

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO
BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA

GABRIELA MACIEL ALVES

PERCEPÇÃO DOS PSICÓLOGOS DA ATENÇÃO BÁSICA E DE CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO
MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC

CRICIÚMA

2012

GABRIELA MACIEL ALVES

**PERCEPÇÃO DOS PSICÓLOGOS DA ATENÇÃO BÁSICA E DE CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO
MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC com vistas a sua aprovação.

Orientadora: Msc. Graziela Amboni

CRICIÚMA

2012

GABRIELA MACIEL ALVES

**PERCEPÇÃO DOS PSICÓLOGOS DA ATENÇÃO BÁSICA E DE CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO
MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense, para a obtenção do título de Especialista na Modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, com Linha de Pesquisa em Saúde Mental e Coletiva

Criciúma, 30 de agosto de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Graziela Amboni - Mestre - (UNESC) - Orientador

Prof^a. Luciane Bisognin Ceretta - Doutora - (UNESC)

Prof. Denilson Fonseca - Especialista - (Instituição)

Prof^a. Elisangela Boing - Mestre - (UFSC)

Dedico este trabalho a aos colegas de profissão que estão atualmente engajados no movimento de fortalecimento da atuação do psicólogo na Atenção Básica no Município, a minha tutora Graziela Amboni que teve participação ativa em todas as minhas atividades ao longo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UNESC e em especial a residente e querida amiga Deise Patrício que compartilhou dos meus projetos, ações, dificuldades, reflexões e sonhos particularmente nesta caminhada e a minha amada mãe Suzana que não poupou esforços para que eu concretizasse mais esta etapa da minha vida e me encorajou a todo o momento com dedicação, ensinando-me sempre a seguir em frente, mesmo diante das adversidades do dia-a-dia sem perder a fé e alegria de viver.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me fortifica e ampara amplamente a cada dia em mi

À minha mãe Suzana por todo encorajamento e auxílio prestado;

À minha tutora Graziela Amboni pela presteza, confiança depositada, acessibilidade, gentileza e constante incentivo em todas as minhas ações;

À minha fiel amiga Deise que me apoiou constantemente e ao seu marido Pécio pela acolhida e compreensão da ausência dela em razão de nossas ações conjuntas;

À Michele que me apoiou prontamente neste importante momento;

Aos residentes Fabio e Gustavo por também gentilmente me auxiliarem neste processo;

As minhas queridas amigas Tamara e Merieli que também me acompanharam e apoiaram durante esta jornada;

À minha mais nova amiga Tatiane Vanessa psicóloga representante dos psicólogos da Atenção Básica do Município pela acolhida, amizade, incentivo, confiança e por dividir também comigo sonhos, saberes, fazeres e reflexões acerca da saúde mental;

Ao Denilson coordenador de saúde mental do Município pelo incentivo, abertura, confiança depositada e por ter compartilhado com prontidão seus saberes e reflexões sobre saúde mental;

À Secretaria Municipal de Saúde pela acolhida e apoio;

À Josete coordenadora de atividades no Programa de Residência Multiprofissional UNESC pelas demonstrações de reconhecimento e por mostrar-se constantemente sensibilizada as necessidades e possibilidades dos residentes;

Ao Programa de Residência Multiprofissional como um todo, UNESC e coordenadora deste projeto Luciane Ceretta, pela rica experiência pessoal, profissional e oportunidade;

Aos profissionais da Unidade de Pronto Atendimento 24hs Boa Vista pela acolhida e abertura;

Aos colegas da Residência Multiprofissional UNESC que compartilharam ações, intervenções e projetos;

À Elisangela Böing que se dispôs a compor minha banca apesar da distância

A todos, minha gratidão!

