (Tenório, 2002, p. 35).

Neste momento, decidiu-se realizar o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru no ano de 1987, com o lema: “Por uma sociedade sem manicômios” (Amarante, 2003). Nesse congresso, o MTSM resgatou suas origens e denunciou a psiquiatrização, a institucionalização, levando a questão da loucura e das instituições ao âmbito social, ou seja, “(...) trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura” (Tenório, 2002, p. 35).

Corroborando com as ideias de Amarante (2003), a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental, nasceram novos atores no âmbito das políticas públicas de saúde mental: “são os loucos, os loucos pela vida” (p. 95). A partir da conferência, a loucura e o sofrimento psíquico deixaram de ser específicos dos médicos, dos diretores e técnicos da saúde mental, para ocuparem o ambiente das comunidades, das instituições e da vida dos cidadãos, especialmente daqueles que vivem tamanho sofrimento.

Na década de 1980, surgiram duas experiências de serviços institucionais, inaugurais e paradigmáticas de uma nova prática de cuidados na atenção à saúde mental brasileira. A

primeira foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, no ano de 1987, desempenhando significativa influência para a ampliação de um novo olhar para a psiquiatria nacional. Outro momento foi a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em 1989, no município de Santos (SP). Neste município ocorreu também o fechamento da instituição asilar, a qual passou por uma intervenção após receber denúncias de mortes, abandono, superlotação e maus-tratos (Tenório, 2002). Ainda no ano de 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o Projeto de Lei nº 3.657/89. Tenório (2002) elucida a respeito que

O projeto era simples, com apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomiais de atendimento”; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (p. 36).

Através desse Projeto de Lei, foram apresentadas as primeiras modificações no campo jurídico-político do atendimento e das práticas em saúde mental, ao mesmo tempo, foram criadas associações de usuários e familiares de portadores de sofrimento psíquico (Amarante, 2003). É importante destacar que o projeto foi aprovado pela Câmara dos Deputados no ano de 1989, porém apenas em janeiro de 2000, portanto, dez anos mais tarde, é que ele foi aprovado pelo Senado (Tenório, 2002).

Ao longo da década de 1990, foram desenvolvidos e concretizados os processos que recentemente compõem o cenário da reforma psiquiátrica brasileira. Esse período também merece ênfase devido à regulamentação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), estabelecidos pelo Ministério da Saúde, por meio das portarias 189, de 1991, e 224, de 1992.

A Lei da Reforma Psiquiátrica<sup>2</sup> (Lei 10.216), depois de doze anos de sua apresentação, foi aprovada pelo presidente em 6 de abril de 2001 e, mesmo que o texto original tenha

<sup>2</sup> O texto na íntegra se encontra disponível no endereço:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm).

passado por várias alterações e tenha sido atenuado, é progressista e concebe uma significativa vitória na transformação da assistência psiquiátrica brasileira. Sobretudo, por “(...) ser um dispositivo efetivo de transformação da assistência e da condição do paciente psiquiátrico no país” (Tenório, 2002, p. 52). Essa lei “dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001).

O sistema de saúde mental encontrou uma nova estratégia: é preciso desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma maneira de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, é preciso inventar novas formas de lidar com estas questões, sabendo ser possível transcender os modelos pré-estabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades, etc. Assim, o tratamento deixou de ser espaço de violência para tornar-se criação de possibilidades concretas de subjetividade e sociabilidade, ressalta Amarante (1995).

Dessa forma, o doente mental tornou-se sujeito incluído no mundo dos direitos e da cidadania, deixando de ser apenas objeto da prática psiquiátrica. A desinstitucionalização é um processo que contempla não apenas aspectos técnicos, administrativos, jurídicos, legislativos e políticos, mas “é acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (Amarante, 1995, p. 494).

Sendo assim, o percurso da reforma psiquiátrica brasileira passa a ser visto de maneira diferenciada e entra em campo uma multiplicidade de saberes e práticas, reconfigurando simbolicamente a história da loucura e o estigma que a acompanhou durante séculos.

## *1.2 Implantação dos serviços substitutivos - CAPS*

Os serviços substitutivos compõem uma rede interligada que se origina da política da reforma psiquiátrica, resistindo contra a exclusão dos portadores de sofrimento psíquico e

contra os precários atendimentos fornecidos ao paciente de saúde mental. Considera-se, então, que uma das funções desse dispositivo é cuidar dos pacientes, de maneira mais humanitária, abordando a saúde e a cidadania como um direito de todos os sujeitos com algum sofrimento (Cunha & Maciel, 2008).

Assim como foi mencionado anteriormente, o primeiro Centro de Atenção psicossocial (CAPS) do Brasil surgiu em março de 1987, na cidade de São Paulo, representando a implantação de um novo modelo de atenção em saúde mental. O CAPS Luis da Rocha Cerqueira compôs-se “(...) em referência obrigatória para a implantação de serviços substitutivos ao manicômio em nosso país” (Onocko-Campos & Furtado, 2006, p.1055). As autoras assinalam que:

(...) a aprovação da Lei n. 10.216 da Reforma Psiquiátrica, a publicação da Portaria n. 336/02 e da Portaria n. 189/02 que atualizam a Portaria n. 224/92 e incorporam os avanços ocorridos na condução dos equipamentos substitutivos à realização da *III Conferência Nacional de Saúde Mental*, que, entre outras coisas, consolidou o novo modelo assistencial dos CAPS e, finalmente, a experiência acumulada nos mais de dez anos de existência desses serviços como fatores decisivos na história recente para um substancial incremento dos CAPS no Brasil e para a relativização do papel (ainda) hegemônico dos hospitais psiquiátricos na atenção em saúde mental (Onocko-Campos & Furtado, 2006, p. 1054).

### Os Centros de Atenção Psicossocial

... são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Brasil, 2005, p. 27).

Eles se distinguem por sua complexidade e organizam-se de acordo com o número populacional de cada cidade. Com isso, esses serviços se caracterizam como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (Brasil, 2005).

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, oferecendo uma resposta às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. A equipe é composta por, no mínimo, 9 profissionais, entre nível médio e superior, tendo como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e

transtornos decorrentes do uso de álcool e de outras drogas. Esses serviços funcionam durante os cinco dias úteis da semana, com a capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

Os CAPS II são serviços de médio porte, viabilizando a cobertura de municípios com população superior a 50.000 habitantes. A equipe desses centros é composta por, no mínimo, 12 profissionais, entre nível médio e superior, abarcando, como clientela, adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana e têm a possibilidade de atender cerca de 360 pessoas.

Os CAPS III são dispositivos de maior porte, presumidos para dar conta de municípios com mais de 200.000 habitantes. Por sua vez, esses serviços funcionam 24 horas em todos os dias da semana e em feriados, considerados serviços de grande complexidade. Ainda, os CAPS III têm no máximo cinco leitos e, se necessário, realizam acolhimento noturno. A equipe deve ser composta por, no mínimo, 16 profissionais de nível médio e superior, além da equipe noturna e de final de semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês.

Já os CAPSad são especializados no atendimento de pessoas que fazem uso danoso de álcool e outras drogas e são equipamentos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou para municípios que, devido à localização geográfica ou cenários epidemiológicos significativos, precisam desse serviço para dar respostas às demandas de saúde mental. Têm a equipe mínima composta por 13 profissionais de nível médio e superior e funcionam durante os cinco dias úteis da semana, realizando o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

Por sua vez, os CAPSi são serviços especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e estabelecem a cobertura de municípios com população superior a 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana,

com uma equipe mínima de 11 profissionais de nível médio e superior, realizando o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês.

Assim, os Centros de Atenção Psicossocial, em meio a

(...) todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (Brasil, 2005, p. 27).

Desse modo, os CAPS devem ser substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, promovendo a inserção social e garantindo os direitos de cidadania desses pacientes. Ao mesmo tempo, o tratamento extra-hospitalar contribui para a reabilitação social dos portadores de sofrimentos mentais, buscando incluir em seu campo de intervenções a esfera do trabalho, do direito, da moradia, do lazer e da cultura. Ainda nesses serviços, incide-se o fortalecimento dos laços familiares e comunitários através do convívio social (Brasil, 2005).

## **CAPÍTULO 2**

### **TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

O presente trabalho teve como intuito compreender de forma mais ampla e profunda o olhar dos integrantes das equipes de saúde mental em torno da prática psicológica. Para a

realização deste trabalho, elegeu-se a abordagem de caráter qualitativo, para uma melhor contribuição na efetivação da presente pesquisa. Acredita-se que “a finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas, ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão” (Bauer & Gaskell, 2005, p. 68).

### *2.1 Desenho do estudo*

A pesquisa foi realizada em dois Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade do estado do Rio Grande do Sul. Destaca-se que a escolha das duas instituições foi sustentada de acordo com os objetivos do estudo, tendo em vista que, por serem duas instituições, foram ampliadas as possibilidades de compreensão da prática psicológica, uma vez que podem ocorrer idiosincrasias em uma instituição, levando a uma compreensão equivocada da prática psicológica, objeto do estudo.

A cidade conta nesse momento com quatro CAPS em funcionamento, sendo que dois destes atendem à especificidade de álcool e drogas – razão pela qual optamos por incluir no estudo os dois CAPS que tratam do sofrimento psíquico (neuroses e psicoses) adulto e infantil, sem entrar na especificidade de álcool e drogas. A escolha foi necessária devido ao tempo disponível para realização do estudo, uma vez que a amostragem por exaustão (Turatto, 2003), incluindo a totalidade, levaria a um número muito elevado de participantes inviabilizando a proposta desta pesquisa. Destaca-se, contudo, que a inclusão das duas instituições atendeu plenamente à realização do estudo, na medida em que se trata de uma pesquisa qualitativa.

O estudo começou com um contato inicial na visita feita aos dois Centros de Atenção Psicossocial e da Secretaria de Saúde da cidade, cujo objetivo foi a apresentação dos objetivos

da pesquisa. Ao concordarem com a participação no estudo, a Autorização Institucional foi assinada pelos coordenadores dos CAPS.

A Instituição I desenvolve suas atividades há nove anos e sua equipe é composta por 1 Psiquiatra, 1 Enfermeira, 2 Agentes em Assistência, 1 Fisioterapeuta, 2 Psicólogos, 2 Técnicos em Saúde Mental, 1 Assistente Social, 2 Agentes Administrativos e 1 Serviço Geral. A Instituição II tem seis anos de funcionamento e tem sua equipe representada por 2 Técnicos em Saúde Mental, 1 Enfermeira, 2 Fisioterapeutas, 2 Psicólogos, 2 Assistentes Sociais, 1 Psiquiatra, 1 Educador Físico, 1 Professor de Artes, 2 Agentes Administrativos, 1 Serviço Geral e 1 Psicopedagoga.

## *2.2 Procedimentos realizados*

Os sujeitos que integraram o estudo foram contatados pessoalmente pela pesquisadora nos Centros de Atenção Psicossocial, momento no qual foram convidados a participar da presente pesquisa.

Para a realização das duas observações sistemáticas foi realizado um rapport para todos os integrantes de cada equipe, juntamente com a coordenadora de cada Centro de Atenção Psicossocial, contendo os esclarecimentos e os objetivos da pesquisa. Assim, todos os integrantes das equipes concordaram com a presença da pesquisadora em duas reuniões da equipe, sendo o TCLE assinado por cada coordenador.

### *2.2.1 Participantes*

Participaram do estudo 10 profissionais técnicos de nível superior, a saber: dois enfermeiros, um psiquiatra, duas assistentes sociais, duas fisioterapeutas, uma pedagoga, uma arte terapeuta e uma educadora física, que compõem as duas equipes do Centros de Atenção



Psicossocial de uma cidade do Rio Grande do Sul. Para a inclusão dos participantes no estudo, levou-se em consideração um tempo de três meses de inserção do profissional no local. E nos casos de núcleos profissionais que contavam com mais de um profissional no serviço, foi incluído aquele profissional com mais tempo de dedicação à instituição. O quadro abaixo apresenta os participantes, no entanto, optamos por não identificar o núcleo profissional dos integrantes do estudo em função de procedimentos éticos, uma vez que poderia haver a identificação de algum deles, considerando as especificidades da cidade onde o estudo foi realizado. Foram entrevistados quatro profissionais na Instituição I e seis na Instituição II, apresentados no quadro abaixo.

	<b>PROFISSIONAL ENTREVISTADO</b>	<b>SEXO</b>	<b>TEMPO DE INSERÇÃO NO LOCAL</b>	<b>TEMPO DE ATUACAO PROFISSIONAL</b>
<b>INSTITUICAO I</b>	Profissional 1	Feminino	4 anos	15 anos
	Profissional 2	Feminino	11 anos	26 anos
	Profissional 3	Masculino	4 anos	4 anos
	Profissional 4	Feminino	1 ano	25 anos
<b>INSTITUICAO II</b>	Profissional 5	Feminino	4 anos	12 anos
	Profissional 6	Feminino	2 anos e 4 meses	6 anos
	Profissional 7	Feminino	3 anos e 7 meses	7 anos anos
	Profissional 8	Feminino	1 ano	8 anos

	Profissional 9	Feminino	7 anos	19 anos
	Profissional 10	Feminino	8 meses	18 anos

**Tabela 1.** Quadro de participantes

### 2.3 Instrumentos

Para alcançar os objetivos do estudo, foram realizadas entrevistas semidirigidas de questões abertas e observações sistemáticas em cada instituição durante as reuniões de equipe.

A entrevista é uma das técnicas mais utilizadas no âmbito das pesquisas qualitativas. Ela é muito usada justamente pela sua flexibilidade aos mais diversos campos do conhecimento. A entrevista caracteriza-se pelo contato direto entre o pesquisador e o pesquisado (Turato, 2003; Chizzotti, 1998). A partir dela, o pesquisador expressa perguntas com o intuito de obter os dados que lhe interessam e “a entrevista é, portanto, uma forma de interação social” (Gil, 1999, p.117).

Em função da pesquisa ter como sujeitos profissionais inseridos no âmbito da saúde mental, entendeu-se que o uso de tal técnica foi adequado, pois, por meio das entrevistas individuais, os profissionais puderam se manifestar espontaneamente, estabelecendo uma discussão sobre a temática, apontando criticamente suas opiniões e tendo uma participação ativa. Bauer & Gaskell (2005) ressaltam que toda pesquisa realizada com entrevistas se baseia na interação social, na qual as palavras são a principal fonte de trocas. Nesse sentido, a informação não é apenas um processo de via única passando de um para o outro, pelo contrário, é uma interação de ideias e significados compartilhados por diversas realidades e diferentes percepções. Em decorrência disso, tanto os entrevistados como o entrevistador estão intimamente ligados na produção do conhecimento, mesmo que de modos diferentes.

Para os autores, é papel do entrevistador prestar atenção e estar interessado naquilo que o entrevistado fala, assim como introduzir o tema de uma conversação “pinçando um ponto e perguntando por mais alguns detalhes” (p. 83). Conforme a entrevista avança, o entrevistador precisa ter as perguntas na memória, conferindo casualmente os eixos que norteiam sua pesquisa, sem perder a atenção na escuta e no entendimento do que está sendo falado. É significativo viabilizar ao entrevistado um certo tempo para refletir, “e por isso as pausas não devem ser preenchidas com outras perguntas” (p. 83).

Nas entrevistas, manteve-se a orientação dos eixos norteadores: a) a prática do psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); b) atribuições do psicólogo e o “lugar” ocupado pelos psicólogos no contexto da saúde mental e, por fim, c) o trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Gil (1999) refere que, ao formular as perguntas de sua entrevista, o pesquisador deve, em primeiro lugar, ter clarificado o que deseja fazer. A forma como essas questões serão colocadas e o seu conteúdo depende dos objetivos a que a pesquisa se propõe. Sendo assim, o pesquisador precisa formular as questões de um modo pelo qual responda a seus anseios e seus objetivos.

As entrevistas tiveram duração aproximada de uma hora. As mesmas foram realizadas em cada instituição onde se encontravam os profissionais com horário previamente agendado. Antes de iniciar a entrevista com cada profissional, foi realizado um rapport, no qual foram abordados os objetivos e os procedimentos do estudo e o TCLE foi assinado. Para o início da entrevista, o gravador de voz foi ligado. Essa forma de registro foi utilizada pela pesquisadora tendo em vista a liberdade que proporciona, evitando, contudo, afetar a espontaneidade do entrevistado (Turato, 2003). Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para a análise de dados.

A técnica de observação foi realizada em duas reuniões de equipe de cada Centro de Atenção Psicossocial onde a pesquisa foi desenvolvida, totalizando quatro observações. Cabe

ressaltar que as observações foram iniciadas após o termino das entrevistas. A observação enquanto instrumento de pesquisa não é entendida aqui como mera contemplação “beata e passiva”, nem tampouco como “... um simples olhar atento” (Laville & Dionne, 1999, p. 176), mas, principalmente, como um olhar ativo amparado por um tema, sendo a partir desta perspectiva que estaremos nos servindo desta técnica.

Corroborando com as ideias dos autores citados acima, para os quais a observação não é uma técnica exclusiva, combinando-se com outras técnicas e instrumentos, utilizamos estes sentidos para este estudo com a perspectiva de que ele nos auxilie na compreensão do fenômeno, ampliando o nosso olhar sobre o mesmo. Assim, entendeu-se que a entrevista semidirigida associada à observação contemplou os objetivos propostos.

Durante a observação, foram focados os aspectos referentes à participação do psicólogo e à integração com os demais profissionais, assim como as ações desenvolvidas por ele e as trocas estabelecidas com os outros integrantes da equipe. Procurou-se prestar atenção na realização de ações interdisciplinares, centrando-se o olhar na participação do psicólogo.

Quanto às reuniões de equipe na Instituição I, pode-se perceber que a mesma está estruturada da seguinte forma: das 8h até 10h, a reunião tem como foco os aspectos administrativos; das 10h até 11h30min-12h, ocorre a segunda parte da reunião na qual se discutem os casos atendidos no serviço. Nas observações, pode-se perceber uma participação ativa das psicólogas. Destaca-se que o momento da observação se deu no segundo tempo da reunião. Na Instituição II, as reuniões tiveram início às 8h15min e foram até as 12h. Não há uma organização em separado quanto aos aspectos a serem abordados, sendo que tanto aspectos administrativos quanto aqueles relacionados aos usuários são tratados neste espaço de tempo. A observação foi realizada durante toda a reunião e o registros das mesmas realizaram-se após o termino, através de um relato da pesquisadora guiados pelos eixos

citados anteriormente. O quadro a seguir permite visualizar os profissionais presentes nas observações.

INSITUICAO I	INSTITUICAO II
Psicólogas	Psicólogas
Assistente Social	Assistente Social
Enfermeira	Pedagoga
Estagiários de Psicologia	Arterapeuta
Residente de Terapia Ocupacional	Educadora Física
Residente da Enfermagem	Enfermeira
Residente da Psicologia	Técnica de Enfermagem
	Fisioterapeuta
	Residente de Psicologia
	Estagiários de Psicologia
	Residente de Serviço Social

**Tabela 2.** Quadro de participantes durante as reuniões de equipe

#### 2.4 *Análise dos dados*

A análise e discussão dos dados foram feitos através do método de análise de conteúdo, como proposto por Bardin (1979), mais especificamente a Análise de Conteúdo Temática, na qual o foco é o tema, pois permite uma rede de associações podendo ser visualizado por meio de “uma palavra, uma frase, um resumo” (Gomes, 2012, p. 86). Esse tipo de análise foi escolhido para representar o trabalho, pois “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 1979, p. 105).

Para se fazer uma compreensão mais profunda, primeiramente, realizamos uma leitura detalhada do material escolhido. Assim, com essa leitura, buscou-se: “(a) olhar para o conjunto; (b) estudar as peculiaridades do material que foi analisado; (c) levantar hipóteses iniciais que servirão como suporte “para a análise e a interpretação do material”; (d) propor maneiras de categorização inicial; (e) definir conceitos teóricos que servirão de guia para a análise (Gomes, 2012, p. 91).

Em um segundo momento, realizou-se a “exploração do material” no qual buscamos:

(a) distribuir trechos, frases ou fragmentos de cada texto de análise pelo esquema de classificação inicial; (b) fazer uma leitura dialogando com as partes dos textos da análise; (c) identificar, através de inferências, os *núcleos de sentido* apontados pelas partes dos textos em cada classe do esquema de classificação; (d) dialogar com os *núcleos de sentido* com os pressupostos iniciais; (e) analisar os diferentes *núcleos de sentido* presentes ... nos eixos em torno do quais podem ser discutidas as diferentes partes dos textos analisados; (f) reagrupar as partes dos textos por temas encontrados; (g) elaborar uma redação por tema, de modo a dar conta dos sentidos dos textos e de sua articulação com o(s) conceito(s) teórico(s) que orienta(m) a análise (Gomes, 2012, p. 92).

Através da análise do material das entrevistas e das observações, foram definidas as categorias a serem trabalhadas. Para se chegar às categorias, as entrevistas foram analisadas primeiramente de forma individual e, posteriormente, em conjunto, juntamente com as duas observações realizadas em cada instituição. Este procedimento foi realizado de forma semelhante nas duas instituições e, ao final, o material foi analisado em sua totalidade, partindo-se para os elementos presentes nos mesmos, considerando-se a força discursiva, os sentimentos manifestos, os silêncios ou os conflitos em relação à temática. Na discussão dos resultados, o material apresentado pelos profissionais será identificado através de um nome fictício (o qual não corresponde ao nome real) seguido da instituição. Estas serão assim apresentadas: Instituição I e Instituição II, visando a manter os cuidados éticos com relação à não identificação.

### *2.5 Riscos e benefícios da pesquisa*

Durante o processo de elaboração, foram respeitados todos os procedimentos éticos de uma pesquisa em ciências do comportamento: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, conforme apontam as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e a Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1) refere-se, em linguagem clara e compreensível, à informação e ao esclarecimento dos principais objetivos e

procedimentos do trabalho, possibilitando a livre escolha dos sujeitos por participar ou não da pesquisa.

Nesse documento foram apresentados os objetivos da pesquisa, o esclarecimento de livre decisão a respeito de sua participação e a garantia à confidencialidade e à privacidade. Foi, também, elucidada a possibilidade de o participante retirar-se do trabalho a qualquer momento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado em duas vias, sendo que uma ficou com o pesquisador e a outra com o participante.

Conforme detalhado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1), ficou assegurado a todos os participantes o sigilo com relação à sua identidade, garantindo, portanto, a privacidade. Com relação aos dados, os mesmos ficarão sob a responsabilidade do Professor pesquisador pelo período de cinco anos na sala do departamento de Psicologia da UFSM, situado na Rua Floriano Peixoto 1750, 3 andar, sala 320, sendo que o material gravado será destruído após a realização da pesquisa.

Além deste Termo de Consentimento, foi assinado pelos responsáveis de cada instituição o Termo de Autorização Institucional (ANEXO 2). Considerando as técnicas utilizadas para a realização desta pesquisa, bem como o fato de que esta não teve por objetivo testar nem experimentar nenhum procedimento novo, mas apenas conhecer a partir do ponto de vista dos profissionais da equipe de saúde mental a prática da psicologia neste contexto, considera-se que os riscos foram mínimos.