RESUMO

O estudo visa ampliar a compreensão sobre a percepção dos psicólogos da saúde pública sobre a intervenção psicológica na Atenção Básica (AB) e em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Criciúma/SC. Tendo por objetivos identificar a percepção que os psicólogos da AB e dos CAPS possuem de sua atuação na saúde; das ações uns dos outros; averiguar o que de fato desenvolvem nestes contextos e explorar a base teórica adquirida referente ao SUS que possuíram em seu período de graduação e em forma de cursos de especialização e aperfeiçoamento após a formação. Em que, utilizou-se como método pesquisa do tipo exploratório-descritivo, de abordagem (quantitativa-descritiva/ qualitativa), que teve como instrumento de coleta questionários, e a análise de dados a partir do programa SPSS versão 17.0 e da categorização pelos objetivos específicos. E enquanto resultado, alcançou-se indicativos de que, a abordagem de temas relacionados a Políticas de Saúde Pública durante a graduação foi considerada em 68% insatisfatória, 20% satisfatória, 4% excelente e 8% declarado como não abordado. Referente à realização de especializações, dos psicólogos inseridos na AB surgiu, 37,5% em que a pós-graduação escolhida foi saúde pública ou saúde mental e 62,5% cursando ou já tendo cursado, pós-graduação dentro das áreas clínicas ou organizacional. Enquanto que, dos psicólogos de CAPS que cursaram ou atualmente cursam pós-graduação, 57,8% se inseriram em cursos da área clínica, ou de psicopedagogia e o restante de 42,2% cursaram ou cursam especializações de maior relação com a saúde pública como saúde mental, saúde da família e saúde pública. A respeito da realização de cursos de aperfeiçoamento em Políticas Públicas de Saúde 72,7% dos psicólogos inseridos na AB declararam nunca terem feito cursos e 27,3% que já tinham realizado. Enquanto que dos psicólogos dos CAPS 50% como já tendo realizado e 50% sem ter feito nenhum curso. Quanto às atividades realizadas pelos psicólogos da AB 90,9% relatou realizar atendimentos clínicos individuais, 81,8% atendimento clínicos em grupo e 54,5% grupos operativos, em relação a outras atividades, 36,4% realizam atendimentos clínicos em domicílio, 27,3% visitas domiciliares, o mesmo número com intervenções envolvendo a comunidade, 36,4% dos psicólogos realizam grupos com equipes de saúde e 36,4% relataram atuar em ações de prevenção. Dentre as atividades realizadas pelos psicólogos dos CAPS, apareceram acolhimento e atendimento clínico em grupo em 85,7% dos casos, atendimento clínico individual entre 78,6% das respostas, 71,4% citaram visitas domiciliares, 50% intervenções envolvendo a comunidade, grupos de família e operativos igualmente com 42,9%, grupos com a equipe de saúde mental em 35,7% e grupos de reinserção social em 14,3% das respostas. E por fim, fazendo alusão à percepção dos psicólogos da AB e dos CAPS sobre suas ações e a que se deve a atuação uns dos outros nestes serviços, foram encontrados contrassensos tanto entre os psicólogos inseridos na AB e nos CAPS, quanto entre ambos, sobre as práticas a serem desenvolvidas. E que, grande parte ainda se detêm a práticas tradicionais, limitando-se a uma atuação pautada na clínica ou na produção de cuidados curativos, com limitada interação intersetorial, multiprofissional e com pouco uso dos dispositivos comunitários.

Palavras-chave: psicólogo; atenção básica; centro de atenção psicossocial; saúde mental.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Abordagem de Saúde Pública na Graduação	35
Tabela 2 – Formação específica dos psicólogos da Atenção Básica.....	36
Tabela 3 – Formação específica dos psicólogos dos CAPS	37
Tabela 4 – Psicólogos X especialização CAPS e AB.....	37
Tabela 5 – Psicólogos X especialização saúde pública	37
Tabela 6 – Realização de cursos de aperfeiçoamento.....	38
Tabela 7 – Propostas de atividades dos psicólogos AB.....	40
Tabela 8 – As propostas condizem com o momento atual AB	41
Tabela 9 – Atividades realizadas pelos psicólogos AB	41
Tabela 10 – Propostas de atividades dos psicólogos CAPS	42
Tabela 11 – As propostas condizem com o momento atual CAPS	42
Tabela 12 – Atividades realizadas pelos psicólogos CAPS	43
Tabela 13 – Possibilidades de ação extra-clínica psicólogos AB.....	44
Tabela 14 – Possibilidades de ação extra-clínica psicólogos CAPS.....	45
Tabela 15 – Atuação conjunta com a equipe	45
Tabela 16 – Definição do papel do psicólogo na Atenção Básica	46
Tabela 17 – Tempo de atuação AB.....	50
Tabela 18 – Definição do papel do psicólogo no CAPS.....	51
Tabela 19 – Tempo de atuação CAPS.....	55
Tabela 20 – Perfil do usuário que deve ser encaminhado pelo psicólogo da rede ao CAPS	55
Tabela 21 – Quando o usuário deve ser mantido na rede (não deve ser enviado Ao CAPS ou poderá ser reencaminhado pelo CAPS à rede).....	58
Tabela 22 – Acessibilidade e Interação entre CAPS e AB – na perspectiva da AB	63
Tabela 23 – Acessibilidade e Interação entre CAPS e AB – na perspectiva do CAPS	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica

APS: Atenção Primária à Saúde

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS Ad: Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CAPS i: Centro de Atenção Psicossocial – Infanto/Juvenil

ESF: Estratégia de Saúde da Família

NASF: Núcleo de apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial de Saúde

RAS: Rede de Atenção à Saúde

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SM: Saúde Mental

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA	10
2. QUESTÕES NORTEADORAS	13
3. OBJETIVOS.....	14
3.1 OBJETIVO GERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
4.1 SUS.....	15
4.2 SAÚDE MENTAL NO SUS.....	17
4.2.1 Saúde Mental – CAPS	18
4.2.2 Saúde Mental – Atenção Básica.....	19
4.3 NECESSIDADES E POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO EM REDE DA SAÚDE MENTAL ENTRE O CAPS E A ATENÇÃO BÁSICA.....	21
4.4 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO SUS.....	24
4.5 A RELAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA COM A FORMAÇÃO ACADÊMICA.....	27
5. METODOLOGIA	30
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	30
5.2 POPULAÇÃO/AMOSTRA	30
5.3 PROCESSOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	30
5.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	32
5.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	34
7. CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICES	72
APÊNDICE A – Questionário de Identificação	74
APÊNDICE B – Questionário para Psicólogos do CAPS	77
APÊNDICE C – Questionário para Psicólogos da Atenção Básica.....	81
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	85
APÊNDICE E – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da UNESC.....	87

1. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

Ao ingressar no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família / Comunidade a residente de psicologia foi incluída em uma das Unidades de Saúde de Referência de Pronto Atendimento 24h do Município, que viabilizou o reconhecimento do funcionamento das atividades da psicologia em rede de atenção a saúde. Esta pesquisa surgiu a partir das reflexões/vivências dos psicólogos residentes com os psicólogos que compõem esta rede, vinculados a Atenção Básica e aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nos anos 70 quando iniciou no Brasil o Movimento da Reforma Psiquiátrica, paralelo a Reforma Sanitária, muitas mudanças na Saúde Pública e na atenção a Saúde Mental ocorreram. Estas mudanças estão presentes tanto nos serviços oferecidos a população atualmente, quanto na forma com que o esses serviços são prestados e os trabalhadores da saúde devem abordar a saúde mental, em todas as esferas de atenção.

Em primeiro momento os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram eleitos como estratégia principal de atenção aos portadores de sofrimento psíquico grave, saindo da lógica de atenção em hospitais psiquiátricos, utilizando-se destes serviços como ferramenta propulsora de desinstitucionalização, visando prestar um atendimento integral, voltado à integração social, familiar e geração de autonomia aos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986 (BRASIL, 2004). E após tornar-se a estratégia preferencial tivemos a “[...] expansão absoluta dos serviços tipo CAPS ao longo dos anos. A cobertura no Brasil em 2002, quando existiam 424 CAPS, era de 21%. Em 25 de junho de 2010, passou a haver 1541 CAPS e 63% de cobertura” (BRASIL, 2010, p.7).