Entende-se que os benefícios deste estudo podem decorrer dos resultados do trabalho, os quais podem indicar, a partir do conhecimento produzido, informações importantes para o trabalho e para o conhecimento da prática dos profissionais inseridos no âmbito da saúde mental, possibilitando a construção de serviços e ações dentro desse modelo. Nesse sentido, pretende-se, ao final do estudo, fazer uma devolução dos resultados em material impresso e, também, na forma de grupo de discussão, visando compartilhar os resultados do estudo.

### **CAPÍTULO 3**

**Ressignificando a prática psicológica: o olhar da equipe multiprofissional dos  
Centros de Atenção Psicossocial**

**Resignifying psychological practice: the perspective of the multiprofessional team  
of Psychosocial Health Centers**



*Resumo:* O presente estudo teve como objetivo compreender a prática psicológica e o lugar ocupado pelo profissional da psicologia neste cenário a partir do olhar dos integrantes das equipes de saúde mental. Para isso, foi realizado um estudo qualitativo, com a utilização da técnica de entrevista semiestruturada, associado à técnica de observação, tendo como participantes dez profissionais técnicos de nível superior inseridos em dois Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade de porte médio do Rio Grande do Sul. As entrevistas foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo, mais especificamente a Análise de Conteúdo Temática. Os resultados apontam que a prática psicológica é definida a partir de uma pluralidade de ações. O profissional da psicologia é participativo dentro do serviço, o que aponta mudanças significativas em relação ao fazer psicológico. Os participantes evidenciaram ainda a importância do profissional da psicologia como um ator que faz o elo entre equipe-família-sociedade. Outro ponto destacado pelos profissionais entrevistados é a escuta diferenciada como uma das principais especificidades da psicologia dentro da Instituição. Pode-se concluir que o psicólogo, no âmbito da saúde mental, está desenvolvendo uma prática mais integrada, mantendo-se em diálogo com a equipe, superando, assim, o modelo hegemônico tradicional. Os resultados do estudo demonstraram que a prática psicológica se encontra em movimento, retratando novas maneiras de fazer psicologia na Saúde Mental.

**Palavras-chave:** Psicologia da Saúde; Centro de Atenção Psicossocial; Prática Psicológica.

**Abstract:** The present study aimed to understand the psychological practice and the position of psychology professional in this scenery, from the perspective of the mental health care team members. A qualitative study was carried out, using semi-structured interviews in association with the observation technique. The participants were ten professionals with higher education of two Psychosocial Health Centers from a medium-sized city from Rio

Grande do Sul. Interviews were analyzed through Content Analysis, more specifically Thematic Content Analysis. Results point out the psychological practice as defined through a plurality of actions, a participatory professional inside the service, emphasizing significant changes regarding the psychological practice. Participants also referred the importance of the psychology professional, as an actor who mediates the connection among health care team-family-society. Another issue highlighted by the professionals was the differentiated understanding as one of the main specificities of psychology regarding the Institution. In conclusion, participants indicate that the psychologist is developing a more integrated practice, in the mental health context, maintaining dialogue with the team, thus overcoming the hegemonic traditional model. Therefore, results evidence that the psychological practice is moving towards portraying new ways of psychology practice in Mental Health.

**Keywords:** Health Psychology; Psychosocial Health Center; Psychological Practice.

### ***3.1 Relembrando a história...***

A significativa guinada, no que diz respeito à inserção dos psicólogos na saúde, ocorreu após a década de 1980 com a implantação de uma política específica de desinstitucionalização e de ampliação da rede de serviços substitutivos de saúde mental (Spink, 2003). Vários autores têm destacado a importância deste período para a alteração da prática psicológica com vistas a atender a ampliação de sua inserção na Psicologia da Saúde (Spink, 2003; Lima, 2005; Cantele, Arpini & Roso 2012).

Discorrer sobre a psicologia da saúde como um novo campo de saber parece ser muito ousado, refere Spink (2003), uma vez que os aspectos psicológicos da saúde e de doença vêm sendo debatidos durante muito tempo, e os psicólogos, desde longa data, vêm delimitando presença no campo da saúde mental. No entanto, estão ocorrendo mudanças na inserção dos psicólogos na saúde, juntamente com a abertura de novos campos de atuação, na medida em

que, ao serem introduzidas transformações em suas práticas, necessitam também de novas perspectivas teóricas. Nesse contexto, indagamo-nos sobre nossa prática, pois estamos nos deparando com a emergência de um novo campo de saber.

Considerando os escritos de Neto (2008), a psicologia foi reconhecida em 1962 como uma profissão nas suas três áreas de atuação: as psicoterapias, centradas no modelo clínico privado; a educacional e a organizacional. Nesse período, a saúde pública ainda não era abordada como campo de atuação, porém passados 44 anos, essa posição transformou-se drasticamente. “Isso se explicaria, em parte, pelas condições históricas e sociais em que surgiu a profissão, e principalmente, pelas características da formação desses profissionais pouco voltada para a discussão dos aspectos sociais como determinantes da condição humana” (Figueiredo & Rodrigues, 2004, p. 174).

Lima (2005) faz menção a alguns fatores que foram importantes para a entrada do psicólogo nos serviços públicos de saúde: “a) o contexto das políticas públicas de saúde do final dos anos de 1970 e em toda a década de 1980, particularmente a repercussão no setor de recursos humanos; b) a diminuição de busca aos consultórios de psicologia por parte da população, causada por seu empobrecimento, a partir dos anos de 1980; c) o movimento da própria categoria com o objetivo de redefinir a função social da psicologia na sociedade; d) a difusão da psicanálise e a psicologização da sociedade (p. 431)”. Desta forma, nota-se que a psicologia passa por duas principais crises, a partir das quais o campo e a formalização de um novo paradigma de práticas profissionais são repensados em relação à prática desenvolvida até então. A primeira crise se consolidou através da prática clínica tradicional que provém do modelo médico hegemônico na época, conseqüentemente, restrita em função dos aspectos econômicos e socioculturais de um determinado grupo. Já a segunda crise vai se constituir através das instituições psiquiátricas e sua maneira desumana de lidar com a loucura.

Spink (2003) ao falar da psicologia da saúde coloca que

A psicologia, embora intimamente relacionada com o conceito de saúde (definida pela Organização Mundial da Saúde como o bem-estar físico, mental e social) como disciplina, chega tardiamente à área da saúde. (...) A psicologia chega tarde neste cenário e chega “miúda”, tateando, buscando ainda definir seu campo de atuação, sua contribuição teórica efetiva e as formas de incorporação do biológico e do social ao fato psicológico, procurando abandonar os enfoques centrados em um indivíduo abstrato e a - históricos tão freqüentes na psicologia clínica tradicional (p. 29-30).

Além de considerar a construção da psicologia da saúde como um campo de saber inserido em equipes de saúde mental integradas por psiquiatra, assistente social, dentre outros, a composição dessas equipes multiprofissionais não foi uma tarefa fácil. De um lado, deu-se a resistência por parte de outros profissionais que não entendiam a função conferida aos membros dessas equipes. Por outro, esses novos profissionais careciam de alicerces teóricos - práticos imprescindíveis para a construção dessa nova concepção de serviço, a qual se afastava dos parâmetros tradicionais de atuação dos profissionais que historicamente os integraram.

Atualmente, o campo da saúde reacende novas discussões, e o nosso serviço é lidar com tais impasses da prática buscando incansavelmente a formação continuada, pois outros tipos de responsabilidades se instalam para que estes novos dispositivos possam desempenhar efetivamente seu papel (Barbosa, 2004).

Enfatiza-se que o conceito de saúde que antes referia apenas à ausência de doença, hoje prevê as dimensões biológicas, psicológicas e sociais para o estado de bem-estar do indivíduo (Organização Mundial da Saúde). Além disso, pode-se dizer que, a partir deste significado revisto, surgiram ainda outras reflexões culminando na busca de um novo enfoque, que também dá relevância ao que se chama de níveis primários e secundários de atenção à saúde.

Isto pressupõe, também para os psicólogos da saúde, transformações no paradigma vigente as quais exigem novas perspectivas teóricas, novos aportes instrumentais, novas

relações entre técnicos trabalhadores da área e uma organização do sistema de atendimento condizente com a realidade emergente.

Spink (2003) aborda a Psicologia da Saúde como um campo de saber emergente, pelas mudanças qualitativas importantes percebidas nas práticas psicológicas nesta área e, conseqüentemente, pela presença de novas perspectivas teóricas condizentes com novas especificidades. Para tanto, traça um esquema que dimensiona as diferentes abordagens possíveis na explicação do processo saúde/doença, distinguindo três âmbitos, quais sejam: o do saber oficial, o do saber popular e o da sociedade. Com isso, exemplifica a necessidade e o esforço já existentes de consolidação dos marcos teóricos do domínio da Psicologia da Saúde.

Neste ínterim, diz-se que a psicologia da saúde, apesar de ter alcançado certa maturidade através do delineamento de uma história com atores bem definidos, também possui desafios imensos. Estes dizem respeito à consolidação de saberes consensuais e à introjeção, por parte dos profissionais, da visão ecológica, comunitária, centrada não só no indivíduo, mas no ser integral, na família, na sociedade.

Também neste sentido, Spink (2003), em outro estudo, contrapõe duas correntes de argumentos quanto à delimitação do campo da psicologia da saúde: uma que afirma já haver a institucionalização do conhecimento baseando-se nos adventos do saber-fazer visíveis através das historiografias e biografias do campo; e outra que entende este domínio como um emaranhado de enfoques teóricos que não conferem harmonia ou homogeneidade à disciplina. No entanto, aparentemente busca evidenciar aspectos das duas correntes argumentativas no Brasil, falando que já existem avanços que indicam a maturidade da área (como fóruns de discussão, cursos de especialização e aprimoramento, esforços de adequação dos currículos de graduação), bem como ainda persistem pontos a avançar (como a ausência de normas e diretrizes, de divisões em sociedades nacionalmente reconhecidas, de profissionais e revistas

especializadas, da necessidade da contextualização das questões da saúde e a urgência da integração das ações para além das especificidades de cada área).

Além disso, a epistemologia da complexidade é chamada como forma de superar o viés hegemônico biomédico e para dar conta da multicausalidade identificada no fenômeno saúde/doença. Nesse sentido, a autora discute a superação do paradigma da simplificação na ciência, o qual ajuda a promover a anulação da diversidade e a não comunicação entre as diferentes disciplinas que abordam o tema saúde. Essas transformações são elencadas como essenciais à implementação dos trabalhos transdisciplinares que, na prática, devem ocorrer nas equipes multiprofissionais. Estas, por sua vez, devem aprender a funcionar juntamente com a aceitação da alteridade, buscando manter suas competências sem a necessidade de fragmentar, reduzir e simplificar para conhecer.

Ultrapassadas as questões que limitam o trabalho transdisciplinar, cabe a busca pelas especificidades da competência da psicologia. E neste esforço, Teixeira (2004) organiza, com a ajuda de outras fontes, um conceito da psicologia da saúde como “a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde” (Teixeira, 2004, p. 441).

O referido autor (2004) evidencia que os significados e narrativas sobre a saúde e a doença são diferentes conforme o nível socioeconômico, o gênero e a diversidade cultural e, por isso, há a necessidade de um olhar que passa a levar em conta o contexto onde estão inseridos estes processos. Reforça que a psicologia da saúde, para poder focalizar o bem-estar dos indivíduos e das comunidades conta com o aporte de várias especificidades diferentes do conhecimento “psi” (clínica, comunitária, social, psicobiologia).

Assim, o trabalho do psicólogo da saúde pode abarcar desde o fortalecimento da saúde e a redução do risco de adoecer, até os serviços clínicos, o ensino e formação e a pesquisa, sempre com um olhar ampliado do ser e de seu papel como profissional da saúde integral.

Com isso, torna-se capaz, também, de analisar e melhorar o sistema de saúde, contribuindo para a fluidez das relações (Teixeira, 2004).

A Saúde Mental é uma concepção em constante movimento, da qual têm participado diversos atores sociais, contribuindo para uma contínua reinvenção, ressalta Neto (2008). Inicialmente, na psicologia, encontramos as carências de uma formação baseada em um modelo clínico privado de consultório, não sendo suficiente para a prioridade do programa em questão. Em relação a este aspecto, Oliveira e Peres (2009) destacam a predominância da prática clínica na atuação dos profissionais na saúde pública. No entanto, Neto (2008) aponta que, com a entrada dos psicólogos no Sistema Único de Saúde (SUS), a compreensão de clínica vem sendo renovada pelas novas perspectivas agora denominadas de clínica ampliada (SpinK, 2003; Cantele, Arpini e Roso, 2012).

Nota-se que a complementação de vários saberes entre diversos campos de conhecimento proporciona a ampliação da compreensão sobre os processos de doença e saúde, viabilizando a inclusão da Psicologia no sistema de saúde mental, e não mais se restringindo apenas ao desempenho em consultórios, conforme colocam Menegon e Coêlho (2005). Observa-se, ainda, que os profissionais que atuam nessa perspectiva encaram, ainda nos dias de hoje, amplos desafios para “ressignificar e integrar saberes e práticas trazidas de suas áreas de formação” (Menegon & Coêlho, 2005, p. 164).

Para Fagundes (2004), “a psicologia tem um potencial transversalizador das práticas sociais e institucionais” (p. 4), a qual tem contribuído cada vez mais para a invenção de maneiras de se colocar tanto na saúde coletiva quanto na desinstitucionalização da loucura. Ainda segundo a autora, os psicólogos são atores importantes na construção/invenção de políticas públicas no Brasil, em especial na área da saúde, enquanto formuladores de novas propostas, na formação de profissionais, na produção de conhecimentos, na invenção da

atenção designando dispositivos clínicos e de cuidados, na participação em conselhos de saúde, entre muitos outros.

O psicólogo é convocado a desenvolver estratégias para a adaptação “de seu instrumental teórico-prático” (Brasil, 2004, p.185), viabilizando a “reintegração” e a “ressocialização” dos usuários por meio do cuidado contínuo. Faz-se indispensável “desenvolver abordagens participativas”, com as quais os usuários, juntamente com seus familiares e com a comunidade em geral, sejam reconhecidos como atores, cooperando com a gestão de políticas de saúde, motivando a geração de serviços descentralizados, flexíveis e apropriados aos interesses da clientela. Dessa forma, o profissional da psicologia “deve estar atento à avaliação de seus serviços e práticas no campo da saúde, pois mediante o fornecimento de informações relevantes pode fundamentar novas decisões, novas formas de atuar, possibilitando o aprimoramento da prestação de serviços” (Brasil, 2004, p.185).

Nessa perspectiva, os psicólogos, empenhados com a ação da Reforma Psiquiátrica, da batalha que define as demandas indispensáveis na reinvenção das práticas Psi dentro do atual modelo de atenção à saúde (Nascimento, 2004), têm sido convidados, por meio de suas representações, a participar de vários movimentos no intuito de dar entusiasmo aos processos de mobilização.

Atualmente, vem sendo questionado o modelo de atendimento psicológico tradicional fornecido à população, sobreposto ao conjunto da saúde coletiva. Postula-se que esse modelo de sessões individuais de extensa permanência com enquadre ortodoxo não se ampara mais. Entretanto, isso não quer dizer que tais práticas necessitam ser abolidas, mas sim, “novos modelos precisam ser pensados para dar conta da demanda atual” (Melo & Borges, 2008, p. 4). Portanto, “vivenciamos exatamente um período de transição em que as reflexões e teorias estão em dissonância com as diversas práticas existentes” (Melo & Borges, 2008, p. 5).



A equipe inserida em um contexto de saúde mental está frequentemente em uma relação de trocas, “ora com a equipe ora com a população” (More, Crepaldi, Queiroz, Wendt & Cardoso, 2004, p. 3). Os indivíduos em interação buscam teorizar sobre a vida diária estabelecendo um saber pragmático escapando dos padrões científicos. E através dos conhecimentos que rodeiam seu mundo procuram nomear explicações por meio das representações sociais. “Além disso, as representações constituem uma maneira de fixar as pertencas sociais das pessoas, uma vez que contribuem para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (More et al., 2004, p. 3).

O levantamento realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (2009), incluindo a participação de trezentos e oitenta e dois psicólogos, aponta para mudanças significativas no cenário da prática em Saúde Mental. O documento evidencia uma ampliação das atividades realizadas pelos psicólogos juntos aos CAPS. Entre as atividades apresentadas se encontram: atendimentos individuais; Coordenação de grupos; Atendimento psicológico aos familiares; Atuação com os/as funcionários/as; Visita domiciliar; Trabalho em equipe multidisciplinar; Atuação em rede e na comunidade; Pareceres, laudos e prontuários; Gestão do serviço; Atividades extramuros; Atuação nas discussões políticas sobre o campo.

Para além da pluralidade de ações desenvolvidas, entendidas como positivas para a prática, tal documento indica uma série de dificuldades e desafios a serem enfrentados com vistas à concretização das mudanças lançadas pela reforma psiquiátrica. Entre os aspectos destacados estão: Implantação e gestão: questões políticas; Modelo de Atenção em Saúde Mental e implantação das políticas públicas; Rede e encaminhamentos; Instituição e local de trabalho (estrutura física e falta de recursos; demanda, recursos humanos, quantidade de atividades e a remuneração; políticas de remuneração – contratação/ carga horária; a relação com os gestores dos CAPS). Em relação aos aspectos técnicos encontramos as seguintes dificuldades: Formação na graduação em Psicologia; Ausência de supervisão; Dificuldades no

trabalho em equipe; Dificuldades na relação com a rede de serviços; Adesão às atividades oferecidas; Dificuldades relativas aos familiares e à sociedade.

No artigo *A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental*, resultado de um estudo realizado com profissionais psicólogos trabalhadores de CAPS, foram identificadas algumas dificuldades referentes às práticas psicológicas, entre elas: Impacto Inicial – o Susto, a Frustração e o Despreparo Acadêmico; Formação – (Des) Afiados para Trabalhar em CAPS; A desinformação do Psicólogo e a (Inter) Disciplina do Trabalhador em Saúde (Cantele, Arpini & Roso, 2012). Em concordância com o documento apresentado pelo Conselho Federal de Psicologia (2009), o referido artigo também destaca a falta de capacitação dos profissionais e a valorização da supervisão clínico-institucional como ferramentas para a superação das práticas tradicionais em direção ao novo modelo ainda em consolidação. Sendo assim, o momento indica uma transformação das práticas em direção ao que se deseja no sentido de uma ressignificação do fazer psicológico quando inserido nos contextos mais gerais da saúde e, no caso deste estudo, mais especificamente, a atuação em Saúde Mental.

### **3.2 Método**

O presente trabalho teve como intuito compreender, a partir do olhar dos integrantes das equipes de saúde mental, a prática psicológica e o lugar ocupado pelo profissional da psicologia neste cenário. Para a realização deste trabalho, elegeu-se a abordagem de caráter qualitativo, para uma melhor contribuição na efetivação da presente pesquisa. Assim, acredita-se que “a finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão” (Bauer & Gaskell, 2005, p. 68).

### *Desenho do estudo*

A pesquisa foi realizada em dois Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade do estado do Rio Grande do Sul. A cidade conta neste momento com quatro CAPS em funcionamento, sendo que dois deles atendem à especificidade de álcool e drogas. Neste trabalho, optamos por não entrar na especificidade das problemáticas que envolvem álcool e drogas e, por isso, incluímos no estudo apenas os dois CAPS que tratam do sofrimento psíquico (neuroses e psicoses) adulto e infantil. A escolha foi necessária devido ao tempo disponível para realização do estudo, uma vez que a amostragem por exaustão (Turatto, 2003), incluindo a totalidade, levaria a um número muito elevado de participantes inviabilizando a proposta desta pesquisa no tempo de duração previsto para o mestrado.

O estudo começou com um contato inicial na visita realizada aos dois Centros de Atenção Psicossocial e da Secretaria de Saúde da cidade para a apresentação dos objetivos da pesquisa. Ao concordarem com a participação no estudo, a Autorização Institucional foi assinada pelos coordenadores dos CAPS. Após a autorização institucional, a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino superior à qual a pesquisadora está vinculada, obtendo sua aprovação (CAAE: 0281.0.243.000-11).

Os sujeitos que integraram o estudo foram contatados pela pesquisadora pessoalmente nos Centros de Atenção Psicossocial, momento no qual foram convidados a participar da presente pesquisa. Para a realização das duas observações sistemáticas que ocorreram em cada instituição, foi realizado um rapport para todos os integrantes da equipe, juntamente com a coordenadora de cada Centro de Atenção Psicossocial, no qual estavam os esclarecimentos e os objetivos da pesquisa. Todos os integrantes das equipes concordaram com a presença da pesquisadora nas duas reuniões de equipe, sendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos coordenadores.

### *Participantes*

Participaram do estudo 10 profissionais técnicos de nível superior, a saber: dois enfermeiros, um psiquiatra, duas assistentes sociais, duas fisioterapeutas, uma pedagoga, uma arteterapeuta e uma educadora física, que compõem as duas equipes do Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade do Rio Grande do Sul. Para a inclusão dos participantes no estudo, levou-se em consideração um tempo de três meses de inserção do profissional no local. E nos casos de núcleos profissionais que contavam com mais de um profissional no serviço, foi incluído aquele profissional com mais tempo de dedicação à instituição.

### *Instrumentos*

Para alcançar os objetivos do estudo, foram realizadas entrevistas semidirigidas de questões abertas e observações sistemáticas em cada instituição durante as reuniões de equipe.

A entrevista é uma das técnicas mais utilizadas no âmbito das pesquisas qualitativas. Ela é muito usada justamente pela sua flexibilidade aos mais diversos campos do conhecimento. A entrevista caracteriza-se pelo contato direto entre o pesquisador e o pesquisado (Turato, 2003; Chizzotti, 1998). A partir dela, o pesquisador expressa perguntas com o intuito de obter os dados que lhe interessam para a compreensão do tema. “A entrevista é, portanto, uma forma de interação social” (Gil, 1999, p.117).

Nas entrevistas, manteve-se a orientação dos eixos norteadores: a) a prática do psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); b) atribuições do psicólogo e o “lugar” ocupado pelos psicólogos no contexto da saúde mental e por fim, c) o trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Neste artigo, serão contemplados os eixos a e b. As entrevistas tiveram duração aproximada de uma hora. As mesmas foram realizadas em cada instituição onde se encontravam os profissionais com horário previamente agendado. No rapport já mencionado, foram abordados os objetivos e procedimentos do estudo e após foi

assinado o TCLE. Para o início da entrevista, o gravador de voz foi ligado. Essa forma de registro foi utilizada pela pesquisadora tendo em vista a liberdade que proporciona, evitando, contudo, afetar a espontaneidade do entrevistado (Turato, 2003). Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para a análise de dados.

A técnica de observação foi utilizada em duas reuniões de equipe de cada Centro de Atenção Psicossocial onde a pesquisa foi desenvolvida, totalizando quatro observações. Cabe ressaltar que as observações foram iniciadas após o término das entrevistas. A observação enquanto instrumento de pesquisa não é entendida aqui como mera contemplação “beata e passiva”, nem tampouco como “... um simples olhar atento” (Laville & Dionne, 1999, p. 176), mas, principalmente, como um olhar ativo amparado por um tema, sendo a partir desta perspectiva que nos servimos desta técnica. Durante a observação, foram focados os aspectos referentes à participação do psicólogo e à integração com os demais profissionais, assim como as ações desenvolvidas por ele e as trocas estabelecidas com os outros integrantes da equipe. Procurou-se prestar atenção na realização de ações interdisciplinares, centrando o olhar na participação do psicólogo.