Além dos CAPS, a Saúde Mental também foi incluída como política de saúde na esfera da Atenção Básica, e se expande através da estratégia das equipes de apoio matricial dos CAPS e dos Núcleos de Apoio à saúde da Família (NASF). Segundo dados de abril de 2010, estão em funcionamento no país 1165 NASF, sendo que “dos 6.895 trabalhadores desses Núcleos, 2.123 são profissionais do campo da saúde mental, ou seja, aproximadamente 30%” (BRASIL, 2010, p.13). Além disso, de todos os profissionais relatados, os psicólogos estão em segundo

lugar na carga horária prestada. O que indica que dentre as possibilidades de contratações nos NASF, os gestores estão dando prioridade para os profissionais de saúde mental.

Com todas estas evoluções, a psicologia como ciência vem se consolidando de forma mais efetiva na atenção a saúde mental, dentro da saúde pública, buscando formas de atuação mais abrangentes e eficientes, não mais restritas a hospitais, atendimentos clínicos oriundos do modelo biomédico ou centralizadas apenas nos CAPS e vem inclusive estendendo sua ação para a atenção primária em saúde.

E este novo modelo transcende a visão de que o psicólogo atende somente no formato clínico. Entretanto, as demandas apontam ainda para a necessidade da reconfiguração da práxis destes profissionais dentro do novo cenário e formato de intervenção psicológica. Pois, em muitos momentos, existe uma defasagem entre a formação de base dos psicólogos e as demandas de atuação no SUS. Decorrente da tendência destes profissionais reproduzirem o modelo centrado no atendimento individual incitado pelas raízes de sua formação.

Segundo esta nova lógica de atenção à saúde mental originada na saúde pública, o psicólogo precisa desenvolver uma visão integrada do ser humano, considerando as instâncias biológicas, psíquicas, social e cultural. A sua práxis deve estar ligada a atenção integral do ser humano, buscando atuar de forma interdisciplinar e transdisciplinar, saindo da prática centrada no atendimento clínico e se colocando em contato com a comunidade e com outros profissionais (MENEGON; COELHO, 2006).

No município de Criciúma há psicólogos contratados desde o início das mudanças do foco de atuação e outros que foram se agregando ao serviço com o passar do tempo. A partir disto, alguns puderam acompanhar o movimento de desinstitucionalização da região, que se utilizou dos CAPS como principal estratégia de deshospitalização conforme prevê a reforma psiquiátrica.

Os CAPS eram considerados inicialmente referência de cuidados aos portadores de transtornos mentais, até que levantou-se a discussão de que a Atenção primária munida da Estratégia de Saúde da Família (ESF) poderia assumir o papel de porta entrada preferencial, também para atendimentos de Saúde Mental. A ESF criada com o objetivo de cumprir o papel de porta de entrada preferencial dos

usuários na saúde, poderia então tornar-se referência dos cuidados de saúde mental, diminuindo assim a dicotomia entre cuidado de saúde geral e saúde mental.

E sob estas novas perspectivas de intervenção, compreende-se que há necessidade da integração entre estes serviços, para a consolidação de um trabalho de fato pautado na lógica de co-responsabilidade desta clientela.

De modo que, diante da observação de movimentações da busca pelo fortalecimento desta integração no município, surgiu o interesse da residente de entender como os psicólogos estão percebendo suas ações, e a atuação da psicologia como um todo, nos campos da Atenção Básica a Saúde e dos Centros de Atenção Psicossocial, após as transformações na compreensão do que cerne o fazer/entender a saúde mental.

Além disso, a pesquisa tem por objetivo o reconhecimento da percepção que os psicólogos têm sobre suas ações e a de outros psicólogos incluídos na Atenção Básica e CAPS. E a partir destas percepções, realizar uma compreensão sobre o que é esperado destes serviços e o que é efetivamente realizado na visão destes profissionais.

No intuito de, a partir da problemática promover discussões e as contribuições que se fizerem necessárias, visando práticas cada vez mais condizentes com a realidade do cenário atual e viabilizar maior congruência a respeito do que é atribuição da psicologia nestes dois contextos.

2. QUESTÕES NORTEADORAS

A partir da contextualização apresentada formulou-se a seguinte questão problema: **Qual a percepção dos psicólogos da saúde pública sobre a intervenção psicológica na atenção básica e em centros de atenção psicossocial do município de Criciúma /SC?**

Para melhor direcionar o problema acima exposto apontam-se as seguintes questões a investigar:

- 1) Qual a percepção que os psicólogos da Atenção Básica têm de suas ações na saúde?
- 2) Qual a percepção que os psicólogos da Atenção Básica têm das ações de Psicologia nos Centros de Atenção Psicossocial?
- 3) Qual a percepção que os psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial têm de suas ações na saúde?
- 4) Qual a percepção que os psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial têm das ações de Psicologia da Atenção Básica?
- 5) Quais as ações desenvolvidas pelos psicólogos da Atenção Básica?
- 6) Quais as ações desenvolvidas pelos psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial?
- 7) Qual a base teórica sobre o SUS que os psicólogos possuíram em seu período de graduação e em forma de cursos de aperfeiçoamento?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar a percepção dos psicólogos da saúde pública sobre a intervenção psicológica na atenção básica e em centros de atenção psicossocial do município de Criciúma/SC.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Explorar a base teórica sobre o SUS que os psicólogos possuíram em seu período de graduação e em forma de cursos de aperfeiçoamento;
2. Averiguar as ações desenvolvidas pelos psicólogos da Atenção Básica;
3. Averiguar as ações desenvolvidas pelos psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial;
4. Identificar a percepção que os psicólogos da Atenção Básica têm de suas ações na saúde;
5. Identificar a percepção dos psicólogos da Atenção Básica sobre as ações de Psicologia nos Centros de Atenção Psicossocial;
6. Identificar a percepção que os psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial têm de suas ações na saúde;
7. Identificar a percepção que os psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial têm das ações de Psicologia da Atenção Básica.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 SUS

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 se deu o mais amplo e democrático debate sobre saúde já ocorrido no país, liderado por Sérgio Arouca, este foi o ponto culminante do movimento de Reforma Sanitária. A conferência resultou na incorporação na Constituição de 1988 da mais completa declaração de direitos a saúde. Denominada constituição cidadã pelo seu papel social e representação da sociedade em suas determinações, a constituição de 1988 institucionalizou o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2006).

O SUS é fruto de uma luta social que se passou no Brasil durante algumas décadas, culminando na criação de um Sistema de Saúde que traria a toda população o direito a este atendimento, antes reservado pelo poder público aqueles que contribuía com a Previdência Social.

O Sistema de Saúde Brasileiro é uma conquista popular e deve ser valorizado como tal. Com a Lei 8.080 de 1990 tivemos a regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS – que diferentemente dos antecessores universaliza o direito a saúde, de forma gratuita e igualitária.

Com a vigência do SUS as ações e serviços de saúde passam a integrar um sistema único com administração regionalizada e hierarquizada. O Sistema foi organizado seguindo algumas diretrizes básicas de atenção:

“atendimento universal e integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; descentralização, com direção única em cada esfera de governo; participação e controle da sociedade, que deveria ocorrer através das Conferências dos Conselhos de Saúde, com a participação de representantes dos governos, dos profissionais de saúde, dos usuários e dos prestadores de serviços.” (SERRA in Associação Paulista de Medicina, p. 143, 2008)

Os princípios do SUS abordados pela lei 8.080 são baseados em um conceito de saúde, que transcende o entendimento de ausência de doenças. Os sistemas de saúde anteriores ao SUS tinham abordagem hospitalocêntrica, centrados no diagnóstico, no atendimento médico e entendiam o ser humano saudável como aquele sem enfermidades.

O entendimento sobre saúde reflete a conjuntura social econômica política e cultural vivenciada, ele não é o mesmo para todas as pessoas, dependerá ainda de concepções científicas, religiosas, filosóficas e valores individuais. Ainda em relação a doenças o mesmo é válido, o que é considerado doença é variável em relação à cultura, o lugar, a época e a classe social na qual o sujeito está inserido (SCLIAR, 2007).