Quanto às reuniões de equipe na Instituição I, pode-se perceber que elas se estruturam da seguinte forma: das 8h até as 10h, a reunião tem como foco os aspectos administrativos; das 10h até as 11h30min-12h, ocorre a segunda parte da reunião em que se discutem os casos atendidos no serviço. Nas observações, pode-se perceber uma participação ativa das psicólogas. Destaca-se que o momento da observação se deu no segundo tempo da reunião. Na Instituição II, as reuniões tiveram início às 8h15min e foram até as 12h. Não há uma organização em separado quanto aos aspectos a serem abordados, sendo que tanto aspectos administrativos quanto aqueles relacionados aos usuários são tratados neste espaço de tempo. A observação foi realizada durante toda reunião.

### *Análise dos dados*

A análise e a discussão dos dados foram feitas através do método de análise de conteúdo, como proposto por Bardin (1979). Mais especificamente, na Análise de Conteúdo Temática, cujo foco é o tema, pois permite uma rede de associações podendo ser visualizado por meio de “uma palavra, uma frase, um resumo” (Gomes, 2012, p. 86). Esse tipo de análise foi escolhido para representar o trabalho, pois “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 1979, p. 105).

Através da análise do material das entrevistas e das observações, foram definidas as categorias a serem trabalhadas. Para se chegar às categorias, as entrevistas foram analisadas primeiramente de forma individual e, posteriormente, em conjunto com as duas observações realizadas em cada instituição. Este procedimento foi realizado de forma semelhante nas duas instituições e, ao final, o material foi analisado em sua totalidade, partindo-se para os elementos presentes nos mesmos, considerando-se a força discursiva, os sentimentos manifestos, os silêncios ou os conflitos em relação à temática. Na discussão dos resultados, o material apresentado pelos profissionais entrevistados foi identificado através de um nome fictício (o qual não corresponde ao nome real) seguido da instituição. Estas foram assim apresentadas: Instituição I e Instituição II, visando manter os cuidados éticos com relação à não identificação.

### ***3.3 Resultados e Discussão***

Os resultados serão apresentados em três categorias, as quais irão expor as opiniões apresentadas pelos profissionais e os elementos observados durante a realização do estudo. Iniciaremos a reflexão em torno dos novos olhares sobre a ação do Psicólogo no campo da

Saúde Mental, como uma prática em constante movimento. Cada profissão traz consigo ferramentas a serem utilizadas em seu fazer, na prática psicológica destacamos a Escuta Diferenciada na atuação no cotidiano das Instituições. Por fim, apresentamos a importância do profissional psicólogo e o lugar ocupado dentro da equipe.

*A prática em movimento: novos olhares sobre a atuação do Psicólogo na Saúde Mental.*

O campo da Saúde Mental teve como “expoente” principal, no contexto brasileiro, o movimento da Reforma Psiquiátrica. A mesma assinala para a desinstitucionalização, questionando a maneira como as instituições psiquiátricas se relacionavam com o processo saúde-doença e o sistema manicomial em sua totalidade, enfatizando a emergência de novas formas de atuação dos profissionais no atendimento assistencial-ambulatorial (More, Leiva & Tagliari, 2002). Essas mudanças, propostas pela Reforma, atingiram as diferentes práticas que se encontravam já em alguma medida cristalizadas nas instituições manicomiais. Aos psicólogos couberam questionamentos em relação à formação, à atuação e à necessidade de uma ampliação de seu fazer neste cenário (Cantele, Arpini & Roso, 2012; Dimenstein & Macedo, 2010). A mudança do modelo de assistência ao usuário com algum sofrimento mental fica retratada na fala que segue.

vamos pensar que até alguns anos atrás se prendia os acometidos... era porque não tinha esse olhar para o sujeito. [...] Então o serviço de reforma psiquiátrica, todo ele, de abertura, de inclusão (P6, Instituição II).

Um dos aspectos a serem destacados a partir da escuta e da observação dos profissionais integrantes da pesquisa, foi a presença de ações mais plurais por parte dos psicólogos, assim como a presença de um profissional que foi descrito como mais integrado e participativo. Nesse sentido, a fala abaixo elucida que, parte destas inquietações que foram

lançadas as práticas psi em torno da Saúde Mental, estão sendo superadas, uma vez que, na perspectiva dos profissionais, a prática psicológica já não está mais centrada no atendimento individual, entrando em cena outras modalidades como, por exemplo, o trabalho grupal. Esta última foi destacada pelos participantes que, por outro lado, não excluíram, nem desvalorizaram a realização do atendimento individual, tendo em vista que este se faz necessário em determinados casos, do qual esteve identificado pelos profissionais que compuseram o estudo como sendo uma especificidade da prática psicológica.

... eu penso e observo que a prática dos psicólogos nos CAPS é uma prática diferente da lógica dos consultórios, da clínica, ambulatorial. Nos CAPS... os psicólogos, eles fazem grupos, atendem individual, quando necessário, mas o objetivo mesmo é trabalhar em grupo... e no grupo não trabalham sozinhos como acontecem nos consultórios. Trabalham em equipe. Então a gente cuida, assim, para que tenha um profissional de cada área e o psicólogo, então, atua junto com outros colegas. (P7, Instituição II).

[...] Então uma conversa terapêutica, porque eu vejo assim, o psicólogo, geralmente, começa com um grupo terapêutico, várias pessoas, e os casos mais graves, o psicólogo, com maior necessidade, ele encaminha para terapia individual, já que é muito procurada a terapia individual e não sei tem muito tempo para isso, devido a um grande número... acredito mais de 200 usuários nesse CAPS, cerca de 50 intensivos, que vêm diariamente, então... pela conversa em grupo se vê quais são as vontades, as necessidades de cada um. Cada um fala, assim, de modo geral, depois se parte para o individual. Nem todos vão para o individual, quem está mais estável fica no grupo, e os mais... grotescos vão para o individual. (P3, Instituição I).



Os atendimentos individuais que eu sei, os atendimentos em grupo, os atendimentos aos familiares, acolhimento, que é a primeira entrevista, e também, se preciso, uma escuta assim, o paciente não está na sua hora de atendimento, isso eu vejo bastante aqui. As nossas psicólogas, nós temos duas, elas estão sempre disponíveis, para esse momento assim de uma escuta, num momento de necessidade. [...] dentro do nosso CAPS as psicólogas elas, extrapolam um pouco a função da psicóloga, função primária. Então teve uma delas que fez uma vez um grupo de culinária. Tem a outra profissional que faz um grupo de pintura de vidros. Que são grupos terapêuticos, oficinas, mas que estão fora daquele atendimento padrão de psicólogo. A gente vai também passeios fora daqui, lazer, assim, também a gente procura esta fazendo e elas se incorporam nessa parte também. (P1, Instituição I).

Pode-se pressupor, a partir das falas, que estamos em movimento e que estas mudanças têm sido percebidas pelos demais integrantes dos serviços. Esse aspecto se reveste de importância, pois implica um esforço profissional e a tentativa de ver-se inscrito neste campo como um profissional capaz de estar em diálogo com os demais e a quem se pode descrever como um colega integrado.

Nesse sentido, as observações realizadas foram importantes, pois, no momento das reuniões de equipe, pode-se perceber os profissionais psicólogos integrados e participativos. Em momentos durante a reunião, foi aos psicólogos que a equipe se dirigiu a fim de elucidar o esclarecimento de algum caso ou de uma decisão a ser tomada. Dessa forma, pode-se destacar a visão de uma prática que sai do isolamento e se encontra integrada e com uma importante participação no conjunto de ações que constroem o cotidiano do serviço. Nota-se que a complementação de vários saberes entre diversos campos de conhecimento proporciona a ampliação da compreensão sobre os processos de doença e saúde, viabilizando a inclusão da

Psicologia no sistema de saúde mental, e não mais se restringindo apenas ao desempenho em consultórios (Menegon & Coelho, 2005; Oliveira & Peres, 2009).

Isto pressupõe que os psicólogos da saúde estariam operando as transformações no paradigma vigente buscando novas perspectivas teóricas, novos aportes instrumentais, novas relações entre técnicos trabalhadores da área e uma organização do sistema de atendimento condizente com a realidade emergente, tal como aponta Lima (2005) buscando redefinir sua função social na sociedade. Em decorrência disso, a fala que precede mostra a pluralidade de ações que define o fazer do psicólogo e também a mudança que o leva a não ser identificado unicamente como um profissional que faz atendimento individual, demonstrando a relevância da escuta destacada como uma importante especificidade do fazer da psicologia, mas também a questão do cuidado com o sofrimento e com as necessidades dos pacientes.

[...] acho que ele... esta preparado para não só para escutar, mas para conduzir aquilo depois, de uma forma técnica. Usando seus conhecimentos tentar amenizar aquilo que o usuário está trazendo. Aliviar o sofrimento dele na verdade, o sofrimento psíquico. (P2, Instituição I).

Os relatos a seguir evidenciam a ideia de um profissional diferente daquele historicamente definido pela prática em consultório (Oliveira & Peres, 2009) Esse movimento por parte dos profissionais pode ter contribuído para que os demais integrantes da equipe compreendessem melhor o sentido do seu fazer e tenham com propriedade elencado suas diferentes atuações. Um dos entrevistados ressalta que a prática psicológica no CAPS extrapola o fazer do profissional psicólogo, indo para além das quatro paredes do consultório tradicional, fazendo, assim não só a inclusão do usuário como a sua própria inclusão. Nascimento (2004), em relação a este aspecto, já apontava para a necessidade da reinvenção das práticas Psi dentro do atual modelo de atenção em saúde mental. Rustsatz e Câmara

(2006) chamavam atenção para a impossibilidade de a prática psicológica fazer frente às problemáticas vividas no cotidiano.

A clínica é um trabalho mais isolado. O psicólogo e o paciente, pode até ir na escola conversar, ou... pode chamar os pais para ouvir, assim como acontece no CAPS, mas não é um trabalho em equipe e pelo, até onde eu sei, o trabalho não sai, por exemplo, do consultório. O psicólogo do CAPS não, ele vai até... o centro, ele vai fazer um bolo, e não é o fazer o bolo, o bolo pelo bolo, o jogo pelo jogo... eu sei que isso acontece também lá no consultório, de jogar, de brincar com criança e adolescente, mas no CAPS a coisa é mais aberta, no sentido de estar ouvindo, de estar intervindo, mas também de estar inserindo nos diferentes espaços, é fundamental, porque às vezes a gente faz alguns passeios, e o psicólogo faz isso também, as crianças nunca foram, e às vezes não se apropriam dessa possibilidade, e aí quando eles vão “mas eu posso fazer isso também”, “eu também gosto disso”. Então faz parte essa questão também, de inclusão. (P7, Instituição II).

Se inserem e eu vejo que isso é diferente e que é legal, assim, que faz bem. E... que aí se estabelece um vínculo... então muitas vezes eu me espelho nas atitudes das estagiárias {referindo-se a estagiárias de psicologia} para poder chegar mais perto do paciente, e até na conversa, porque já vem brincando, então, como que acontece isso, assim, se o paciente fala assim “ah, eu brinquei disso”, “ah, mas quando que tu brincou? Como que tu brincou? Com quem que tu brincou?” e muitas vezes eu fico “ai, olha só que... legal assim...”, vai se criando um vínculo... (P8, Instituição II).

Durante as observações realizadas em ambas as instituições, ficou claramente evidenciada a multiplicidade de atuações em que o psicólogo, junto com os demais colegas, é

convidado a participar. Pode-se perceber isso na distribuição, por exemplo, em relação a quem ficava responsável pelo acolhimento em cada dia da semana, atividade que incluía todos os membros da equipe. Destaca-se ainda, com relação a este aspecto, que os profissionais descreveram várias atividades desempenhadas pelo profissional de psicologia, o que poderia estar indicando que a prática psicológica sofreu transformações, vindo gradativamente a se adequar ao teor do novo modelo, seguindo os pressupostos da reforma psiquiátrica e mais especificamente aos aspectos apontados pela regulamentação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). De acordo com a Portaria/SNAS n 224 a assistência ao usuário no CAPS conta com as seguintes atividades desenvolvidas: atendimento individual, atendimento em grupos, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração do usuário na comunidade e sua inserção social (Brasil, 1992).

Os psicólogos fazem tudo que os outros profissionais fazem. Acolhimento, fazem grupos, fazem atendimento individual, fazem grupos de... familiares, grupos terapêuticos... o atendimento individual quando necessário, quando aquela criança ou adolescente realmente não se coloca no grupo, ou quando é uma criança ou adolescente que... não tem condições, naquele momento, de participar do grupo, que às vezes vêm, assim, e não estão muito legal para... ou são muito isoladas, não gostam de estar em grupo... ou estão passando por uma crise naquele momento... mas o objetivo não é esse, o objetivo é trabalhar nos grupos, no ambiente... (P7, Instituição II).

Em relação à variedade de ações dos psicólogos apontadas pelos profissionais, Kubo e Botomé (n.d.), identificam diversas atribuições esperadas no fazer do psicólogo nesse contexto, dentre elas, “a preparação do doente mental para sua reinserção social e sua manutenção na comunidade, a orientação da família dos pacientes, a preparação e orientação profissional do doente mental, a realização de pesquisas e avaliação de programas, a

participação na formação dos demais trabalhadores de saúde mental e a produção de informação à sociedade sobre aspectos relacionados à saúde mental” (p. 4). A essas específicas atribuições da psicologia, junta-se ainda uma maior, que percorre a prática de todos os profissionais incluídos na saúde mental empenhados com o movimento antimanicomial: “a de criar um conjunto amplo de medidas que interfiram nas condições de vida do paciente e permitam criar alianças e vínculos forte com a comunidade” (Kubo & Botomé, n.d., p. 4).

Partindo dos aspectos abordados por Spink (2003), Neto (2008) e Menegon e Coêlho (2005), com relação aos impasses vivenciados pelos profissionais psicólogos em relação a sua inserção na Psicologia da Saúde ou, mais especificamente, no CAPS, o que se pode destacar neste estudo é que os colegas que compõem o universo das equipes multiprofissionais identificam uma mudança significativa na prática psicológica e no serviço, ou seja, o CAPS mudou e os profissionais também. Isso ficou evidenciado nas observações realizadas durante as reuniões de equipe, no sentido do profissional da psicologia estar mais integrado, mais participativo com os outros componentes da equipe. Para além disso, observou-se, na Instituição II, um certo viés transdisciplinar, a partir do qual os profissionais se permitiam usar conceitos que seriam mais próximos ao saber da Psicologia. Como Barbosa (2004) afirma, o atual modelo de atenção à saúde mental reacende novas discussões, e o nosso serviço é lidar com tais impasses da prática buscando incansavelmente a formação continuada, pois outros tipos de responsabilidades se instalam para que estes novos dispositivos possam desempenhar efetivamente seu papel.

Assim, o psicólogo é convocado a desenvolver estratégias para a adaptação “de seu instrumental teórico-prático” (Brasil, 2004, p.185), viabilizando a “reintegração” e a “ressocialização” dos usuários por meio do cuidado contínuo. Faz-se indispensável “desenvolver abordagens participativas”, nas quais os usuários, juntamente com seus

familiares e com a comunidade em geral, sejam reconhecidos como atores, cooperando com a gestão de políticas de saúde, motivando a geração de serviços descentralizados, flexíveis e apropriados aos interesses da clientela. Parece que tal convocação pode ser testemunhada pelos participantes da equipe que descrevem um profissional que teve uma prática que passou por “vários momentos”.

Eu acho que o CAPS teve muitos, assim, teve vários momentos, começou... mudou muito os profissionais, também, de logo que eu entrei e de agora... antes era bem ambulatorial, até, um trabalho mais, individual... hoje em dia já esta mais assim, a psicologia esta junto com a gente em grupos, tem atendimento individual, mas não é tão focado no individual, já esta mais, fazendo parte... da equipe no sentido de estar no grupo, estar em todos os espaços com a gente, numa equipe multidisciplinar mesmo... interdisciplinar mesmo. O que eu acho bem legal, bem positivo. (P5, Instituição II).

[...] o psicólogo aqui no serviço ele pode estar presente desde o acolhimento até o atendimento exclusivo dessa pessoa, no atendimento individual, até o grupo, até uma visita domiciliar na escola, na casa, até um... acompanhante terapêutico, porque nós temos muitas crianças aqui que, não se enquadram, numa coisa mais tradicional, de ficar numa sala, muitas crianças aqui vão ter seu atendimento enquadradas de outro modo, de outro meio, de outra maneira, que é poder fazer o atendimento ali na praça, que é poder caminhar pela cidade, então quase como um acompanhante terapêutico (P9, Instituição II).

Dessa forma, a formação em psicologia vai repensar o seu lugar dentro dessa esfera de atuação. Na pesquisa realizada por Cantele, Arpini e Roso (2012), ao trazer o lugar da psicologia nos espaços dos Centros de Atenção Psicossocial, ficou evidenciado que o psicólogo tem um lugar diferenciado dentro dos serviços de saúde mental, tornando-se

referência principalmente entre os profissionais que compõem a equipe. Assim, suas atuações foram encontradas nos mais diferentes contextos de sua prática. No presente estudo, o participante abaixo resume a perspectiva do olhar que outros membros da equipe têm sobre o psicólogo, ressaltando que este é o organizador e que, na figura dele, está centrado o serviço de saúde mental. Isso não quer dizer que os outros olhares não sejam importantes, muito pelo contrário, pois, segundo este, as outras profissões são complementares e será nessa complementação com o profissional psicólogo que elas irão reestruturar o serviço.

[...] o psicólogo faz esse olhar. [...] Então a especificidade dele é totalmente diferente, é o organizador do serviço... os outros são complementares dentro da saúde CAPS... os outros vão fazer reestruturação junto com ele. O psicólogo é quase o organizador do serviço... porque se há um sujeito que está em... alguma hegemonia com o seu interno, é prioridade dele. Os outros vêm completar esse serviço. Obviamente que o psicólogo vai trabalhar direto com psico ou psique. [...] Então está centrado nele o serviço de saúde mental... mais até do que na psiquiatria... porque 90% dos pacientes pode e consegue viver sem a medicação... se conhecerem, se entenderem, praticarem... porque praticar o exercício mental de organização, quem faz? O psicólogo, como... toda a estrutura do sujeito está focada nele. As outras especificidades estão colaborando... mas quem organiza é ele... (P6, Instituição II).

Os resultados obtidos através da escuta e da observação dos profissionais que integram a equipe nos permitiram inferir que estamos diante de um novo fazer da prática psicológica. Nesse sentido, pode-se reconhecer a superação de muitas das barreiras e entraves apresentados pelos autores que se debruçaram a refletir sobre a psicologia e sua inserção em contextos mais gerais do processo saúde-doença, como se constituem os CAPS (Spink, 2003; Menegon & Coêlho, 2005; Melo & Borges, 2008) É, sem dúvida muito gratificante perceber

que estamos caminhando para um fazer mais plural, certamente mais amplo do que outrora fizemos.

*O Fazer da Psicologia no cotidiano da Instituição: uma Escuta Diferenciada*

Além de considerar a construção da psicologia da saúde como um campo de saber inserido em equipes de saúde mental integradas por psiquiatras, assistentes sociais, dentre outros, a composição dessas equipes multiprofissionais não foi uma tarefa fácil<sup>3</sup>. De um lado, deu-se a resistência por parte dos profissionais que não entendiam a função conferida aos membros dessas equipes. Já por outro, esses novos profissionais careciam de alicerces teóricos - práticos imprescindíveis para a construção dessa nova concepção de serviço, a qual se afastava dos parâmetros tradicionais de atuação dos profissionais que historicamente os integraram.

Rutsatz e Câmara (2006) elucidam que a Psicologia tradicionalmente constituída não estava dando conta de compreender, de explicar e nem de sugerir alternativas para os problemas vividos pelos indivíduos em seu dia a dia. O modelo predominante no país obteve suas práticas centralizadas no atendimento terceirizado, e o hospital acabou tornando-se meio e fim do cuidado às pessoas com sofrimentos graves de saúde.

Retrata-se na próxima fala em que o profissional identifica a importância da psicologia no serviço, mostrando assim a superação de uma visão médico-centrada, historicamente sempre muito presente na saúde mental. Além disso, esse aspecto foi observado nas duas instituições onde é visível a circulação da palavra entre os profissionais.

Apesar de que todas as profissões eu acho que tem muitos... competentes, assim, mas é um trabalho que tu tem que ter uma escuta, e essa escuta, eu acho que vocês que já vêm de toda a formação da academia, já vêm com essa escuta um

---

<sup>3</sup> Os aspectos que envolvem o trabalho em equipe serão abordados no artigo que segue.



pouco mais apurada, talvez, ou mais preparada essa escuta do que nós, assim, do que eu. Tu tem uma escuta na X, no atendimento assistencial, mas que não é uma escuta de... até de suportar muita coisa, assim, dessa escuta... (P5, Instituição II).

De acordo com Pietroluongo e Resende (2007), o psicólogo, considerando as especificidades de sua formação, ocupa um lugar essencial dentro da equipe multidisciplinar e esse espaço está muito relacionado à capacidade de escuta. E será com esse instrumento que o profissional poderá compor momentos de subjetivação, ampliando a percepção da equipe e da família em torno dos problemas levantados por esta. Trazemos em nossa formação uma valisa com emaranhadas técnicas e aportes teóricos, a qual pode auxiliar na pluralidade de ações que os profissionais irão desenvolver. No processo de trabalho do psicólogo, os profissionais identificaram essa “escuta diferenciada ou especializada” como a mais importante ferramenta. Essa escuta diferenciada ficou evidente nas reuniões, pois a questão psicológica fazia-se muito presente e, geralmente, em quase todos os casos, quando os psicólogos não se colocavam, algum integrante da equipe trazia esse aspecto da área da psicologia, esperando em retorno.

... por exemplo, da escuta, eu posso fazer uma escuta e fazer uma orientação, fazer uma intervenção a partir da minha escuta, não uma intervenção voltada para atuação do psicólogo, né? Porque senão não existiria a profissão, por isso que eu chamo de escuta especializada. É uma escuta voltada justamente para isso (P7, Instituição II).

... esse olhar... assim... mais clínico, mais avaliativo... porque não é que eu, eu no caso, assim, avalio muito as atitudes... o meu olhar é mais “ah, brincou ou não brincou, sorriu ou não sorriu, agrediu ou não agrediu”. Mas o olhar do psicólogo vai além disso, eu vejo. Fica nas entrelinhas... Eu vejo que... essa é a especificidade... traz questões, assim, ou... resgata questões da própria criança.

Fica, digamos assim, instigando ou puxando determinados assuntos que conseguem fazer com que a criança fale... que muitas vezes... eu não consigo e eu vejo que a X faz muito bem isso... e que a criança depois fala. (P8, Instituição II).

Podemos pensar esta escuta como parte constitutiva do núcleo de especificidade do psicólogo, o que somado aos demais elementos apontados pelos profissionais, principalmente o elo, a ponte, pode elucidar a importância atribuída ao seu lugar na equipe. Em relação à escuta, cabe destacar a cuidadosa especificidade com que ela foi referida, indicando a compreensão por parte dos profissionais entre as diferentes formas de escuta. Nesse sentido, sabemos que a escuta psicológica é, de fato, o grande instrumento através do qual acessamos o outro e, nesse sentido, Dolto (1979,2004), em seu trabalho clínico, já destacava que uma das especificidades do trabalho clínico era justamente a capacidade de escuta.

Com relação a este aspecto, na pesquisa realizada por Polli (2012), a qual teve como objetivo compreender a representação de psicoterapia infantil por crianças atendidas em instituição pública de saúde, evidenciou-se a capacidade de escuta do psicólogo como um dos elementos que ganharam destaque. Podemos ainda argumentar que esta escuta é ou se torna diferenciada porque pressupõe um profissional que saberá escutar sem emitir julgamentos valorativos e que se propõe através dela conhecer algo do paciente, de suas relações e de seu contexto, buscando a compreensão dos aspectos subjetivos. Dessa forma, pode-se compreender o destaque dado pelos profissionais a esta privilegiada ferramenta de trabalho.

O psicólogo tem uma escuta que é especializada no sentido de que estudou todas as teorias da constituição do sujeito, de... como se constrói e como se define, assim, o sujeito, o inconsciente, todas essas questões... e, por exemplo, outros profissionais do CAPS, todos fazem escuta. Mas a escuta do psicólogo, ela é especializada nesse sentido, no sentido da interpretação, no sentido da

intervenção... a intervenção do psicólogo é diferente da intervenção de outros profissionais, dentro da área dele. (P7, Instituição II).

Acho que eu posso ouvir, mas... para um tratamento, para aquela escuta especializada, eu acho que é só o psicólogo que pode render mais, que pode ajudar mais aquela pessoa. Eu acho que... chega um ponto que a minha escuta não funciona, só, então é preciso que aí entre o psicólogo... nessa coisa... da organização das ideias das pessoas, eu imagino... para tentar resolver a situação ali de sofrimento (P1, Instituição I).

As expressões utilizadas pelos profissionais para dar ênfase à especificidade da escuta psicológica são de suma importância. Elas implicam a valorização dos profissionais dessa especificidade e também a possibilidade de perceber que esta diferenciada modalidade de escuta só pode ser possível quando ela efetivamente está em prática. Também reitera que, se ela pode ser tão bem descrita, pode-se inferir que está presente na prática psicológica e isso é certamente motivo de grande satisfação para quem se dedica ao estudo das práticas psicológicas.

*Importância do psicólogo no CAPS: Notas sobre o lugar do psicólogo na equipe.*

Em suas falas, os profissionais apontaram que o psicólogo tem um papel muito importante no cotidiano do serviço, nas decisões a serem tomadas e na integração das ações em relação aos diferentes profissionais, o usuário e seus familiares. Durante as observações realizadas para esta pesquisa, isso pode ser confirmado pela participação ativa tanto dos profissionais como dos estagiários e residentes de psicologia. Na Instituição I, houve uma participação enfática das psicólogas. Na Instituição II, a psicóloga (que ocupava a coordenação técnica do serviço) manifestou-se pouco durante as duas reuniões, mas, em contrapartida, as estagiárias e a residente de psicologia trouxeram elementos de maneira ativa.

Não podemos pensar que a importância atribuída aos profissionais da psicologia, verificada em nosso estudo, seja um acaso. Sem sombra de dúvida, podemos inferir que o movimento destacado anteriormente em relação à forma como foi descrita a prática psicológica tem sido determinante para este lugar hoje ocupado pelo psicólogo. Um profissional, para poder fazer a ponte, o elo e a integração, precisa, antes de mais nada, estar integrado e em constante diálogo com a equipe, como podemos observar nas falas que seguem.

[...] Aí então eu acho que nesse sentido de ponte, ele traz para gente, ou a gente leva... assim como vem, vai, então a gente faz essa ponte, até com o psiquiatra.

[...] outra coisa também que o psicólogo faz, muitas vezes ele percebe da necessidade daquele paciente participar de um grupo... da oficina X... que ele vai, que para ele é importante, que ele está necessitando daquela terapia, então o psicólogo traz isso na reunião da equipe e a partir dessa informação a gente então conversa e vê qual a melhor opção para colocar esse paciente. Ou tipo “olha esse paciente não está rendendo mais no grupo, então acho que a gente vai ter que retirar, buscar outras opções”. Então nesse ponto assim... ele faz a ponte com todos os serviços. Acho que o psicólogo ele é fundamental assim para direcionar para o assistente social, para a enfermagem, para o médico, para todos os outros... Então eu vejo o psicólogo... uma peça fundamental. (P4, Instituição I).

... eu lembro sempre que quando a gente tem dúvidas, a gente vai conversar com o psicólogo, tirar dúvidas a respeito de coisas que a gente observou, de coisas que a gente ouviu ... então também essa escuta dos profissionais eu acho muito legal. E escuta ... como é que eu posso dizer... orientação, em função dos pacientes... eu acho muito legal esse trabalho, assim, junto... e, assim, a gente conversa bastante com os psicólogos (P7, Instituição II).

Outro ponto destacado como importante foi em relação ao trabalho do psicólogo com as famílias, no qual ele foi apontado como o profissional articulador do processo entre equipe, usuário, família e comunidade. Este aspecto merece ser evidenciado considerando a importância que a família passa a ter com o movimento da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 2003) que a colocam no cenário do tratamento e um dos dispositivos a que se deve investir com vistas a qualificar o trabalho e o universo de relações do paciente (Brasil, 2010), assim as observações e a escuta através das entrevistas testemunharam a presença do cuidado com a família, sinalizando que este aspecto tem sido atendido pelo serviço, e esse atendimento parece estar prioritariamente endereçado a prática psicológica.

... o psicólogo tem um papel importante nisso também, porque ele tenta... fazer esse link, né, da família... chamar a família, encaminhar, tornar a pessoa mais intensiva ali... (P3, Instituição I).

E muitas vezes... não é o paciente que chega até nós, é o familiar. E se a gente tivesse esse profissional {psicólogo} aqui que pudesse fazer esse acompanhamento do familiar, porque já conhece a dinâmica, porque já atende o paciente. [...] Então eu acho que... o profissional psicólogo, ele é um dos fundamentos do CAPS. Como é que eu faço um hospital sem médico? Não faço. Alguém tem que orientar. E se é saúde mental eu acho que... tem que ser focado no profissional que sabe de saúde mental, do psique, da subjetividade (P6, Instituição II).

Nota-se, nas falas, que seguem que o psicólogo foi definido como um profissional de referência para a equipe. Como dito acima, ele é o membro da equipe que faz a ponte, o elo, o link entre os serviços de saúde, com a família, dentro da própria equipe.

Acho assim uma das... não que as outras não sejam, todo mundo tem a sua importância. [...] Eu acho que não teria até como o CAPS funcionar sem a

presença dos psicólogos, porque muitas vezes, uma escuta bem feita... é melhor que... muitos comprimidos. (P2, Instituição I).

[...] apresenta muita relevância. Então nós vemos aqui no resultado com as pessoas, no que se busca fazer, os objetivos, então... uma relevância prática, uma relevância teórica, uma relevância resolutiva, uma relevância, é, em grupo... um profissional importante aqui no sentido de resolver. Um problema, às vezes, quando falta um psicólogo, por motivo A, B ou C... fica fraco, são muitas pessoas que ficam desassistidas aqui. Então o problema torna-se mais sério do que já é. Sempre falta profissional, o psicólogo é um dos que mais, se... fazem necessário aqui (P3, Instituição I).

Em pesquisa realizada em 2009 por Cantele, Arpini e Roso (2012) acerca da inserção da psicologia no âmbito da saúde mental, na qual foram entrevistados psicólogos trabalhadores de três CAPS, os mesmos apontaram que sentiam que a equipe os via como um profissional de referência. Cabe destacar que, no momento em que o estudo foi realizado, observou-se que as três instituições estavam sendo coordenadas por psicólogos.

Para Fagundes (2004), “a psicologia tem um potencial transversalizador das práticas sociais e institucionais” (p. 4), o qual tem contribuído cada vez mais para a invenção de maneiras de se colocar tanto na saúde coletiva quanto na desinstitucionalização da loucura. Ainda segundo a autora, os psicólogos são atores importantes na construção/invenção de políticas públicas no Brasil, em especial na área da saúde, enquanto formuladores de novas propostas, na formação de profissionais, na produção de conhecimentos, na invenção da atenção designando dispositivos clínicos e de cuidados, na participação em conselhos de saúde, entre muitos outros.

### ***3.4 Considerações finais***

As considerações finais permitem afirmar que estamos diante de uma ressignificação da prática psicológica no contexto da Saúde Mental. A prática psicológica que, durante muito tempo, esteve centrada num modelo privatista, com a Reforma Psiquiátrica sofreu impasses que levaram o profissional a rever ações, teorias e propostas de ação a fim de ampliar seu olhar sobre o processo de adoecimento e seus desdobramentos, redefinindo seu espaço e sua função social.

O primeiro ponto a ser destacado neste estudo foi a presença deste novo olhar da atuação do Psicólogo na Saúde Mental, o que nos levou a chamá-la de uma prática em movimento. Nessa nova prática, os psicólogos foram descritos principalmente como mais integrados e participativos, pois desenvolvem ações plurais, como atendimentos grupais, visitas domiciliares, acolhimento, entre outras. Instituiu-se, assim, uma nova prática psicológica não mais centrada no atendimento individual.

Com relação ao trabalho do psicólogo na Instituição, os entrevistados evidenciaram a importância de seu lugar na equipe identificando-o como sendo o profissional que faz o elo entre os diversos componentes da equipe, com o usuário e a família. Entre as ações desenvolvidas pelo psicólogo, a Escuta Diferenciada ou Especializada foi a que mais se destacou nas falas dos profissionais.

O estudo mostrou também a relevância da prática psicológica no cotidiano das Instituições, entretanto, parece-nos relevante lembrar a importância que cada membro da equipe ocupa nesse espaço, uma vez que cada núcleo profissional tem seu lugar, seu espaço e sua relevância no processo de trabalho.

Mediante a pesquisa, pudemos perceber as transformações da construção da prática psicológica no contexto da Saúde Mental, não só no que diz respeito a sua atuação sobre as ações, específicas de seu fazer, como também em relação a sua integração e participação na equipe, na elaboração dos projetos terapêuticos e nas ações direcionadas à família. Na

realidade, as técnicas de caráter mais individual não se apagaram da história da psicologia, elas fizeram e sempre vão fazer parte de nossa prática, mas, para além delas, estamos em busca de repensar nosso fazer com vistas a atender as demandas atuais, certamente diferentes daquela de tempos passados.

### 3.5 Referências

Amarante, P. (2003). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2a ed.) Rio de Janeiro: Fiocruz.

Barbosa, L. H. (2004). Psicologia clínica na saúde mental: uma crítica à reforma psiquiátrica. *Ciências e cognição*, 03, 63-65. Recuperado em 01 maio, 2009: <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v03/m2348.pdf>.

Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

Bauer, M.W., & Gaskell, G. (2005). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (4a ed., P. A. Guareschi, trad.) Petrópolis, RJ: Vozes.

Brasil, Ministério da Saúde. (1992). *Portaria/SNAS n. 224*. Brasília. Recuperado em 20 novembro, 2012: [http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n224.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm).

Brasil, Ministério da Saúde. (2010). Relatório Final. *IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*, Recuperado em 02 fevereiro, 2013: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011\\_2\\_1relatorio\\_IV.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_2_1relatorio_IV.pdf).

Brasil, Â. M. R. C. (2004). *Considerações sobre o trabalho do psicólogo em saúde pública*, 37, 181-186. Recuperado em 28 abril, 2011: [ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/181\\_37.pdf](ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/181_37.pdf).

Cantele, J.; Arpini, D. M. & Roso, A. (2012). A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. *Psicologia: ciência e profissão* [no prelo].

Chizzotti, A. (1998). *Pesquisas em ciências humanas e sociais* (3a ed.). São Paulo: Cortez.

Conselho Federal de Psicologia. (2009). *Práticas Profissionais dos(as) Psicólogos(as) nos Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília/DF.



Dimenstein, M. & Macedo, J. P. (2010). Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In: Spink, M. J. P. (Org.). *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*, (207-234). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dolto, F. (2004) Prefácio. In: Mannoni, M. *A primeira entrevista em psicanálise: um clássico da psicanálise* (7-33) Tradução: Roberto Cortes de Lacerda. Rio de Janeiro: Nova Ed (Texto original publicado em 1979).

Fagundes, S. (2004). Apresentação. In: Nascimento, C.A.T, Lazzarotto, G. D. R., Hoenisch, J. C. D., Silva, M.C.C., & Matos, R.L. *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre, RS: CRP - 7º Região, 84-96. Recuperado em 20 de maio de 2010, da CRP07 (Conselho Regional de Psicologia): <http://www.crp07.org.br/upload/edicao/arquivo15.pdf>.

Figueiredo, V. V. de & Rodrigues, M. M. P. (2004). Atuação do psicólogo nos CAPS do estado do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*. Maringá, 9(2), 173-181. Recuperado em 22 agosto, 2011: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n2/v9n2a04.pdf>.

Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas.

Gomes, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. (2012). In: Deslandes, S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis-RJ: Vozes (pp. 79-108).

Kubo, O. M., & Botomé, S. P. (n.d.). *Formação e atuação do psicólogo para o tratamento em saúde e em organizações de atendimento à saúde*. Recuperado em 26 de agosto de 2011: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/3319/2663>.

Laville, C. & Dionne, J. (1999). Observação. In C. Laville & J. Dionne, *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas* (H. Monteiro & F. Settineri, Trad., pp. 176-182). Belo Horizonte: Editora UFMG.

Lima, M. (2005). Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo*. Maringá, 10(3), 431-440. Recuperado em 15 de abril de 2012, da Scielo (Scientific Electronic Library Online): <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a10.pdf>.

Menegon, V. M., & Coêlho, A. E. L. (2005). *A inserção da psicologia no sistema de saúde pública: uma prática possível*. 161-174. Recuperado em 26 agosto, 2011: [online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/824/608](http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/824/608).

Melo, D. C., & Borges, F. G. A. (2008). *O papel do psicólogo comunitário: análise de uma intervenção e propostas de atuação*. 1-7. Recuperado em 30 agosto, 2011: <http://www.ic-ufu.org/anaisufu2008/PDF/SA08-20362.PDF>.

More, C. L. O. O., Crepaldi, M. A., Queiroz, A. H., Wendt, N. C. & Cardoso, V. S. (2004). As representações sociais do psicólogo entre os residentes do programa de saúde da família e a importância da interdisciplinaridade. *Psicologia Hospitalar*, 1(1), 59-75. Recuperado em 01 outubro, 2011: <http://www.labsfac.ufsc.br/documentos/representacoesSociaisPsicologoResidentes.pdf>.

More, C. O. O., Leiva, A. C. & Tagliari, L. V. (2002). A representação social do psicólogo e de sua prática no espaço público- comunitário. *Paidéia*. 11(21), 85-98. Recuperado em 14 abril, 2011: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2001000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2001000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).

Nascimento, C. A. T. Construindo Processos de Organização dos Psicólogos em Saúde Pública. In: Nascimento, C.A.T., Lazzarotto, G.D. R., Hoenisch, J.C D., Silva, M.C.C., & Matos, R.L. (2004). *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre, RS: CRP - 7º Região, 84-96. Recuperado em 20 maio, 2011, do CRP07 (Conselho Regional de Psicologia): <http://www.crp07.org.br/upload/edicao/arquivo15.pdf>.

Neto, J. L. F. (2008) Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, 32(78/79/80), 18-26. Recuperado em 27 de agosto 2010, da PUC Minas: <http://www.pucminas.br/documentos/tresmomentos.pdf?PHPSESSID=e7a51ebf28f5791db6ff6c8b40636bac>.

Oliveira, M. & Peres, K. N. (2009). A Representação Social de Usuários e Profissionais sobre a atuação do Psicólogo nos Serviços de Saúde Pública do Município de Palmas/TO. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, 1(1), 35-57. Recuperado em 08 agosto, 2012: [www.crp09.org.br](http://www.crp09.org.br).

Pietroluongo, A. P. da C., & Resende, T. I. M. (2007). Visita domiciliar em saúde mental - o papel do psicólogo em questão. *Psicologia: ciência e profissão*. Brasília, 27(1), 1-10. Recuperado em 30 agosto, 2010, de PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia): [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007000100003&lng=pt&nrm=](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100003&lng=pt&nrm=).

Polli, R. G. (2012). *Psicoterapia de crianças em instituição pública de saúde : novas perspectivas a partir do olhar da criança*. Dissertação de mestrado apresentada, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil.

Rutsatz, S.N.B., & Câmara, S.G. (2006). *O psicólogo na saúde pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço*. Canoas, 23. Recuperado em 20 julho, 2010, da PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia): [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942006000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000200006&lng=pt&nrm=iso).

Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da saúde. *Análise psicológica*. 441-448.

Turatto, E. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes.

## **CAPÍTULO 4**

**A Equipe Multiprofissional e a prática interdisciplinar: desafios do novo modelo de  
atenção em Saúde Mental**

**The multiprofessional team and the interdisciplinary practice: challenges of the new  
health care model in Mental Health**

*Resumo:* A presente pesquisa buscou compreender a prática psicológica e o lugar ocupado pelo profissional da psicologia constituído neste cenário, a partir do olhar dos integrantes das equipes de saúde mental. Para isso, foi realizado um estudo qualitativo, com a utilização da técnica de entrevista semiestruturada, associado à técnica de observação, tendo como participantes dez profissionais técnicos de nível superior inseridos em dois Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade do Rio Grande do Sul. As entrevistas foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo, mais especificamente a Análise de Conteúdo Temática. Os resultados demonstraram o sentimento de despreparo vivenciado pelos profissionais ao iniciar suas atividades no CAPS. No entanto, os entrevistados ressaltaram a importância da supervisão clínica institucional como dispositivo para superação do (des)conhecido. Um outro aspecto destacado pelos profissionais foi a reunião de equipe, sendo isso identificado como uma importante ação para a efetiva construção de um trabalho conjunto, definindo, assim, o lugar e a especificidade de cada um dos profissionais que compõem a equipe. Ao reconhecer o seu lugar e o do outro, a prática e o saber das especificidades se entrelaçam, formando a interdisciplinaridade das ações. Os resultados evidenciam o profissional de psicologia engajado na proposta do serviço, membro ativo, que fomenta e, por vezes, referencia a equipe na tomada de decisões, bem como desenvolve ações de cunho interdisciplinar. Assim, conclui-se a existência de uma movimentação dos profissionais da saúde ressignificando a todo o momento o seu fazer.

**Palavras-chave:** Psicologia da Saúde; Centro de Atenção Psicossocial; Serviços de Saúde Mental; Equipe Multiprofissional; Interdisciplinaridade.

**Abstract:** This research aims to understand the psychological practice and the position assumed by the psychology professional in this scenery from the perspective of the members of the mental health team. A qualitative study, with ten professionals with higher education of two Psychosocial Health Centers of a city of Rio Grande do Sul was carried out, using semi-structured interviews, associated to the observation technique. Interviews were analyzed through Content Analysis, more specifically Thematic Content Analysis. Results indicate the feeling of unpreparedness, experienced by professionals, as they began their work in CAPS. However, the interviewed highlight the importance of clinical and institutional supervision as a device to overcome the (un) known. Another aspect referred by the professionals was the team meeting, identified as an important element regarding the effective construction of a group work, thus, defining the position and the specificity of each of the professionals who are part of the team. Recognition of one's position and of the other's, implicates in the intertwining of practice and knowledge, characterizing the interdisciplinarity of actions. Results evidence the professional of psychology engaged in the proposal of the service, as an active member, who fosters and is a reference to the team concerning decision-making, as well as someone who develops actions in an interdisciplinary perspective. Therefore, the displacement of the health professionals is verified, resignifying their practice continuously, lead by transdisciplinarity.

**Keywords:** Health Psychology; Psychosocial Health Center; Mental Health Services; Multiprofessional Team; Interdisciplinarity.

#### ***4.1 Introdução***

Na implantação do novo modelo de atenção em saúde mental, várias mudanças se fizeram presentes. Neste capítulo, vamos nos deter no trabalho em equipe, ou seja, na atuação das equipes multiprofissionais, uma vez que o novo modelo parte do pressuposto de que se deve ter presente uma multidisciplinaridade de saberes e práticas, através dos quais o psicólogo e outros profissionais passam a se inserir. Essa inserção se constituiu em um desafio para os profissionais de psicologia, uma vez que, como assinalamos anteriormente, historicamente a prática psicológica não esteve voltada para o âmbito da saúde pública, nem para o trabalho em equipe.

Pode-se pensar que, da mesma forma que para a psicologia, essa perspectiva de trabalho constitui-se num grande desafio para todos os profissionais (trabalhadores da saúde) que passaram a integrar as equipes multiprofissionais. A eles, coloca-se a tarefa de não só conhecer a sua função, mas também de conseguir estimar e reconhecer o papel (fazer) do outro como essencial para se obter uma visão complexa dos fenômenos. Possibilita-se, assim, a “abertura à reflexão e a novas alternativas relacionais e de ação terapêutica” (Pietrolungo & Resende, 2007, p. 8).

Para Leite e Veloso (2008), o trabalho em equipe torna-se indispensável na mudança de papéis na atenção à saúde, na medida em que a horizontalidade infiltra-se no ventre das relações cotidianas no processo de trabalho. Na saúde, o trabalho em equipe aborda um fazer das relações que precisam ser pensadas e repensadas pelos trabalhadores possuindo, assim, diversas probabilidades de significação.

Peduzzi (2001) ressalva que esse trabalho não implica eliminar as especificidades, pois é na heterogeneidade das diferenças disciplinares que se possibilita a real contribuição de cada categoria no processo de trabalho. Nesse sentido, é preciso não só que cada disciplina aceite o aperfeiçoamento do conhecimento e da função técnica de cada campo de atuação, mas também que haja maior produtividade.

Nesse sentido, a construção do trabalho em equipe vem ocupando uma posição de destaque na proposta da atenção à saúde mental como uma ferramenta importante no processo de trabalho, uma vez que busca a cisão da funcionalidade dos serviços centrados na figura do psiquiatra e do psicólogo, configurando-se em uma possibilidade mais integrada e mais resolutive (Leite & Veloso, 2008).

Para Costa (2007), “o trabalho em equipe, quando visto como processo, demanda o repensar dos papéis, das relações de poder e dos conteúdos já instituídos” (p. 4). Assim, o trabalho excederia a inércia burocrática presente nos serviços públicos de saúde, interferindo na divisão vertical no modo de trabalhar, considerada pelo autor como sendo “impeditiva da resolubilidade dos serviços” (p. 4). Torna-se evidente que o trabalho em equipe nos serviços de saúde terá maior efetivação quando as relações de poder forem trabalhadas e repensadas através da “disciplinari-zação” desse espaço. De tal maneira, reencontramos o tema da interdisciplinaridade como um processo interno dessa área, seja por meio da “complexidade de seu objeto, seja como forma de relativizar e trabalhar as relações de poder implícitas na disciplinarização” (p. 4).

Ao discorrer sobre o trabalho em equipe como um processo, Costa (2007) destaca a importância de repensar os papéis de cada profissional, das relações de poder e dos conteúdos que já estão estabelecidos, assim como a ampliação do conceito de saúde, o que demanda uma nova postura na produção do conhecimento e na prática em saúde. Além disso, a área da saúde pública é entendida pelo autor como uma área de “correlação de forças” (p. 5), a partir da qual disciplinas se pronunciam, porém, mantêm como “pano de fundo a consciência social e política” que surge na comparação das práticas.

No entanto, parece-nos importante ter presente que conflitos e disputas entre as diferentes disciplinas emergem quando essas novas práticas se colocam em cena. Nesse sentido, concordamos com as ideias expressas por Ojeda e Strey (2008) de que a

movimentação de “saberes e poderes” entre as diversas disciplinas tornam as vivências em saúde um universo social de constante ebulição, nas quais permanecem conflitos atuais que tendem a “des(acomodar) saberes e limites” (p. 3). Segundo as autoras, alguns desses conflitos manifestos pelas profissões envolvidas demonstram o panorama de formação dos trabalhadores da saúde, o que, por vezes, acaba perpetuando saberes e práticas isoladas, visando a interesses de ordem corporativos, o que termina por comprometer o desenvolvimento das ações em saúde.

Nesse processo do trabalho em conjunto, faz-se necessário inventar e reinventar novos e antigos caminhos e práticas, desatando os nós das fronteiras teóricas e do dualismo que abordam o existir humano bem como criar novas tonalidades que modifiquem as subjetividades, tecendo-as de “autonomia e liberdade” (Ojeda & Strey, 2008).

Quando pensamos na organização do fazer em Saúde, observamos as emaranhadas relações de força de poder que abarcam e acomodam o corpo social. Tais relações de poder determinam e somam conhecimentos que circulam e estabelecem discursos verdadeiros. Sua construção se dá em torno da sociedade que, através de “teorias, discursos e práticas”, prepara-se para ostentar definidos lugares que se misturam nas distintas profissões, “instituidores de verdade na convivência profissional e interdisciplinar” (Ojeda & Strey, 2008, p. 4).

Alves e Francisco (2009) apontam que “torna-se possível discutir os conflitos gerados da intercessão entre saberes e disciplinas quando se está junto ao outro, partilhando e problematizando as situações que emergem no cotidiano das experiências” (p.9). Desta forma, e tendo em vista a história da formação e do fazer psicológico, o questionamento recorrente sobre a prática psicológica se torna fundamental para que possamos pensar num bom empreendimento do processo interdisciplinar. Afinal, este novo fazer (multi e interdisciplinar) exige do profissional psicólogo um trabalho de reflexão e, conseqüentemente,



de adequação do seu fazer para que se adapte e atenda melhor às demandas encontradas nos serviços de saúde mental juntamente com a equipe.

De acordo com Saar e Trevizan (2007), foi nas décadas de 1930/40 que os primeiros trabalhos multiprofissionais começaram a surgir, vinculados à área da saúde mental. “Na década de 1960, houve incremento quantitativo na força de trabalho em saúde. Esses fatos decorreram de proposta de humanização da atenção ao doente mental, do aumento da demanda por serviço de saúde e da incorporação de tecnologias cada vez mais complexas” (Saar & Trevizan, 2007, p. 2).

Para Moretto (2008), o trabalho em equipe é a procura do reconhecimento do ser humano em todos os aspectos da vida. Essa visão integral do indivíduo se pode ver confirmada na concepção do SUS (Sistema Único de Saúde). Esta perspectiva propõe aos profissionais da saúde um trabalho coletivo de superação dos modelos hegemônicos tradicionais, nos quais se confia apenas em um saber. Assim, para a autora, saúde é um processo integral que só poderá ser compreensível mediante a um aglomerado de especialidades “em constante interação e diálogo” (Moretto, 2008, p. 27).

O autor aponta alguns pontos que são fundamentais e que estariam na base de formação de qualquer equipe. São eles: desempenho, responsabilidade e tomada de decisão coletiva, e o uso de habilidades e conhecimentos complementares. No entanto, a autora destaca que há particularidades nas equipes de Saúde que produzem impactos em sua estruturação. Entre as particularidades, destacam-se a presença de relações de poder e dominância de um discurso particular, resultando na exclusão de outro e na falta de confiança interprofissional.

É válido destacar que o trabalho em equipe trouxe consigo o desafio da compreensão multidisciplinar, a qual deve caminhar em direção a ações interdisciplinares. Corroborando com as ideias de Moretto (2008), a multidisciplinaridade é aplicada quando a resolução de

uma dificuldade carece da aquisição de duas ou mais áreas da ciência sem que as disciplinas abarcadas no processo estejam reciprocamente envolvidas umas com as outras. Logo, a interdisciplinaridade é considerada como um processo de interação recíproca entre diversas áreas do conhecimento, formando a horizontalização das relações de saber entre os campos.

Dessa forma, tanto a multi quanto a interdisciplinaridade são tarefas a serem construídas pelos profissionais, as quais devem ter como pano de fundo o olhar transdisciplinar do novo modelo de atenção em saúde mental. Esse modelo, como já assinalamos anteriormente, busca a transformação do olhar sobre a loucura e seu tratamento. Será, portanto, partindo desse novo olhar de forma “trans” que todos os profissionais devem trabalhar na equipe multidisciplinar e nas ações interdisciplinares. Essa não tem sido certamente uma tarefa fácil e construir essa prática é seguramente desafiador para todos os profissionais.

Ainda que o termo “equipes multiprofissionais” abordado no âmbito da saúde nos leve a um pensamento sobre formas conjuntas de atuar, deparamo-nos constantemente com reflexões em torno das ações de trabalho “interprofissionais” as quais exigem “interação e integração” entre as especialidades e entre os trabalhadores. Nesse sentido, como já apontado anteriormente o trabalho em equipes no campo da saúde é uma tática que busca amenizar o processo de fragmentação das especialidades (Severo & Seminotti, 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como uma de suas principais diretrizes o conceito de Integralidade. Esse pressupõe uma forma de trabalhar que envolve o desenvolvimento de uma política pública que assume como princípio a cooperação entre os trabalhadores, os usuários e os gestores em uma busca ativa pelas diretrizes e atuações grupais formadas por uma lógica que garanta os direitos sociais. Assim, a construção de projetos e ações coletivas exige dos trabalhadores o convívio entre os diversos saberes e poderes

característicos às relações multiprofissionais, voltados para a “alteridade” (Severo & Seminotti, 2010).

A interdisciplinaridade não é um conceito novo, entretanto, podemos sinalizar que a partir do século XIX, com o progresso da ciência enaltecendo a “máxima da racionalidade humana”, vemos o crescimento da disciplinarização e, por conseguinte um amplo declínio da proposta interprofissional. “O positivismo se tornou hegemônico enquanto paradigma do saber no mundo moderno e as disciplinas começaram a se afirmar de forma isolada” (Gomes & Deslandes, 1994, p. 104), tendo como um de seus efeitos o esfacelamento do saber. A interdisciplinaridade ressurge no século XX, quando se veem propostas direcionadas a repensar a perspectiva epistemológica através de um viés interdisciplinar.

Para pensarmos no conceito de interdisciplinaridade como processo de trabalho em equipes no âmago das instituições, faz-se necessário percorrer e compreender outros sinônimos relacionados à temática como os conceitos de Multidisciplinaridade, Pluridisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade (Ojeda & Strey, 2008; Iribarry, 2003; Severo & Seminotti, 2010; Luz, 2009; Leite & Veloso, 2008; Pombo, 2005).

Iniciaremos pelo conceito de Multidisciplinaridade ressaltado por Iribarry (2003). Sendo considerado o primeiro nível, tal conceito elucida um emaranhado de disciplinas sugeridas de maneira simultânea, mas sem que ocorram necessariamente conexões entre elas. É um tipo de funcionamento de um só “nível” e com várias finalidades, não havendo nenhum tipo de colaboração entre as disciplinas. Segundo Iribarry (2003) e Leite e Veloso (2008), o segundo nível seria a Pluridisciplinaridade, que abarca a aproximação de diferentes disciplinas posicionadas na mesma condição de hierarquia e integradas de maneira “que apareçam as relações existentes entre elas” (Iribarry, 2003, p. 484). É um tipo de princípio de um só nível e com vários objetivos, enquanto na multidisciplinariedade não havia a colaboração entre as disciplinas, nesse nível haverá a cooperação, mas não terá organização.

Para Leite e Veloso (2008), o termo interdisciplinaridade supõe uma ação de trabalho interligado e partilhado com os vários campos do saber, lembrando-nos do conceito de trabalho em equipe. Sendo assim, “a ação interdisciplinar se materializa numa busca coletiva por caminhos comuns aos saberes envolvidos, tomando como ponto de partida o seu campo de especialização” (p. 379).

Para finalizar as considerações sobre a complexidade trazida no cerne do trabalho em equipe, abordamos o conceito de transdisciplinaridade, que abrange um arranjo de todas as profissões e interprofissões dentro de um princípio de educação revigorado, sobre o alicerce de uma “axiomática” universal. Dito de outra forma, para que a roda viva da transdisciplinaridade seja almejada, é necessário que os profissionais, primeiramente, permaneçam mutuamente posicionados em seu campo de origem e no campo de cada um dos colegas (Iribarry, 2003).

Severo e Seminotti (2010) trazem a “complexidade” como procedente da “transversalidade” entre teoria *versus* prática e prática *versus* teoria, objetivando co-operar com concepções abordadas na contradição vivenciada pelos trabalhadores das equipes multidisciplinares dentro da saúde coletiva. Estes procuram interligar suas subjetividades e concepções trazidas de suas áreas de formação para um âmbito de emaranhadas complexidades e interdisciplinas, dentro de uma visão de trabalho que provoca, essencialmente, a “intersubjetividade”.

Sendo assim, o olhar transdisciplinar não visa à sobreposição entre disciplinas, e sim a aceitação e abertura de todas elas com aquilo que as “atravessa e ultrapassa”, no sentido de suportar o que é do incógnito, do “imprevisível e do inesperado”. A transdisciplinaridade está definitivamente aberta na medida em que ela excede o poder das ciências absolutas por seu dialogo reflexivo e sua harmonia não simplesmente “com as ciências humanas, mas também com a arte, a literatura, a poesia e a experiência espiritual” (Iribarry, 2003, p. 486). Discorrer

sobre o viés transdisciplinar nos leva a pensar que este não deve ser visto como uma finalidade a ser obtida e tampouco como algo acabado. É necessário que ele seja visto como um desafio para os integrantes da equipe, como parâmetro, para que todos permaneçam cuidadosos às eventuais solidificações e centralizações do poder. Nesse sentido, ao se tomar como eixo o pressuposto da reforma psiquiátrica que visa à desconstrução do estigma da loucura enquanto doença unicamente orgânica, passa-se a vê-la em sua complexidade e não faz o menor sentido que se criem outros poderes soberanos (Pietroluongo & Resende, 2007). Essa fala se reveste de importância quando se pensa no trabalho em equipe, pois é importante ressaltar que qualquer membro da equipe é apto para estabelecer e construir relações contribuindo com seu saber, senão, poderíamos incorrer no erro de que o saber dominador apenas se deslocaria de uma especialidade para outra, por exemplo: deixaria de ser da psiquiatria para ser da psicologia. Assim, uma perspectiva transdisciplinar possibilita que, para além das especificidades que marcam a atuação de cada núcleo profissional, exista uma dimensão que unifica e aglutina todos e em torno da qual todos devem conduzir o seu fazer.

#### ***4.2 Método***

O presente trabalho teve como intuito compreender, a partir do olhar dos integrantes das equipes de saúde mental, a prática psicológica e o lugar ocupado pelo profissional da psicologia neste cenário. Para a realização deste trabalho, elegeu-se a abordagem de caráter qualitativo, para uma melhor contribuição na efetivação da presente pesquisa. Assim, acredita-se que “a finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão” (Bauer & Gaskell, 2005, p. 68).

### *Desenho do estudo*

A pesquisa foi realizada em dois Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade do estado do Rio Grande do Sul. A cidade conta neste momento com quatro CAPS em funcionamento, sendo que dois deles atendem à especificidade de álcool e drogas. Neste trabalho, optamos por não entrar na especificidade das problemáticas que envolvem álcool e drogas e, por isso, incluímos no estudo apenas os dois CAPS que tratam do sofrimento psíquico (neuroses e psicoses) adulto e infantil. A escolha foi necessária devido ao tempo disponível para realização do estudo, uma vez que a amostragem por exaustão (Turatto, 2003), incluindo a totalidade, levaria a um número muito elevado de participantes inviabilizando a proposta desta pesquisa no tempo de duração previsto para o mestrado.

O estudo começou com um contato inicial na visita realizada aos dois Centros de Atenção Psicossocial e da Secretaria de Saúde da cidade para a apresentação dos objetivos da pesquisa. Ao concordarem com a participação no estudo, a Autorização Institucional foi assinada pelos coordenadores dos CAPS. Após a autorização institucional, a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino superior à qual a pesquisadora está vinculada, obtendo sua aprovação (CAAE: 0281.0.243.000-11).

Os sujeitos que integraram o estudo foram contatados pela pesquisadora pessoalmente nos Centros de Atenção Psicossocial, momento no qual foram convidados a participar da presente pesquisa. Para a realização das duas observações sistemáticas que ocorreram em cada instituição, foi realizado um rapport para todos os integrantes da equipe, juntamente com a coordenadora de cada Centro de Atenção Psicossocial, no qual estavam os esclarecimentos e os objetivos da pesquisa. Todos os integrantes das equipes concordaram com a presença da pesquisadora nas duas reuniões de equipe, sendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos coordenadores.

### *Participantes*

Participaram do estudo 10 profissionais técnicos de nível superior, a saber: dois enfermeiros, um psiquiatra, duas assistentes sociais, duas fisioterapeutas, uma pedagoga, uma arteterapeuta e uma educadora física, que compõem as duas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade do Rio Grande do Sul. Para a inclusão dos participantes no estudo, levou-se em consideração um tempo de três meses de inserção do profissional no local. E nos casos de núcleos profissionais que contavam com mais de um profissional no serviço, foi incluído aquele profissional com mais tempo de dedicação à instituição.

### *Instrumentos*

Para alcançar os objetivos do estudo, foram realizadas entrevistas semidirigidas de questões abertas e observações sistemáticas em cada instituição durante as reuniões de equipe.

A entrevista é uma das técnicas mais utilizadas no âmbito das pesquisas qualitativas. Ela é muito usada justamente pela sua flexibilidade aos mais diversos campos do conhecimento. A entrevista caracteriza-se pelo contato direto entre o pesquisador e o pesquisado (Turato, 2003; Chizzotti, 1998). A partir dela, o pesquisador expressa perguntas com o intuito de obter os dados que lhe interessam para a compreensão do tema. “A entrevista é, portanto, uma forma de interação social” (Gil, 1999, p.117).

Nas entrevistas, manteve-se a orientação dos eixos norteadores: a) a prática do psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); b) atribuições do psicólogo e o “lugar” ocupado pelos psicólogos no contexto da saúde mental e por fim, c) o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, este último se constituiu como foco deste artigo. As entrevistas tiveram duração aproximada de uma hora. As mesmas foram realizadas em cada instituição onde se encontravam os profissionais com horário previamente agendado. No rapport já mencionado, foram abordados os objetivos e procedimentos do estudo e após foi

assinado o TCLE. Para o início da entrevista, o gravador de voz foi ligado. Essa forma de registro foi utilizada pela pesquisadora tendo em vista a liberdade que proporciona, evitando, contudo, afetar a espontaneidade do entrevistado (Turato, 2003). Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para a análise de dados.

A técnica de observação foi utilizada em duas reuniões de equipe de cada Centro de Atenção Psicossocial onde a pesquisa foi desenvolvida, totalizando quatro observações. Cabe ressaltar que as observações foram iniciadas após o término das entrevistas. A observação enquanto instrumento de pesquisa não é entendida aqui como mera contemplação “beata e passiva”, nem tampouco como “... um simples olhar atento” (Laville & Dionne, 1999, p. 176), mas, principalmente, como um olhar ativo amparado por um tema, sendo a partir desta perspectiva que nos servimos desta técnica. Durante a observação, foram focados os aspectos referentes à participação do psicólogo e à integração com os demais profissionais, assim como as ações desenvolvidas por ele e as trocas estabelecidas com os outros integrantes da equipe. Procurou-se prestar atenção na realização de ações interdisciplinares, centrando o olhar na participação do psicólogo.

Quanto às reuniões de equipe na Instituição I, pode-se perceber que elas se estruturam da seguinte forma: das 8h até as 10h, a reunião tem como foco os aspectos administrativos; das 10h até as 11h30min-12h, ocorre a segunda parte da reunião em que se discutem os casos atendidos no serviço. Nas observações, pode-se perceber uma participação ativa das psicólogas. Destaca-se que o momento da observação se deu no segundo tempo da reunião. Na Instituição II, as reuniões tiveram início às 8h15min e foram até as 12h. Não há uma organização em separado quanto aos aspectos a serem abordados, sendo que tanto aspectos administrativos quanto aqueles relacionados aos usuários são tratados neste espaço de tempo. A observação foi realizada durante toda reunião.



### *Análise dos dados*

A análise e a discussão dos dados foram feitas através do método de análise de conteúdo, como proposto por Bardin (1979). Mais especificamente, na Análise de Conteúdo Temática, cujo foco é o tema, pois permite uma rede de associações podendo ser visualizado por meio de “uma palavra, uma frase, um resumo” (Gomes, 2012, p. 86). Esse tipo de análise foi escolhido para representar o trabalho, pois “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 1979, p. 105).

Através da análise do material das entrevistas e das observações, foram definidas as categorias a serem trabalhadas. Para se chegar às categorias, as entrevistas foram analisadas primeiramente de forma individual e, posteriormente, em conjunto com as duas observações realizadas em cada instituição. Este procedimento foi realizado de forma semelhante nas duas instituições e, ao final, o material foi analisado em sua totalidade, partindo-se para os elementos presentes nos mesmos, considerando-se a força discursiva, os sentimentos manifestos, os silêncios ou os conflitos em relação à temática. Na discussão dos resultados, o material apresentado pelos profissionais entrevistados foi identificado através de um nome fictício (o qual não corresponde ao nome real) seguido da instituição. Estas foram assim apresentadas: Instituição I e Instituição II, visando manter os cuidados éticos com relação à não identificação.

### ***4.3 Resultados e Discussões***

Os resultados a seguir foram elencados em três categorias, dos quais os participantes puderam expressar suas opiniões e sentimentos em relação ao trabalho em equipe. Para iniciar a formação do trabalho em equipe, faz-se necessário perceber cuidadosamente a inserção dos profissionais nesses serviços, chegando muitas vezes despreparados para o exercício de sua

função. A Supervisão Clínico Institucional foi essencial para a superação do (des) conhecido assim como as reuniões de equipe serviram de dispositivos para a efetiva construção do trabalho conjunto. Conhecer e definir o lugar e a especificidade de cada um possibilita à abertura a comunicação e o entrelaçamento dos diversos saberes presentes na equipe. Assim, será na interdisciplinaridade e na transdisciplinaridade que os diversos olhares vão se complementar em prol de uma nova prática.

*“A sensação de cair de paraquedas”: a entrada em um serviço para o qual não se está preparado.*

Os profissionais, ao realizarem um concurso, muitas vezes, não têm clareza do lugar onde irão desempenhar sua função e, por vezes, acabam sendo alocados em tarefas e funções de um serviço para o qual não se sentem preparados para trabalhar. Em estudo realizado por Cantele, Arpini e Roso (2012), os profissionais da psicologia relataram essa sensação de “cair de paraquedas” no CAPS, bem como o despreparo para atuar nesse local. O profissional, integrante do estudo, refere-se ao fato de ter vivenciado esta sensação de despreparo, o que parece atingir muitos profissionais ao chegarem ao CAPS.

... os profissionais quando chegaram aqui, muito pela falta de experiência, em trabalhar com saúde mental... eu acho que muitas vezes também eles tiveram atitudes... e uma visão equivocada... sabe que eu assim achei até um absurdo ... então no início... eu achei bem complicado a vinda das psicólogas, porque todo mundo vem para cá sem preparo, até eu vim. Sabe, quando abriram os CAPS, eu... todo mundo caiu aqui de pára-quedas, ninguém sabia o que era CAPS. Então só no decorrer do tempo, no desenvolvimento do trabalho, na convivência com eles, é que tu vai poder pegar uma prática... uma visão do que é saúde mental. Pelo menos minimamente. [...] saíram e vieram todo o pessoal chamado pelo

concurso, sem experiência nenhuma em saúde mental... e que tiveram outro olhar, assim, eu diria mais empobrecido. (P2, Instituição I).

Cunha & Maciel (2008) apontam que os serviços substitutivos compõem uma rede interligada que se origina da política da reforma psiquiátrica, resistindo contra a exclusão dos portadores de sofrimento psíquico e contra os precários atendimentos fornecidos ao paciente de saúde mental. A partir disso, podemos visualizar, na Portaria/SNAS nº 224, a composição da equipe técnica mínima para trabalhar nos CAPS. Essa portaria ressalta que “o atendimento a 30 pacientes, por turno de 4 horas”, deve ser assistida por: 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e/ou outro profissional para o desenvolvimento das ações no trabalho) e profissionais de nível médio para complementar a realização do trabalho. Nesse sentido, a fala a seguir é importante, pois reflete que nem sempre as equipes estão completas, já que ou faltam núcleos profissionais ou os núcleos possuem um número reduzido de pessoal capacitado. Nesse sentido, além da falta de preparo e da existência de uma fragilidade de membros das equipes, observamos um grande desafio a ser superado na construção do atual modelo em saúde mental, uma vez que este modelo parte do pressuposto de que as equipes devem ser multiprofissionais, de forma a ampliar o olhar sobre o fenômeno.

em relação assim ... a grupos... a gente também tinha assim outros profissionais. Nós tínhamos arte-terapeuta, nós tínhamos terapeutas ocupacionais, e hoje nós não temos nenhum desses dois profissionais... e a psicologia era tratada como... um olhar, uma visão mais ampla, sabe, que até os próprios profissionais que estavam aqui, que chegaram aqui não tinham condições de ter essa visão porque é com equipe que é de saúde mental. (P2, Instituição I).

Identificando que o profissional, ao chegar, tem mais dificuldades de desenvolver o trabalho em equipe e ter uma visão mais ampla da sua função, podemos anunciar a presença

dos elementos que constituem a história da prática psicológica e quiçá de outras profissões; assim, ao mesmo tempo em que os profissionais revelam e reconhecem tais dificuldades iniciais, o que parece interessante de ser apontado é que o movimento por eles vivenciado foi o de buscar recursos que levam a uma adaptação ao modelo proposto. Esse aspecto, sem dúvida, merece destaque, pois resulta de superações e desacomodações, o que implica mobilizações e angústias em relação ao novo e desconhecido.

### Superando o (des)conhecido com a Supervisão Clínico Institucional

Quando saímos do mundo acadêmico, temos a visão de um fazer sobre a especificidade de cada área, inclusive a nossa, o que permite nos defrontarmos com a prática e assim estarmos, por completo, mostrando-nos uns aos outros. Em relação ao “mostrar-se”, as autoras More, Crepaldi, Queiroz, Wendt e Cardoso (2004), no artigo *As Representações sociais do Psicólogo entre os Residentes do Programa de Saúde da Família e a importância da interdisciplinaridade*, concluem que será necessário ao psicólogo, assim como a todos os componentes da equipe, estar mais pré-disposto a compreender o olhar do outro, para que exista um “maior reconhecimento entre seus integrantes”, viabilizando um olhar mais integrativo das ações no ambiente de trabalho. Nas falas que seguem, podemos acompanhar o movimento que se efetivou para adequar-se ao serviço, bem como o apoio que refere ter encontrado na psicologia e na equipe.

“Qual é a atuação de um Y no CAPS? O que eu faço aqui?”, tudo novo, não tinha experiência nenhuma, não tinha conhecimento nenhum... fui para internet, busquei artigos, li, comecei... li a portaria do CAPS, a gente começa a estudar, vai atrás, lendo e conversando tanto na equipe quanto... no momentinho ali, cinco minutos de parada com o colega na hora de um lanche, por exemplo... “esta bem difícil, assim, para mim... não estou conseguindo, não estou me reconhecendo

aqui dentro, não estou me identificando...”, e, olha... uma colega na época, psicóloga, me ajudou muito nesse sentido. Porque eu ia conversar com ela, eu ia trocar, a gente trocou vários artigos, vários trabalhos e isso foi muito importante. Eu sempre digo que eu não fui embora do X em função da equipe... por eu gostar de trabalhar como Y com crianças e porque eu encontrei uma equipe muito legal... E dentro dessa equipe uma colega psicóloga que me acolheu... de forma muito legal... “não Y, tu tem uma formação e a tua formação é importante aqui, o teu olhar é importante aqui”... e a partir daí a gente começou a trocar... e começamos a construir... essa... troca entre colegas, e foi muito legal. (P7, Instituição II).

[...] nunca me preocupei no fato de ir para o CAPS. Eu tinha mais receio no sentido de “o que eu faço?”, eu enquanto X, em saúde mental “qual o meu papel aqui no CAPS?”. Mas o meu papel, eu tenho algumas atribuições específicas, mas na verdade, como a gente trabalha totalmente multidisciplinar, eu não tive nenhum problema, sabe, a equipe muito legal, me apoiou muito, então... é tudo muito junto, a gente faz tudo muito junto... tanto que é assim, se precisar... dar passagem para o paciente, pode ser feito isso pelo psicólogo, pela enfermeira, o agente administrativo, não importa, pelo psiquiatra, quem for. Então nós todos trabalhamos juntos aqui. Isso é uma coisa que me seduziu bastante. (P4, Instituição I).

Nesse sentido, podemos pensar, através dessas falas, que, de fato, as dificuldades, como se poderia pressupor, existem, no entanto, o recurso encontrado pelos profissionais parece estar sendo o apoio e o acolhimento, considerando que permite a todos uma mesma perspectiva de trabalho, conduzindo a um funcionamento dentro do que se espera que seja um

trabalho em equipe, ou seja, ações compartilhadas com diálogo, abertura, acolhimento e proximidade entre os profissionais.

Como temos assinalado, a construção do trabalho em equipe vem ocupando uma posição de destaque na proposta da atenção à saúde mental, como uma ferramenta importante no processo de trabalho, uma vez que busca a cisão da funcionalidade dos serviços centrados na figura do psiquiatra e psicólogo, configurando-se em uma possibilidade mais integrada e mais resolutiva (Leite & Veloso, 2008). As observações realizadas, durante as reuniões de equipe, evidenciaram, para além da importância do tempo a ela dedicado, a troca e o diálogo estabelecido entre os profissionais, podendo-se constatar a participação ativa dos profissionais de psicologia presentes nas reuniões, assim como dos estagiários e residentes de psicologia. Assim como nas observações, este aspecto pode ser também destacado nas entrevistas. A fala do profissional abaixo retrata o funcionamento positivo do serviço, as especificidades de cada um na equipe multiprofissional, a compreensão das diferentes áreas e o olhar sobre a totalidade, demonstrando a equipe como um lugar onde esse olhar se amplia, mais completo, evidenciando uma boa compreensão do trabalho em equipe e de atenção à legislação preconizada (Leite & Veloso, 2008; Peduzzi, 2001; Alves & Francisco, 2009; Brasil, 2002).

... A gente cuida muito e pensa muito e repensa nas especificidades... muitas vezes de forma... bem acirrada, com bastante seriedade nessa coisa, assim, de que “bom, eu sou fisioterapeuta, eu sou assistente social, a minha atuação vai até aqui”... por exemplo, tem vários da saúde, tem o fisioterapeuta, tem o enfermeiro, tem o médico psiquiatra, já tivemos pediatra, técnico em enfermagem. Não chegamos a falar desses limites, no sentido de “não, tu não faz”, mas geralmente no sentido de “não, então agora é contigo, o que é possível fazer, qual é a tua opinião?”... então... no CAPS às vezes as coisas estão muito próximas, muito junto ali. Então a gente pensa e cuida bastante isso... para estar fazendo essa

diferença. E por isso a gente trabalha junto... nos acolhimentos também a gente cuida para ter... Nunca dois profissionais da mesma área junto... E, assim, muito legal o trabalho em equipe, muito legal o trabalho de CAPS. Uma das coisas que eu acho... fora a questão do objetivo do CAPS frente a população que a gente trabalha é esse... olhar como um todo. Ele entra aqui, ele é avaliado pelos profissionais que acolheram, ele é avaliado por um psiquiatra, se for necessário, ele... continuando aqui, ele é paciente do fulano e da fulana mas ele é nosso. (P7, Instituição II).

Essa fala, em sua totalidade, é muito interessante porque, ao referir o cuidado e a forma como cada um pensa sobre si e sobre o paciente no contexto, evidencia que há uma nova modalidade de atuação no serviço. A compreensão do “paciente como nosso” permite inferir que há uma ideia de trabalho de equipe e uma visão coletiva, superando a perspectiva individual. Nesse processo do trabalho em conjunto, faz-se necessário inventar e reinventar novos e antigos caminhos e práticas, desatando os nós das fronteiras teóricas e do dualismo que aborda o existir humano, bem como criar novas tonalidades que modifiquem as subjetividades, tecendo-as de “autonomia e liberdade” (Ojeda & Strey, 2008). O relato abaixo, na mesma direção, evidencia as mudanças saindo de um atendimento mais individual, em direção à busca pela supervisão e depois em direção às atividades mais grupais. Tal aspecto, considerando as práticas psicológicas e sua trajetória, indica por si só que estamos diante de uma transformação do fazer psicológico.

... no começo, tinha muitos atendimentos individuais... então, depois com a supervisão... e pela lógica que a gente está querendo mudar algumas coisas... a gente está priorizando mais a questão dos grupos, do ambiente, de ficar em ambiente... assim... não fechado numa sala... tipo jogar uma bolinha, jogar uma carta, isso que é o ambiente. Aí agora a gente está priorizando isso. Mas ainda

têm atendimentos individuais que realmente, a... psicóloga realmente diz “não, eu acho que ele, realmente o individual”... Mas eu acho que quando precisa é feito, esse atendimento. [...] Então ali também era discutido por que fazer o atendimento individual, quando fazer, e assim, a dica que ela deu, que eu me lembro, que era para reduzir o máximo dos atendimentos individuais e fazer essa coisa do ambiente, essa coisa mais, aberta. E... é isso que a equipe esta tentando, a gente esta tentando ir por esse caminho (P8, Instituição II).

Assim, são muitos os desafios para “... ressignificar e integrar saberes e práticas trazidas de suas áreas de formação” (Menegon & Coêlho, 2005, p. 164), levando-os a criar estratégias que preencham as lacunas de formação - provenientes do despreparo - e que potencializem as benesses incididas da graduação. Uma possível saída apontada pelos profissionais com vistas a enfrentar os obstáculos na consolidação do novo modelo do CAPS tem sido a supervisão clínico-institucional estimulada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007). A supervisão se estruturou como um dispositivo que a equipe multiprofissional encontrou, sendo nessa mesma direção que o Ministério da Saúde a pensou, ciente de que poderiam ocorrer obstáculos, distorções e desvios na construção do novo modelo proposto.

Nesse contexto, Brasil (2007) destaca que “a supervisão deve ser ‘clínico-institucional’, no sentido de que a discussão dos casos clínicos deve sempre levar em conta o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão, a política pública. Assim, ao supervisor cabe (...) sustentar o diálogo ativo entre a dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política” (p. 1).

a supervisão... era... uma psicóloga... acho que ela era psicóloga. Eu não participei, eu participei só de uma. Então eu sabia do que foi passado... que ela era de um CAPS X mas ela era coordenadora do CAPS eu acho que há uns 15 anos... e daí foi feito um projeto aqui via Secretaria de Saúde e não sei quem que



conhecia essa pessoa que já indicaram essa pessoa, daí a Secretaria de Saúde pagava, enfim, todas as despesas para ela vim. Ela ficava uma tarde aqui e deu um direcionamento, deu algumas orientações, deu algumas ideias... esse caminhar para o X, porque... estava, assim, meio que enrolado nos acolhimentos, não conseguia resolver os acolhimentos, não conseguia resolver essas coisas de atendimento. Então tinha muitas questões que a própria equipe não conseguia avançar. E com essa supervisão, então, se avançou, hoje o CAPS está organizado, eu vejo que ele está organizado, pode melhorar muito mais, mas tem que ter um olhar... de um outro... de outra pessoa, assim, que nem ela. [...] Então o que eu sinto é que a equipe, de repente, precisa de alguém que... dê essa injeção de ânimo, sabe, que no caso, eu penso que têm pessoas aqui novas chegando que teriam essa força, só que não é... creditada essa força, não se olha para essa força que esta chegando. Digamos, precisa de uma pessoa de fora, que venha como supervisora para dizer. (P8, Instituição II).

Em outros estudos, também se evidenciou a importância da Supervisão Clínico-institucional (Cantele, Arpini & Roso, 2012; CFP, 2009; Brasil, 2007), como um instrumental admirável na solidificação dos pressupostos que norteiam a prática dos profissionais nos Centros de Atenção Psicossocial. Se considerarmos todo o movimento que precisa ser feito para atingir os pressupostos da reforma psiquiátrica, tendo em vista a amplitude da mudança proposta (Amarante, 2003; Resende, 1987; Tenório, 2002), podemos, sim, reconhecer, na supervisão, um dispositivo para auxiliar na busca pela construção do modelo vigente. Isso pode manter em reflexão e atenção as ações realizadas, evitando retroceder ao tradicional, que, por ser conhecido e familiar, será sempre de fácil acesso para a psicologia e talvez para as demais profissões que compõem a equipe.

### Reunião de Equipe: um dispositivo para a efetiva construção de um trabalho conjunto

A constatação da necessidade de se realizar reuniões de equipe, a frequência em que elas acontecem e o tempo dedicado a elas foram aspectos que demonstraram que este procedimento vem ocupando um espaço significativo no cotidiano dos serviços. As observações realizadas permitiram constatar um clima de diálogo e interação entre os profissionais, uma vez que, aos olhos da observadora, é também durante a reunião de equipe que os profissionais param para refletir sobre o processo de trabalho. Alves e Francisco (2009) apontam que “torna-se possível discutir os conflitos gerados da intercessão entre saberes e disciplinas quando se está junto ao outro, partilhando e problematizando as situações que emergem no cotidiano das experiências” (p.9). Isso fica evidente nas falas dos profissionais citados abaixo.

Tem essa reunião de equipe uma vez por semana, mas quanto... assim, o que tu precisa. [...] O que eu preciso saber, se eu tenho que discutir com o psicólogo ou pedir alguma opinião, elas estão sempre disponíveis para isso. Só, claro, falta um pouquinho mais de espaço (P1, Instituição I).

Uma outra coisa bem legal assim que acho que contribuiu bastante é a questão da reunião de equipe, que nos outros serviços não existe isso, e no CAPS tem que ter, porque é nesse momento que a gente conversa sobre os pacientes e, se existisse talvez esse momento em outros lugares, outros serviços, talvez as pessoas tivessem menos dificuldade nas relações interpessoais, porque o grande problema é a falta de diálogo e aqui a gente conversa bastante. Não só problemas dos pacientes como nós da equipe, então eu acho que a gente consegue afinar a equipe. [...] a gente tenta aparar arestas durante as reuniões, a gente conversa, a gente esclarece, então é muito bom o nosso relacionamento e isso com certeza fortalece a equipe e auxilia o paciente (P4, Instituição I).

[...] a gente esta sempre, conversando, tanto na reunião de equipe quanto fora da reunião de equipe. [...] a gente procura estar conversando com os outros profissionais, sempre. (P10, Instituição II).

O trabalho em CAPS privilegia a “reunião técnica” tendo como finalidade orientar as ações e debater os “casos clínicos em equipe multiprofissional” (Abuhab, Santos, Messenberg, Fonseca & Aranha e Silva, 2005, p.370). Assim, essas falas se revestem de importância porque mostram a reunião de equipe como algo fundamental ao andamento do serviço, bem como destacam a disponibilidade e abertura dos profissionais. Nesse sentido, tendo como base os objetivos do estudo, destacamos a forma como a psicologia tem sido apontada pelos profissionais; tal aspecto evidencia que se pode pensar em uma efetiva mudança da prática psicológica que aparece aqui mais aberta, integrada e compartilhada, mostrando a relação de troca acontecendo dentro e fora da reunião. Esse posicionamento - por parte dos profissionais da psicologia, apontado pela pesquisadora, durante as observações, indica a presença de um novo modelo de atuação, à medida que tomamos como referência a prática clínica-individual, modelo no qual a troca e o diálogo entre profissionais não estava prevista.

#### *Definindo o lugar e a especificidade de cada um*

Pensar a ação do trabalho fundamentado nos “princípios da integralidade, intersectorialidade e interdisciplinaridade” enriquece as interconexões, colocando-as em novas provocações. Assim, “os conceitos de campo (saberes comuns a diversas profissões) e núcleo (saberes de responsabilidade específica de cada profissão)” são de grande valia para a organização do serviço, mantendo-se a versatilidade e a especificidade, o que permite lidar com a autonomia e aceção das responsabilidades que competem a cada profissional (Scherer, Pires & Schwartz, 2009, p. 724).

Pode-se observar, através do primeiro artigo apresentado nesta dissertação, que as falas dos profissionais evidenciaram mudanças efetivas na prática psicológica. No entanto, parece-nos importante destacar que, para além da prática psicológica e sua especificidade, os profissionais entrevistados evidenciaram a importância de cada membro que compõe a equipe de trabalho e a especificidade de cada núcleo profissional, o que pode ser observado pelas falas a seguir quando os profissionais descrevem o fazer de cada membro, focado em sua especialidade.

[...] como cada um tem um olhar diferente, às vezes eu foco mais uma coisa, o psicólogo foca mais outra coisa, o assistente social foca em outra e é isso que se completa. Então, digamos, o psicólogo... quando vai fazer, a gente traz um estudo de caso e aí “ah, mas eu não sei ver tal coisa na relação do pai e da mãe com essa criança, será que tem a ver com aquilo? Fulano, assistente social, tu fez a visita, tu observou isso lá na casa? Educador físico, tu observou tal coisa?” Então acho que se completa, assim, é um olhar que vem, que soma e que completa com o olhar dos outros (P9, Instituição II).

Ela vai buscar resolução de conflitos, uma estabilidade, um equilíbrio emocional, psicológico, superação das emoções, superação de medo, melhora do humor, melhora da dinâmica... melhora familiar, melhora como ser individual, como ser social, como ser presente, como ser futuro as suas expectativas. Então isso que mais busca o profissional... psicólogo ... os outros da área, o assistente social busca uma melhor integração social, familiar e com outras pessoas, uma conversa não tão assim terapêutica nesse sentido, mas mais humana, visto mais de fora, não tão íntima como o psicólogo faz. O enfermeiro vai buscar ajudar a pessoa a usar as medicações, aplicar as medicações, e ajudar a pessoa a conviver com outras, porque a gente vê os usuários estão sempre aqui, ajudar a interagir, a acalmar, a

relaxar, e o enfermeiro também, muitas vezes, faz o papel de psicólogo ou de psiquiatra porque ele vai botar a mão no ombro da pessoa, vai ajudar a pessoa a acalmar, a relaxar, vai chamar o familiar [...] Ou... para o psiquiatra, o que o psiquiatra vai buscar, ele vai buscar a melhora física, a melhora mental, não tanto como o psicólogo, que vai dar mais intimamente, mais tempo, mas uma melhora física, uma melhora para as funções do dia, para as funções da noite, para a gravidade da doença (P3, Instituição I).

Essa modalidade de atuação, na perspectiva de uma das profissionais entrevistadas, torna o CAPS um “lugar muito interessante”, no qual os profissionais se sentem desafiados a mudar, ampliar e flexibilizar o seu fazer, integrando-o a uma perspectiva maior.

Então o CAPS é um... lugar assim muito interessante de equipe multidisciplinar. De onde... eu trabalhei antes nunca tinha sido tão forte, assim, do que aquilo que eu encontrei no SUS. (P1, Instituição I).

[...] para mim, na verdade, foi aprendizado. Tanto eu tinha o olhar da X, e como o olhar da Y, às vezes sobre uma mesma situação, porque tu sabe que os nossos usuários aqui eles não são flutuantes ou... sabe que... então são pessoas que estão quase todos os dias conosco... geralmente eram sempre os mesmos nos grupos. Então eu tinha o olhar das duas, de duas disciplinas diferentes, digamos assim. O olhar, lógico, da X voltado mais pra própria doença em si, os sintomas e tal, e o porquê assim, o porquê assado. Eu perguntava muito em relação... à própria doença mesmo. A esquizofrenia, sintomas, hereditariedade, o que é... tirando as minhas próprias dúvidas... sobre as doenças mentais. E a Y, a visão dela assim mais a interpretação das atitudes deles, do comportamento deles. Então são dois olhares diferentes (P2, Instituição I).

As falas evidenciam a presença da multiprofissionalidade, o que é muito importante, porque indica a presença de um dos elementos fundamentais à construção da proposta da Reforma Psiquiátrica. Todavia, para além desta presença plural, é significativo destacar o cuidado que cada um tem em relação à sua especificidade e à do outro membro da equipe. Isso pode ser melhor compreendido ao se considerar que cada profissional não pode ser substituído por outro colega de qualquer especialidade. Esse elemento também transpareceu durante as observações, onde todos os núcleos que compõem os CAPS se fizeram atuantes e condizentes com sua área de formação, sem sobreposição de poderes e saberes entre elas.

Aí a gente tenta pegar o pessoal de tal grupo tenta passar para os outros... tenta meio que fazer um outro tipo de atendimento, porque o serviço ... da psicóloga é específico, não tem outra, não tem outro profissional que possa fazer o trabalho dela, porque cada um tem a sua especificidade. Da mesma forma que elas não fariam o meu. [...] A minha escuta é sempre voltada para... o lado X [...] cada um é preparado para a sua prática... cada um tem uma prática diferenciada (P2, Instituição I).

[...] cada um pode fazer a sua contribuição, no tratamento, no plano terapêutico, na avaliação, na reavaliação... e... não só em relação ao paciente, mas também como equipe (P7, Instituição II).

Assim, como assinalamos, no início do texto, a significativa guinada, no que diz respeito à inserção dos psicólogos na saúde, ocorreu após a década de 1980, com a implantação de uma política específica de desinstitucionalização e de ampliação da rede de serviços substitutivos de saúde mental (Spink, 2003). Considera-se, também, na linearidade desse acontecimento, a construção da psicologia da saúde quando esta se inseriu em equipes de saúde mental integradas por psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, dentre outros. Essas transformações, que estamos retratando e que foram trazidas pelos profissionais que

integraram o estudo, são elencadas como essenciais para a implementação dos trabalhos interdisciplinares e transdisciplinares que, na prática, devem ocorrer nas equipes multiprofissionais. Dessa maneira, estas, por sua vez, devem aprender a funcionar juntamente com a aceitação da alteridade, buscando manter suas competências sem a necessidade de fragmentar, reduzir e simplificar para conhecer.

Diante desses apontamentos, cabe ressaltar que o conceito de clínica ampliada se utiliza da elaboração de um projeto terapêutico, o qual busca atender às necessidades de cada caso e à ampliação dos recursos de intervenção sobre a questão saúde-doença de modo que se propicie maior articulação das dimensões biológica, psicológica e social. Assim sendo, a articulação dos diferentes componentes psicomotores, afetivos e cognitivos possibilita a abordagem de situações complexas referentes à prática profissional (Brasil, 2006).

O Projeto Terapêutico Singular se daria na interface dos âmbitos profissionais em sua relação com as necessidades e demandas do usuário, já que a palavra “negociar” não deve ser uma expressão vazia. Deve-se levar em conta a especificidade do indivíduo, o que pressupõe ir além dos diagnósticos, incluindo condutas terapêuticas e metas, prevendo-se, ainda, articular diferentes profissionais e setores sempre que necessário. Nesse sentido, o Projeto Terapêutico Singular “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (Brasil, 2009, p. 39).

Com base nisso, a valorização do saber dos usuários contribui para a ampliação da clínica, priorizando o atendimento integral, que inclui um vínculo afetivo, centrado não apenas na doença, mas na situação contextual do usuário, em seu sofrimento e em suas condições psicossociais. As falas trazidas pelos profissionais indicam a inclusão desta perspectiva no cotidiano de trabalho. A expressão utilizada por um dos profissionais entrevistados “a gente planeja” faz pensar em uma organização das ações que leva em conta o

paciente, sua família e seu contexto. Essa modalidade de trabalho que inclui um Projeto Terapêutico Singular foi percebida em ambas as equipes, nas quais se pode observar uma atuação e uma reflexão acerca da melhor abordagem a ser utilizada com cada usuário, de como contatar e incluir a família levando-a a se responsabilizar pela situação. Para além destes aspectos, observou-se também a articulação intersetorial, que buscou integrar outros serviços ou setores sempre que se fazem necessários. Este aspecto esteve presente nas reuniões, quando se tratava da necessidade de entrar em contato com profissionais de outro CAPS, de escolas, de hospitais, ou de outros serviços da rede de saúde.

Penso que o enfermeiro, o fisioterapeuta, o assistente social, todos fizemos as nossas intervenções a partir do nosso olhar, cada um dentro da sua especificidade. E isso eu acho assim que... é o mais legal... de trabalhar em CAPS... porque cada um tem um olhar e a partir da nossa reunião de equipe, plano terapêutico, avaliação, reavaliação, a gente pode construir isso junto, a partir do conhecimento de cada um. (P7, Instituição II).

... muitas vezes o paciente dá uma boa melhorada, em função de, claro que não é só o psicólogo, tem toda uma equipe envolvida, mas é aquilo que... na minha percepção o psicólogo é a chave fundamental, então as demandas do psicólogo... que a gente planeja a terapia do paciente ou o tratamento dos pacientes, em cima das percepções dos psicólogos. Porque a gente tem um médico mas... ele é mais... fica mais, realmente, na coisa mais para medicação, e eu acho que a parte de terapia mesmo, apesar dele fazer uma consulta mais demorada, ele conversa bastante com o paciente, eu acho que a preocupação dele, o foco dele, é mais medicamentoso. E o psicólogo é mais terapêutico, no sentido assim de externar a parte de emoções. E eu vejo que muitas vezes eles conseguem sair da crise, tanto que assim, às vezes, a gente percebe que o paciente precisa... ele está num



atendimento... nós enquanto equipe, não é nem o psicólogo, a gente vê que não esta rendendo muito, então a gente conversa com o psicólogo para ver se é possível ele fazer um atendimento individual, e aí a gente consegue perceber que dentro de pouco tempo o paciente começa a melhorar, tem resultados. (P4, Instituição I).

Tendo em vista que uma das atribuições que norteiam os Centros de Atenção Psicossocial é a articulação do trabalho em rede, podemos inferir que os CAPS, aqui estudados, ao pensarem de forma conjunta e buscarem a integração e o diálogo com outros setores e serviços, que compõem a rede de atendimento, estariam caminhando na construção e no fortalecimento desta perspectiva. Todavia, destacamos, por ser nosso foco neste estudo, que sobretudo nos parece importante o fato de que os psicólogos estejam engajados neste trabalho, buscando juntamente com a equipe fazer as articulações necessárias para uma boa condução dos casos, tendo seu “saber” valorizado pela equipe e, assim, constituindo-se, muitas vezes, em referência para a tomada de decisões.

[...] os psicólogos juntamente com os outros colegas dão essa assistência na escola, para as escolas, porque às vezes os professores têm dúvidas de como vão trabalhar, como vão agir... aí às vezes a gente vai, pede ajuda para eles e eles vão junto, quem esta no grupo ou quem atende individual, para conversar com o professor, com a coordenação, com quem trabalha com aluno na escola... então é um... trabalho diferenciado do consultório, da clínica (P7, Instituição II).

Sendo assim, cada profissional que compõe a equipe dos Centros de Atenção Psicossocial torna-se imprescindível, viabilizando, com seu conhecimento, a ampliação e o aprofundamento na compreensão dos casos atendidos. O questionamento recorrente sobre as práticas – e em especial acerca da prática psicológica – nos parece fundamental para o bom

empreendimento do processo interdisciplinar. Acreditamos que uma prática conjunta e refletida pode atender melhor às demandas encontradas nos serviços de saúde mental.

*Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade: olhares que se complementam em torno de uma nova prática*

O trabalho em equipe traz consigo o desafio da compreensão interdisciplinar, a qual deve se encaminhar para ações interdisciplinares. Sendo assim, “a abertura comporta a aceitação do desconhecido, do inesperado e do impossível” (Iribarry, 2003, p. 486). É na ação multidisciplinar das equipes e na “política pública em saúde” que encontramos o desenvolvimento de ações interdisciplinares, mostrando as diversas facetas encontradas no intimo das “relações humanas e da coletividade” (Severo & Seminotti, 2010, p. 1691).

São justamente as trocas entre as disciplinas que vão ampliar o olhar da equipe para uma melhor compreensão sobre a situação de cada usuário. Em meio a isso, Severo e Seminotti (2010) ressaltam que lidar com a “loucura”, por meio da atenção psicossocial, demanda uma quebra das ações e “olhares” cindidos no cuidado ao usuário, movimentando os profissionais, que atuam nesse campo, para a resignificação de seus processos de trabalho. Os profissionais participantes deste estudo apontaram os grupos como espaços onde a relação entre os profissionais se fortalece, sendo estes exemplos de práticas interdisciplinares, nas quais mais de um núcleo profissional atua em conjunto com o paciente, como aponta este profissional: *a gente trabalha dentro desse enfoque (interdisciplinar), assim... vai se montando as equipes e dentro dessas equipes nós temos vários profissionais. Que é o que enriquece bastante o trabalho. (P10, Instituição II)*. Esse aspecto vem ao encontro das especificidades da legislação, na qual o trabalho em grupo passou a ser uma prioridade (Brasil, 1992).

E, como é que é a organização dos profissionais? O que a gente cuida é para não ter dois enfermeiros, dois psicólogos, dois fisioterapeutas... a gente cuida sempre para ter olhares diferentes naquele grupo (P7, Instituição II).

[...] Se é em grupo é mais presente isso, porque daí a gente está em grupo junto, aí depois do grupo a gente conversa sobre o que aconteceu no grupo, e faz os prontuários de cada um, de cada paciente, daí a gente conversa. Cada um dá... a sua opinião (P5, Instituição II).

[...] a gente circula... eu faço com uma enfermeira, outro eu faço com uma psicopedagoga e com uma fisioterapeuta, outro eu faço só com a fisioterapeuta, outro eu faço com... dois eu faço com a psicopedagoga e com a fisioterapeuta... no de quarta-feira a gente faz com as estagiárias de psicologia, faz com a fisioterapeuta, faz com... a psicopedagoga... é que depende, do dia, do horário e do grupo também, do tipo de grupo que é... mas, assim, nunca é sozinho, sempre é dois ou mais (P8, Instituição II).

O novo modelo de atenção em Saúde Mental considera o ser humano de forma unificada, e, para isso, torna-se essencial a inserção de todas as disciplinas nas equipes. Frente a isso, a interdisciplinaridade promove a inter-relação entre as diversas especificidades, buscando, na integração entre equipes, a ação conjunta e agregada, ampliando, assim o olhar sobre o problema. A fala que segue mostra o olhar cuidadoso e integrativo que o profissional traz ao descrever que não adianta o usuário procurar apenas a um profissional, pois o que busca não será completo, sempre faltarão os outros olhares. E será na visão do todo que o usuário tornar-se-á um sujeito completo e autônomo.

A gente busca num... tratamento interdisciplinar uma resolução mais harmônica e completa da pessoa. Por exemplo, aqui no CAPS, em que as coisas são graves, geralmente não adianta vir só no psiquiatra, geralmente não adianta vir só no

psicólogo, geralmente não adianta vir só no serviço social, não adianta vir só jogar futebol, não adianta vir só aqui na horta, não adianta vir só num... profissional, um terapeuta... mais assim, num tratamento integrado, multidisciplinar, associativo... digamos, um pouco de tudo para ajudar a pessoa ser um ser melhor, mais humano, mais completo, mais íntegro, com melhores expectativas, com melhor prognóstico, com melhor... em tudo. Coisas que ele nem sabe, coisas que ele nunca foi, ele vai começar a ser (P3, Instituição I).

Guiando-se através de algumas considerações colocadas por Costa (2007), ao falar do trabalho em equipe, torna-se fundamental um repensar nos papéis dos membros da equipe, como uma amplificação do conceito de saúde, demandando nova postura na produção do conhecimento e na prática em saúde. A implantação do Sistema Único de Saúde (1990) traz em suas diretrizes o conceito de Integralidade, “entendido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Embora cada integrante da equipe tenha o seu papel, é na abertura, na reflexão e nas trocas de comunicação que se oportunizam as ações interdisciplinaridades, como retrata a fala abaixo.

[...] nós temos os nossos papéis, específicos de cada profissão, mas na verdade o grupo todo, independente de ser psicólogo, de ser enfermeiro, de ser assistente social, todas as pessoas... a maioria das atividades que nós temos são interdisciplinares, tanto as oficinas... na verdade assim, o que o psicólogo faz que nós não fizemos é realmente aquele atendimento, a psicoterapia... como a gente trabalha tão interdisciplinarmente aqui, que é mais fácil eu te dizer... o que nós não fizemos que é só do psicólogo. [...] Então eu acho que só assim, que retirando essa parte dos grupos, da parte terapêutica... de terapia mesmo, psicológica, os outros, as outras atividades são interdisciplinares. (P4, Instituição I).

Assim, “mostrar-se para o outro” - na essência prática e específica de seu fazer - seria a primeira tarefa para se alcançar a interdisciplinaridade. Ela se constrói e se torna uma ferramenta à medida que há abertura e reconhecimento por parte dos profissionais da equipe. Os conceitos de multi e interdisciplinaridade têm como pano de fundo um olhar transversal no interior de cada especificidade de núcleo. Ibibarry (2003) ressalta que a complexidade apresentada na essência do trabalho em equipe, abordada pelo conceito de transdisciplinaridade, compreende um arranjo de todas as disciplinas e interdisciplinas dentro de um princípio de educação revigorado, sobre o alicerce de uma “axiomática” universal. Isto quer dizer que, para que a roda viva da transdisciplinaridade seja alcançada, é fundamental que os profissionais, primeiramente, permaneçam mutuamente posicionados em seu núcleo de origem e no núcleo de cada um dos colegas. Podemos destacar, por parte de alguns profissionais, a importância atribuída à formação, a qual foi buscada pela equipe com vistas à construção de um olhar mais integrado, procurando “certa uniformidade no olhar”, ou seja, um olhar transversal. Essa formação continuada, no caso aqui apresentado, teve seu embasamento, como indicam os depoimentos, nos pressupostos da psicanálise.

[...] quando eu entrei aqui... eu estudava coisas de psicanálise... textos de Jerusalinski, que eu nunca tinha lido na minha vida... é outro enfoque... e estudando isso para poder trabalhar um grupo com crianças, então foge um pouco do meu... da profissão, do específico (P5, Instituição II).

[...] por exemplo... a gente já fez, fizemos alguns módulos... daquele curso Lydia Coriat. Já fizemos grupos de estudo... já fizemos o que a gente chama de capacitação, vários dias... com o pessoal do Lydia... a partir disso aí a gente começou a ler mais, sobre a criança pequena sobre, estimulação precoce, sobre psicopedagogia inicial, então... olha só, eu já fiz tudo que eu pensava, tudo que eu... e estou com uma dificuldade muito grande, porque... a nossa formação, a

nossa leitura, o nosso conhecimento, mesmo trabalhando na estimulação precoce... eu acho ótimo isso, de poder contar com o colega psicólogo. E o que a gente faz, a gente trabalha, às vezes, em dupla, e... se não está trabalhando diretamente, de poder ter esse espaço de conversa, essa orientação e essa discussão (P7, Instituição II).

Os entrevistados relatam a importância de se aprofundar, de estudar quando se entra para um serviço novo, trazendo esta perspectiva como um movimento da equipe, uma necessidade do todo para somar as partes. Nesse sentido, este pode ser apontado como outro dispositivo do qual a equipe se utilizou para melhor atender a proposta do novo modelo de atenção em saúde mental. Assim, foram dois os grandes dispositivos que podemos identificar, buscados pela equipe, a saber: a supervisão clínico-institucional e o estudo como uma formação continuada, com vistas a manter o olhar transdisciplinar aglutinador da proposta determinada pela aprovação da Lei 10.216 (Brasil, 2001).

[...] no meu entender a diferença está na formação, [...] por mais que depois, o profissional quando ele vem para trabalhar no CAPS, ele vai buscar conhecimento, ele vai se aprofundar nessas questões de saúde mental... ele precisa ter... muito estudo, muita interação com os colegas, tanto quanto a X, tanto quanto... embora a Y tenha mais, dentro da sua formação, disciplinas da psicologia na sua especialização, mas eu vejo que a diferença está na formação acadêmica... que permite uma compreensão, num primeiro momento, porque depois a gente vai, digamos assim, com as reuniões que a gente faz, com as leituras que a gente faz, com os cursos que a gente faz, a gente vá se apropriando desses conhecimentos dentro da área da saúde... psicoemocional. Mas num primeiro momento... para nós que somos de outras áreas é bem mais difícil (P10, Instituição II).

[...]a gente começou a ler psicanálise, estudar psicanálise, fizemos alguns cursos com *Lídia Coriat*, chamamos eles... então psicanálise e infância. [...] Até pedimos a formação de dois anos, fizemos todos os trâmites, chegou na hora não deram a formação para nós... Porque a gente tem que se qualificar. No momento que a gente recebe uma criança, a gente tem que pensar “eu sou um profissional de tal área, eu vejo ela como um indivíduo? Como um aluno? Ou como um sujeito?”, tem diferença. Então a gente começou a ver as crianças e adolescentes enquanto sujeitos e tentar, esse olhar ampliado em cima das crianças, olhar na escola, na casa, as interferências do meio, várias coisas aí começaram a mudar... no jeito de ver as crianças e adolescentes aqui no momento em que nós tivemos esse eixo norteador (P9, Instituição II).

A equipe multidisciplinar é o primeiro passo para a construção da prática interdisciplinar, mas ambas devem ter como base uma perspectiva transdisciplinar. A multidisciplinaridade elucida um emaranhado de saberes, sem que haja necessariamente conexões entre elas. Já a interdisciplinaridade supõe uma ação de trabalho interconectado e partilhado entre várias disciplinas, tendo como ponto de partida a sua área de atuação. Por fim, a transdisciplinaridade procura interligar as subjetividades dos profissionais e as concepções trazidas de suas áreas de formação dentro daquilo que extrapola o poder das ciências absolutas por seu diálogo reflexivo e sua harmonia com tudo aquilo que abraça o sujeito (Severo & Seminotti,2010; Iribarry, 2003). Essa diferenciação entre os diferentes conceitos pode ser elucidada na fala do profissional abaixo.

[...] a transdisciplinar eu vejo como uma coisa... uma coisa é ser multiprofissional. Multiprofissional eu vejo assim: são várias profissões reunidas. Interdisciplinar: elas... são várias profissões reunidas onde uma está interagindo com a outra, está pensando junto. E transdisciplinar eu acho que é uma coisa mais... mais profunda,

assim, mais cabeça, digamos, onde essas pessoas elas realmente estão estudando junto, estão pensando uma intervenção junto, porque às vezes a gente não consegue fazer na íntegra... onde tem realmente esse foco... isso a gente está buscando, esse caminho para... a gente vai se embasar, então, na psicanálise... (P9, Instituição II).

Podemos, assim, revestir-nos de esperanças no sentido de mudanças significativas na prática profissional. Pensar a presença de psicólogos em equipes multiprofissionais foi e segue sendo um grande passo; um psicólogo realizando ações interdisciplinares é, sem dúvida, a constatação de mudanças profundas em seu fazer. Por fim, identificar a preocupação com a transdisciplinaridade é razão para pensarmos que estamos de fato diante de uma nova realidade do fazer psicológico, o qual já não se encerra em si mesmo.

#### ***4.4 Considerações finais***

A reforma psiquiátrica instaurou mudanças significativas para a compreensão e tratamento da questão da saúde mental, reverberando ainda hoje de modo a impedir a cristalização dos saberes e das práticas em saúde. A partir disso, espera-se que a inserção da psicologia da saúde no escopo dos conhecimentos, que envolvem esta grande área, torne o campo cada vez mais aberto para a complexidade e, principalmente, para a articulação dos saberes em benefício dos sujeitos em questão, isto é, dos usuários dos diferentes serviços de saúde. Dessa forma, o presente estudo ressalta estas transformações, na medida em que se pode identificar profissionais trabalhando em um cenário multiprofissional, desenvolvendo ações interdisciplinares. Destaca-se que tal aspecto pode ser apontado tanto em relação ao profissional de psicologia, como aos demais profissionais que compõem a equipe dos CAPS.

Como se pode prever, serviços organizados, dentro de uma nova modalidade de atenção à saúde, podem evidenciar o despreparo dos profissionais, considerando que há um



tempo de assimilação das propostas até a efetiva capacidade de formação e ação por parte dos profissionais. Nesse sentido, o estudo apresenta um aspecto importante, pois, ao mesmo tempo em que retrata a presença das dificuldades vivenciadas, traz a busca por ações que podem conduzir à superação dos impasses. Dentro disso, a Supervisão Clínico-Institucional foi acionada como um dos dispositivos, além da formação complementar. Entendemos, assim, a supervisão como essencial no âmbito dos CAPS, pois sua ação considera todo o conjunto da instituição, ou seja, conduz a equipe a repensar a rede, a gestão, o serviço, a política pública, as discussões dos casos clínicos, viabilizando canais de comunicação e de troca entre as diversas áreas do saber.

Dessa maneira, foi possível identificar a importância que a reunião de equipe ocupa no interior dos CAPS, na medida em que se torna mais um dos dispositivos que conduzem a efetiva construção de um processo de trabalho conjunto, viabilizando os pressupostos da reforma psiquiátrica.

Para tanto, o estudo evidenciou a prática psicológica inserida nestas ações que buscam a superação dos impasses, podendo-se concluir que os profissionais psicólogos têm contribuído para a construção efetiva do trabalho dentro das equipes multiprofissionais, buscando definir o seu lugar, sendo reconhecidos em sua especificidade por parte dos colegas de equipe. Percebeu-se, assim, nas equipes, um trabalho guiado pela interdisciplinaridade e pela transdisciplinaridade. Tais aspectos nos levam a compreender que certamente vivemos um momento especial no que se refere à configuração de novas práticas em saúde, saindo das “gavetas” que encerravam cada núcleo profissional para um fazer que se complementa no fazer do outro e que tem, no conjunto dos olhares, a visão do todo, certamente mais abrangente e mais integrada. Não objetivamos aqui, ao final, passar uma ideia de construção finalizada de um processo, ao contrário, o que propomos a ser observado é um movimento e um questionamento por parte dos profissionais, tal como se pensa a reforma psiquiátrica, ou

seja, um processo a ser renovado e construído cotidianamente. O que, sim, é importante é poder finalizar com a convicção de que há uma transformação em ação e de que há profissionais de psicologia engajados nela.

#### 4.5 Referências

Abuhab, D., Santos, A. B. de A. P., Messenberg, C. B., Fonseca, R. M. G. S. da & Aranha e Silva, A. L. (2005). O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 26(3), 369-80. Recuperado em 11 janeiro, 2013: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4567>.

Alves, E. dos S. & Francisco, A. L. (2009). Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. *Psic. cienc. Prof.*, 29(4), 768-779. Recuperado em 10 outubro, 2010: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000400009](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400009).

Amarante, P. (2003). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2a ed.) Rio de Janeiro: Fiocruz.

Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

Bauer, M.W., & Gaskell, G. (2005). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (4a ed., P. A. Guareschi, trad.) Petrópolis, RJ: Vozes.

Brasil, Ministério da Saúde. (1990). *Lei n 8.080*. Brasília. Recuperado 03 janeiro, 2013: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

Brasil, Ministério da Saúde. (1992). *Portaria/SNAS n. 224*. Brasília. Recuperado em 20 novembro, 2012: [http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n224.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm).

Brasil, Ministério da Saúde. (2001). *Lei Federal n. 10.216. Lei da Reforma Psiquiátrica*. Brasília. Recuperado em 25 janeiro, 2011: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm).

Brasil, Ministério da Saúde. (2002). *Portaria n. 336*. Brasília. Recuperado em 25 janeiro, 2011: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>.

Brasil, Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 3.

Brasil, Ministério da Saúde. (2007). *O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS*. Brasília, DF. Recuperado em 29 outubro 2011: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31355](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31355).

Brasil, Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada*. (Série B. Textos Básicos de Saúde, 64). Brasília, DF.

Cantele, J.; Arpini, D. M. & Roso, A. (2012). A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. *Psicologia: ciência e profissão* [no prelo].

Chizzotti, A. (1998). *Pesquisas em ciências humanas e sociais* (3a ed.). São Paulo: Cortez.

Conselho Federal de Psicologia. (2009). *Práticas Profissionais dos(as) Psicólogos(as) nos Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília/DF.

Costa, R.P. (2007). Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental [online]*, 5(8), 107-124. Recuperado em 01 outubro, 2010: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&nrm=](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&nrm=).

Cunha, G.A.M.A., & Maciel, S.C. (2008). *Saúde Mental - Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica e CERSAMs: Campo de Atuação das Políticas Públicas*. Recuperado em 15 de março, 2010, da Web Artigos: <http://www.webartigos.com/articles/11430/1/saude-mental---luta-antimanicomial-reforma-psiquiatica-e-cersams/pagina1.html>.

Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas.

Gomes, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. (2012). In: Deslandes, S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis-RJ: Vozes (pp. 79-108).

Gomes, R. & Deslandes, S. F. (1994). Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 2(2), pp. 103-114. Ribeirão Preto. Recuperado em 08 outubro, 2012: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691994000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691994000200008).

Iribarry, I. N. (2003). Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho em equipe. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), pp. 483-490. Recuperado em 20 novembro, 2012: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a07.pdf>.

Laville, C. & Dionne, J. (1999). Observação. In C. Laville & J. Dionne, *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas* (H. Monteiro & F. Settineri, Trad., pp. 176-182). Belo Horizonte: Editora UFMG.

Leite, R. F. B. & Veloso, T. M. G. (2008). Trabalho em Equipe: Representações Sociais de Profissionais do PSF. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(2), 374-389. Recuperado em 10

outubro, 2012: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932008000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932008000200012&script=sci_arttext).

Luz, M. T. (2009). Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc. São Paulo*, 18(2), pp. 304-311. Recuperado em 12 setembro, 2012: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>.

Menegon, V. M., & Coêlho, A. E. L. (2005). *A inserção da psicologia no sistema de saúde pública: uma prática possível*. 161-174. Recuperado em 26 agosto, 2011: [online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/824/608](http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/824/608).

More, C. L. O. O., Crepaldi, M. A., Queiroz, A. H., Wendt, N. C. & Cardoso, V. S. (2004). As representações sociais do psicólogo entre os residentes do programa de saúde da família e a importância da interdisciplinaridade. *Psicologia Hospitalar*, 1(1), 59-75. Recuperado em 01 outubro, 2011: <http://www.labsfac.ufsc.br/documentos/representacoesSociaisPsicologoResidentes.pdf>.

Moretto, C. C. (2008). *Experiências de uma equipe interdisciplinar de saúde mental: um estudo psicanalítico*. Dissertação de mestrado publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil, 123. Recuperado em 25 agosto, 2010: [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=456](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=456).

Ojeda, B. S. & Strey, M. N. (2008). Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. *Revista Ciência & Saúde*, 1(1), 2-8, Porto Alegre. Recuperado em 11 outubro, 2012: [revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/.../2935](http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/.../2935).

Peduzzi, M. (1998). Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Pietrolungo, A. P. da C., & Resende, T. I. M. (2007). Visita domiciliar em saúde mental - o papel do psicólogo em questão. *Psicologia: ciência e profissão*. Brasília, 27(1), 1-10. Recuperado em 30 agosto, 2010, de PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia): [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007000100003&lng=pt&nrm=](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100003&lng=pt&nrm=)

Pombo, O. (2005). Interdisciplinaridade e integração dos saberes. *Liinc em Revista*, 1(1), pp. 3-15. Recuperado em 08 julho, 2012: <http://revista.ibict.br/liinc/index.php/liinc/article/viewFile/186/103.pdf>.

Resende, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. (1987). In Tundis, S. A. & Costa, N. do R. (Org). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 15-73). Rio de Janeiro: Vozes (Coleção Saúde e Realidade Brasileira,1).

Saar, S. R. da C. & Trevizan, M. A. (2007). Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Rev Latino-am Enfermagem*. 15(1), 1-7. Recuperado em 15

setembro, 2010: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a16.pdf).

Scherer, M. D. dos A., Pires, D. & Schwartz, Y. (2009). Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista Saúde Pública*, 43(4), pp. 721-25. Recuperado em 12 dezembro, 2012: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90.pdf>.

Severo, S. B. & Seminotti, N. (2010). Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1), pp. 1685-1698. Recuperado em 15 outubro, 2012: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700080](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700080).

Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Tenório, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. (2002). *His. Cienc. Saúde*, 9(1), 25-59. Manguinhos, Rio de Janeiro. Recuperado em 18 agosto, 2010: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>.

Turatto, E. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes.

## **CAPÍTULO 5**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As considerações finais permitem afirmar que estamos diante de uma resignificação da prática psicológica no contexto da Saúde Mental. Com a Reforma Psiquiátrica os profissionais da psicologia precisaram rever suas ações, teorias e propostas de atuação, com o intuito de ampliar o seu olhar sobre o processo saúde-doença no âmbito da saúde mental. Nesse sentido, foi extremamente significativo ter percebido como os profissionais integrantes do estudo e que compõem as equipes multiprofissionais dos CAPS abordaram as práticas psicológicas, a clareza com que discorreram sobre o fazer psicológico, bem como as múltiplas ações por eles nomeadas como parte da prática psicológica. A escuta em relação ao fazer específico da psicologia e ao mesmo tempo uma forma de abordagem que explicitou a preocupação com o contexto e o conjunto das propostas que compõem o processo da reforma psiquiátrica.

Dessa forma, concluímos que as entrevistas aliadas as observações permitiram atender aos objetivos propostos, uma vez que no conjunto das técnicas utilizadas foi possível conhecer como os profissionais descrevem a prática psicológica e com as observações foi possível participar in loco do processo de trabalho, num dos momentos especiais para a consolidação do novo modelo, ou seja, a reunião de equipe. Os momentos de observação permitiram identificar a presença da psicologia de modo ativo e integrado no contexto de trabalho, corroborando as impressões manifestas pelos profissionais nas entrevistas.

O estudo, então, possibilitou identificar mudanças não só no que diz respeito a atuação do psicólogo sobre as ações específicas de seu fazer, como também em relação a sua integração e participação nas equipes, bem como, na elaboração dos projetos terapêuticos e

nas ações direcionadas à família. Na realidade, as técnicas com viés mais individual não se apagaram do fazer da psicologia, mas, para além delas, pode-se vislumbrar um repensar da prática profissional com vistas a acolher as demandas do novo modelo de atenção em saúde mental, seguramente distinto daquele de tempos passados.

A reforma psiquiátrica instaurou significativas transformações na compreensão e no tratamento da saúde mental, reverberando ainda hoje de modo a impedir a cristalização dos saberes e das práticas em saúde. O presente estudo ressalta estas transformações, na medida em que se pode identificar profissionais trabalhando em um cenário multiprofissional, desenvolvendo ações interdisciplinares e caminhando para um olhar transversal no modelo de atenção. Destaca-se que tal aspecto pode ser apontado tanto em relação ao profissional de psicologia como aos demais profissionais que compõe a equipe dos CAPS.

Como podemos perceber as instituições inseridas nesse modelo de atenção a saúde pública, evidencia o despreparo dos trabalhadores, analisando que é necessário um tempo de assimilação do que está sendo proposto até a concretização da habilidade de formação e atuação por parte dos profissionais. Nesse intuito, a pesquisa apresenta um aspecto relevante, pois, ao mesmo tempo, que traz as dificuldades vivenciadas pelos entrevistados, apresenta a busca ativa por ações que acarretam a superação desses nós. Dentro disso, a Supervisão Clínica Institucional foi ativada como um dispositivo, além da formação complementar. Percebemos, a supervisão como fundamental na esfera dos CAPS, pois sua ação leva em consideração todo o conjunto da instituição, ou seja, direciona a equipe a repensar a rede, a gestão, o serviço, a política pública, as discussões dos casos clínicos, regando os canais de comunicação e troca entre as diversas áreas do saber. A reunião de equipe foi identificada como outra importante ferramenta para o trabalho nos CAPS, na medida em que se torna mais um dos dispositivos que conduzem a efetiva construção de um processo de trabalho conjunto, viabilizando os pressupostos da reforma psiquiátrica.

O estudo corroborou também que a prática psicológica inserida nestas ações busca a superação dos impasses, podendo-se concluir que os profissionais psicólogos têm contribuído para a efetiva construção do trabalho dentro das equipes multiprofissionais. Percebeu-se nas equipes um trabalho guiado pela interdisciplinaridade e pela transdisciplinaridade. Tais aspectos, nos levam a concluir que certamente vivemos um momento especial no que se refere à configuração de novas práticas em saúde, saindo das “gavetas” que encerravam cada núcleo profissional para um fazer que se complementa no fazer do outro, e que tem no conjunto dos olhares a visão do todo, certamente mais abrangente e mais integrada. Não cabe aqui, ao final, transmitir uma ideia de construção finalizada de um processo, ao contrário, o que pode ser observado foi um movimento e um questionamento por parte dos profissionais, tal como se pensa a reforma psiquiátrica, ou seja, um processo a ser renovado e construído nas experiências do cotidiano. É importante finalizar com a convicção de que há uma modificação em desenvolvimento e que os profissionais da psicologia estão engajados nela. Sair dos arcabouços de cada conhecimento e manifestar-se perante o outro, exige dos profissionais uma abertura entre as relações estabelecidas no interior das instituições.



## REFERÊNCIAS

- Abuhab, D., Santos, A. B. de A. P., Messenberg, C. B., Fonseca, R. M. G. S. da & Aranha e Silva, A. L. (2005). O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 26(3), 369-80. Recuperado em 11 janeiro, 2013: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4567>.
- Alves, E. dos S. & Francisco, A. L. (2009). Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. *Psic. cienc. Prof.*, 29(4), 768-779. Recuperado em 10 outubro, 2010: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000400009](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400009).
- Amarante, P. (2003). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2a ed.) Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública*, 11(3), 491-494. Recuperado em 10 agosto, 2009: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1995000300024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024).
- Barbosa, L. H. (2004). Psicologia clínica na saúde mental: uma crítica à reforma psiquiátrica. *Ciências e cognição*, 03, 63-65. Recuperado em 01 maio, 2009: <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v03/m2348.pdf>.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.
- Baságliã, F. (1985). *A instituição negada*. Tradução de Heloísa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Basaglia, F., Ongaro, F. B., Casagrande, D., Jervis, G., Comba, L. J., Pirella, A., Schittar, L. & Slavich, A. (2002). Considerações sobre uma experiência comunitária. In Amarante, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp. 11-40). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bauer, M.W., & Gaskell, G. (2005). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (4a ed., P. A. Guareschi, trad.) Petrópolis, RJ: Vozes.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1986). *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília. Recuperado em 25 janeiro, 2011: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf).
- Brasil, Ministério da Saúde. (1990). *Lei n 8.080*. Brasília. Recuperado 03 janeiro, 2013: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm).

Brasil, Ministério da Saúde. (1992). *Portaria/SNAS n. 224*. Brasília. Recuperado em 20 novembro, 2012: [http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n224.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm).

Brasil, Ministério da Saúde. (1996). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos. *Bioética*, 4(2), 15-25.

Brasil, Ministério da Saúde. (2001). *Lei Federal n. 10.216. Lei da Reforma Psiquiátrica*. Brasília. Recuperado em 25 janeiro, 2011: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm).

Brasil, Ministério da Saúde. (2002). *Portaria n. 336*. Brasília. Recuperado em 25 janeiro, 2011: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>.

Brasil, Ministério da Saúde. (2005). *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, DF. Recuperado em 01 maio, 2011: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_15\\_anos\\_caracas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf).

Brasil, Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 3.

Brasil, Ministério da Saúde. (2007). *O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS*. Brasília, DF. Recuperado em 29 outubro 2011: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31355](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31355).

Brasil, Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada*. (Série B. Textos Básicos de Saúde, 64). Brasília, DF.

Brasil, Ministério da Saúde. (2010). Relatório Final. *IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*, Recuperado em 02 fevereiro, 2013: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011\\_2\\_1relatorio\\_IV.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_2_1relatorio_IV.pdf).

Brasil, Â. M. R. C. (2004). *Considerações sobre o trabalho do psicólogo em saúde pública*, 37, 181-186. Recuperado em 28 abril, 2011: [ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/181\\_37.pdf](ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/181_37.pdf).

Cantele, J.; Arpini, D. M. & Roso, A. (2012). A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. *Psicologia: ciência e profissão* [no prelo].

Chizzotti, A. (1998). *Pesquisas em ciências humanas e sociais* (3a ed.). São Paulo: Cortez.

Conselho Federal de Psicologia. (2000). Resolução CFP nº 016/2000 de 20 de dezembro de 2000. *Dispõe sobre a realização de Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos*. Brasília/DF.

Conselho Nacional de Saúde. Decreto nº 93933. *Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96*. Recuperado em 13 abril, 2011, de <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>.

Conselho Federal de Psicologia. (2009). *Práticas Profissionais dos(as) Psicólogos(as) nos Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília/DF.

Costa, R.P. (2007). Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental [online]*, 5(8), 107-124. Recuperado em 01 outubro, 2010: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&nrm=](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&nrm=).

Cunha, G.A.M.A., & Maciel, S.C. (2008). *Saúde Mental - Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica e CERSAMs: Campo de Atuação das Políticas Públicas*. Recuperado em 15 março, 2010, da Web Artigos: <http://www.webartigos.com/articles/11430/1/saude-mental---luta-antimanicomial-reforma-psiquiatica-e-cersams/pagina1.html>.

Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 5(1), 95-121. Recuperado em 10 janeiro, 2013: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2000000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2000000100006).

Dimenstein, M. & Macedo, J. P. (2010). Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In: Spink, M. J. P. (Org.). *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*, 207-234. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dolto, F. (2004) Prefácio. In: Mannoni, M. *A primeira entrevista em psicanálise: um clássico da psicanálise (7-33)* Tradução: Roberto Cortes de Lacerda. Nova Ed. Rio de Janeiro (Texto original publicado em 1979).

Fagundes, S. (2004). Apresentação. In: Nascimento, C.A.T, Lazzarotto, G. D. R., Hoenisch, J. C. D., Silva, M.C.C., & Matos, R.L. *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre, RS: CRP - 7º Região, 84-96. Recuperado em 20 de maio de 2010, da CRP07 (Conselho Regional de Psicologia): <http://www.crp07.org.br/upload/edicao/arquivo15.pdf>.

Figueiredo, V. V. de & Rodrigues, M. M. P. (2004). Atuação do psicólogo nos CAPS do estado do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*. Maringá, 9(2), 173-181. Recuperado em 22 agosto, 2011: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n2/v9n2a04.pdf>.

Foucault, M. (1972). *História da loucura na Idade Clássica*. (J. T. C. Netto, Trad.). São Paulo: Perspectiva (Coleção Estudos, 61).

Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas.

Gomes, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. (2012). In: Deslandes, S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis-RJ: Vozes (pp. 79-108).

Gomes, R. & Deslandes, S. F. (1994). Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 2(2), pp. 103-114. Ribeirão Preto. Recuperado em 08 outubro, 2012: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691994000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691994000200008).

Iribarry, I. N. (2003). Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho em equipe. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), pp. 483-490. Recuperado em 20 novembro, 2012: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a07.pdf>.

Kubo, O. M., & Botomé, S. P. (n.d.). *Formação e atuação do psicólogo para o tratamento em saúde e em organizações de atendimento à saúde*. Recuperado em 26 de agosto de 2011: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/3319/2663>.

Laville, C. & Dionne, J. (1999). Observação. In C. Laville & J. Dionne, *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas* (H. Monteiro & F. Settineri, Trad., pp. 176-182). Belo Horizonte: Editora UFMG.

Lima, M. (2005). Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo*. Maringá, 10(3), 431-440. Recuperado em 15 de abril de 2012, da Scielo (Scientific Electronic Library Online): <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a10.pdf>.

Leite, R. F. B. & Veloso, T. M. G. (2008). Trabalho em Equipe: Representações Sociais de Profissionais do PSF. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(2), 374-389. Recuperado em 10 outubro, 2012: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932008000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932008000200012&script=sci_arttext).

Luz, M. T. (2009). Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc. São Paulo*, 18(2), pp. 304-311. Recuperado em 12 setembro, 2012: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>.

Menegon, V. M., & Coêlho, A. E. L. (2005). *A inserção da psicologia no sistema de saúde pública: uma prática possível*. 161-174. Recuperado em 26 agosto, 2011: [online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/824/608](http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/824/608).

Melo, D. C., & Borges, F. G. A. (2008). *O papel do psicólogo comunitário: análise de uma intervenção e propostas de atuação*. 1-7. Recuperado em 30 agosto, 2011: <http://www.ic-ufrj.org/anaisufu2008/PDF/SA08-20362.PDF>.

More, C. L. O. O., Crepaldi, M. A., Queiroz, A. H., Wendt, N. C. & Cardoso, V. S. (2004). As representações sociais do psicólogo entre os residentes do programa de saúde da família e a importância da interdisciplinaridade. *Psicologia Hospitalar*, 1(1), 59-75. Recuperado em 01 outubro, 2011: <http://www.labsfac.ufsc.br/documentos/representacoesSociaisPsicologoResidentes.pdf>.

More, C. O. O., Leiva, A. C. & Tagliari, L. V. (2002). A representação social do psicólogo e de sua prática no espaço público- comunitário. *Paidéia*. 11(21), 85-98. Recuperado em 14 abril, 2011: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2001000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2001000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).

Moretto, C. C. (2008). *Experiências de uma equipe interdisciplinar de saúde mental: um estudo psicanalítico*. Dissertação de mestrado publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil, 123. Recuperado em 25 agosto, 2010: [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=456](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=456).

Nascimento, C. A. T. Construindo Processos de Organização dos Psicólogos em Saúde Pública. In: Nascimento, C.A.T., Lazzarotto, G.D. R., Hoenisch, J.C D., Silva, M.C.C., & Matos, R.L. (2004). *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre, RS: CRP - 7º Região, 84-96. Recuperado em 20 maio, 2011, do CRP07 (Conselho Regional de Psicologia): <http://www.crp07.org.br/upload/edicao/arquivo15.pdf>.

Neto, J. L. F. (2008) Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, 32(78/79/80), 18-26. Recuperado em 27 de agosto 2010, da PUC Minas: <http://www.pucminas.br/documentos/tresmomentos.pdf?PHPSESSID=e7a51ebf28f5791db6ff6c8b40636bac>.

Oliveira, M. & Peres, K. N. (2009). A Representação Social de Usuários e Profissionais sobre a atuação do Psicólogo nos Serviços de Saúde Pública do Município de Palmas/TO. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, 1(1), 35-57. Recuperado em 08 agosto, 2012: [www.crp09.org.br](http://www.crp09.org.br).

Ojeda, B. S. & Strey, M. N. (2008). Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. *Revista Ciência & Saúde*, 1(1), 2-8, Porto Alegre. Recuperado em 11 outubro, 2012: [revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/.../2935](http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/.../2935).

Onocko-Campos, R.T. & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (5), pp. 1053-1062. Recuperado em 10 maio, 2010: [http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude\\_mental/artigos/3\\_entre\\_saude\\_coletiva\\_mental.pdf](http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/artigos/3_entre_saude_coletiva_mental.pdf).

Peduzzi, M. (1998). Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Pietroluongo, A. P. da C., & Resende, T. I. M. (2007). Visita domiciliar em saúde mental - o papel do psicólogo em questão. *Psicologia: ciência e profissão*. Brasília, 27(1), 1-10. Recuperado em 30 agosto, 2010, de PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia): [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007000100003&lng=pt&nrm=](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100003&lng=pt&nrm=).

Polli, R. G. (2012). *Psicoterapia de crianças em instituição pública de saúde : novas perspectivas a partir do olhar da criança*. Dissertação de mestrado apresentada, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil.

Pombo, O. (2005). Interdisciplinaridade e integração dos saberes. *Liinc em Revista*, 1(1), pp. 3-15. Recuperado em 08 julho, 2012: <http://revista.ibict.br/liinc/index.php/liinc/article/viewFile/186/103.pdf>.

Resende, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. (1987). In Tundis, S. A. & Costa, N. do R. (Org). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 15-73). Rio de Janeiro: Vozes (Coleção Saúde e Realidade Brasileira,1).

Rutsatz, S.N.B., & Câmara, S.G. (2006). *O psicólogo na saúde pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço*. Canoas, 23. Recuperado em 20 julho, 2010, da PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia): [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942006000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000200006&lng=pt&nrm=iso).

Saar, S. R. da C. & Trevizan, M. A. (2007). Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Rev Latino-am Enfermagem*. 15(1), 1-7. Recuperado em 15 setembro, 2010: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a16.pdf).

Scherer, M. D. dos A., Pires, D. & Schwartz, Y. (2009). Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista Saúde Publica*, 43(4), pp. 721-25. Recuperado em 12 dezembro, 2012: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90.pdf>.

Severo, S. B. & Seminotti, N. (2010). Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1), pp. 1685-1698. Recuperado em 15 outubro, 2012: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700080](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700080).

Silva, M.C.C. História da loucura e reforma psiquiátrica: um percurso. (2004). In Nascimento, C.A.T.; Lazzarotto, G.D. R.; Hoenisch, J.C.D.; Silva, M. C. C. & Matos, R.L. *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública* (pp. 84-96). Porto Alegre, RS: CRP - 7° Região. Recuperado em 20 maio, 2010: <http://www.crp07.org.br/upload/edicao/arquivo15.pdf>.

Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da saúde. *Análise psicológica*. 441-448.

Tenório, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. (2002). *His. Cienc. Saúde*, 9(1), 25-59. Manguinhos, Rio de Janeiro. Recuperado em 18 agosto, 2010: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>.

Turatto, E. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes.

## ANEXOS

### Anexo 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Dorian Mônica Arpini  
ENDEREÇO: Rua Floriano Peixoto, 1750, 3º andar. Telefone: (55) 3220-9231.

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **Projeto “A representação social da prática psicológica a partir do olhar da equipe multiprofissional dos centros de atenção psicossocial”**

Estamos realizando uma pesquisa que tem por objetivo conhecer a representação social da prática psicológica a partir do olhar da equipe multiprofissional dos centros de atenção psicossocial. Tal objetivo se fundamenta na necessidade de um aprofundamento do conhecimento da equipe de saúde mental sobre as atividades desenvolvidas pelos profissionais da psicologia, na tentativa de compreender, como a psicologia têm construído sua inserção no contexto da saúde mental a partir do olhar dos integrantes da equipe multidisciplinar.

Participarão deste estudo profissionais (enfermeiros, psiquiatras, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapia, pediatra, pedagogo, entre outros) que compõem as equipes de dois Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade do Rio Grande do Sul. A percepção dos participantes acerca da temática apresentada será coletada a partir da realização de entrevistas semi-dirigidas juntamente com duas observações em reuniões de equipe realizada pelas instituições. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas para análise qualitativa. As identidades dos participantes serão mantidas em sigilo e as informações serão utilizadas para fins de pesquisa, sem identificação do nome dos participantes.



Os participantes poderão solicitar esclarecimentos sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa, podendo interromper sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo. Considerando as duas técnicas a serem utilizadas para a realização desta pesquisa, bem como o fato de que ambas não tem por objetivo testar nem experimentar nenhum procedimento novo, julga-se, portanto, a existência de riscos mínimos para os participantes. Contudo, caso sejam identificadas situações, durante a realização das entrevistas, de desconforto psicológico, a pesquisadora responsabilizar-se-á por avaliar a situação e, se houver necessidade de atendimento psicológico, fará o encaminhamento do participante. Os benefícios para os participantes poderão decorrer da disponibilidade de escuta oferecida pelas pesquisadoras e pela reflexão oportunizada no momento da realização das entrevistas e da observação. Com relação aos dados, os mesmo ficarão sob a responsabilidade do Professor Pesquisador pelo período de cinco anos na sala do Departamento de Psicologia da UFSM, situado na Rua Floriano Peixoto 1750, 3 andar, sala 320, sendo que o material gravado será destruído após a realização da pesquisa. Agradecemos a colaboração dos participantes na realização desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais com a pesquisadora-orientadora do projeto, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dorian Mônica Arpini, que pode ser contatada pelo telefone: (55) 3220-9231, e a pesquisadora Juliana Cantele pelo fone (55) 9148-1178. Os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM são: Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria – 7º andar – sala 702 – Camobi – Santa Maria – telefone (55) 3220-9362.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Participante.

---

Responsável pelo projeto.

## Anexo 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Dorian Mônica Arpini  
ENDEREÇO: Rua Floriano Peixoto, 1750, 3º andar. Telefone: (55) 3220-9231.

### **Termo de Autorização Institucional**

#### **Projeto “A representação social da prática psicológica a partir do olhar da equipe multiprofissional dos centros de atenção psicossocial”**

Pela presente autorização, declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente projeto intitulado: “A representação social da prática psicológica a partir do olhar da equipe multiprofissional dos centros de atenção psicossocial”. A pesquisa tem como objetivo conhecer a representação social da prática psicológica a partir do olhar da equipe multiprofissional dos centros de atenção psicossocial. Serão sujeitos deste estudo profissionais de diversas áreas que compõem as equipes multiprofissionais, que estejam vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial.

Desta forma, autorizo a realização da pesquisa nas dependências do Centro de Atenção Psicossocial, bem como autorizo a utilização dos dados coletados por esta em apresentações em eventos acadêmicos e/ou publicações em artigos e revistas científicas, mantendo-se o cuidado em não identificar os participantes, o local e a cidade em que a pesquisa foi realizada, indicando apenas que se trata de um estudo em Centros de Atenção Psicossociais em uma cidade do Rio Grande do Sul. Entendo que o Departamento de Psicologia da UFSM manterá em sigilo a identidade dos participantes, sendo que os dados coletados serão arquivados na referida instituição, sob responsabilidade da pesquisadora-orientadora do projeto, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Dorian Mônica Arpini.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

\_\_\_\_\_  
Coordenador(a) do Centro de Atenção Psicossocial

### Anexo 3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

#### **Termo de Confidencialidade**

**Título do projeto:** A representação social da prática psicológica a partir do olhar da equipe multiprofissional dos centros de atenção psicossocial

**Pesquisador responsável:** Dorian Mônica Arpini

**Instituição/Departamento:** UFSM/Psicologia

**Telefone para contato:** 3028 0936

**Local da coleta de dados:** Dois Centros de Atenção Psicossocial

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados através de entrevistas gravadas realizadas nos locais aonde se encontram os profissionais. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Psicologia, sala número 320 por um período de cinco anos sob a responsabilidade do Prof.(a) Pesquisador (a) Dorian Mônica Arpini. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE .....

Santa Maria, 22 de julho de 2011

Dorian Mônica Arpini

Professora Associada do Departamento de Psicologia da UFSM

Juliana Cantele

Mestranda em Psicologia da Saúde pela UFSM

## **Anexo 4**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

### **Instrumento de Coleta de Dados**

#### **Roteiro da entrevista semi-dirigida**

##### **Dados de Identificação**

**Nome:**

**Idade:**

**Profissão:**

**Tempo de atuação profissional:**

**Tempo de trabalho na instituição:**

**Possui alguma especialização na área:**

- 1. Como você descreveria a prática do psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?**
  - Informações referentes ao conhecimento do fazer psicológico;
  - Atividades realizadas e funções atribuídas ao psicólogo;
  - Técnicas utilizadas.
- 2. Como você vê a prática do psicólogo junto aos demais profissionais?**
  - Forma de participação na equipe (trocas estabelecidas);
  - Práticas interdisciplinares.
- 3. Como você vê (no seu entendimento) a prática da psicologia em relação aos demais profissionais na instituição (CAPS).**
  - Relevância do trabalho (imprescindível na equipe);
  - Especificidade de núcleo (ele faz coisas que só a psicologia pode fazer).
- 4. Você desejaria acrescentar alguma coisa.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

### **Instrumento de Coleta de Dados**

#### **Roteiro para Observação das Reuniões de Equipe**

- ⇒ Integração do profissional da psicologia com a equipe.
- ⇒ Presença de elementos da prática psicológica na reunião, como se faz presente.
- ⇒ Presença de ações interdisciplinares que incluam a prática do psicólogo.
- ⇒ Observar como se dá a comunicação entre os componentes da equipe.
- ⇒ Como é feita a divisão de tarefas entre os integrantes da equipe.

**-Impressões da reunião registradas pela pesquisadora-**