O conceito de saúde utilizado pela Organização Mundial de Saúde é “o completo bem-estar físico, social e mental e não apenas ausência de doenças”. Este conceito vem de uma concepção ampliada que coloca como fatores de saúde condições de alimentação, renda, transporte, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde. A VII Conferência Nacional de Saúde supracitada trouxe por meio do discurso sanitarista esta ideia de saúde ligada a qualidade de vida e condicionada por uma diversidade de fatores (BACKES et al, 2009).

A partir disto, o direito a saúde garantido pelo Estado significa condições dignas de vida e acesso a serviços que promovam além de recuperação, a proteção e promoção da saúde em todos os seus níveis e de forma universal e igualitária, bem como, atendimento integral da população (BACKES et al, 2009).

O SUS traz em seus princípios e diretrizes este conceito ampliado de saúde e busca na sua forma de funcionamento implantar estratégias que fortaleçam a atenção integral do indivíduo.

Para organização da atenção a saúde o SUS surgiu com a organização em pirâmide utilizando-se de um modelo de descentralização, partindo primeiramente da atenção básica, de baixa complexidade que envolve o acesso de seu usuário a especialidades básicas; passando a média complexidade onde são feitos atendimentos hospitalares, ambulatoriais; e finalmente os atendimentos de alta complexidade que envolve alto custo e/ou alta tecnologia (Ministério da Saúde, 2007).

A organização em forma de pirâmide se tornou fragmentada e insuficiente para o atendimento integral do usuário. Diante desta constatação surgiu o modelo de organização em Rede de Atenção a Saúde. A Rede é um sistema poli hierarquizado que organiza a atenção a partir da Atenção Básica.

A lógica da Rede de Atenção a Saúde (RAS), é ser um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, sendo uma das principais características

da RAS a formação de relações horizontais que tem como centro dos pontos de atenção e comunicação a Atenção Primária a Saúde (APS) (BRASIL, 2010). O objetivo da RAS é:

Promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia [...]. (BRASIL, 2010)

O SUS busca em sua forma de funcionamento, atendimento e no fornecimento de serviços, a atenção integral ao indivíduo e a comunidade. A atenção integral a saúde comporta a atenção a saúde mental, que anteriormente esteve restrita a serviços especializados, entendida como separada do estado de saúde geral. Atualmente a Saúde mental está sendo inserida na Rede de Atenção a Saúde, como parte dos atendimentos da APS, buscando estratégias de promoção e prevenção, sem prejuízo da recuperação, como em qualquer outro atendimento a saúde.

4.2 SAÚDE MENTAL NO SUS

A Saúde Mental no SUS atualmente é fruto do movimento de Luta Anti-manicomial iniciado nos anos 70 que eclodiu em uma ampla Reforma Psiquiátrica.

Este movimento ocorreu paralelamente à Reforma Sanitária, que buscava cinco princípios orientadores: equidade, qualidade, eficiência, sustentabilidade e participação social (PAIM, 2007).

A Reforma Psiquiátrica originou-se por duas grandes frentes, na crise do modelo assistencial que era centrado no hospital psiquiátrico e na busca dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. A reforma vai além de mudanças somente nas linhas de gestão (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos [...]. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p.6).

A partir da Reforma Psiquiátrica a Política de Saúde Mental na Saúde Pública passou por importantes e significativas mudanças, transcendendo de um modelo hospitalocêntrico, para um modelo que propõe atenção diversificada, de base territorial comunitária. Partindo desta proposta estabeleceu-se uma Política de Saúde Mental, que aponta concretamente para a contínua expansão e consolidação desta rede de atenção extra-hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Como forma de consolidar esta evolução da Política de Saúde Mental:

“A meta nacional pactuada para o ano de 2008 projetou a implantação de 200 novos Caps, o que equivaleria a uma cobertura de 0,58 Caps/100.000 habitantes. A cobertura em saúde mental no Brasil – que era, em dezembro de 2007, de 0,50 – passou em 2008 para 0,55 Caps/100.000 habitantes” (BRASIL, 2010a p.172).

Apesar da meta não ter sido alcançada, houve a superação e expansão dos CAPS em comparação com o ano anterior. Isso expressa a adesão que os gestores do SUS estão demonstrando ao novo modelo de atenção em saúde mental, com a priorização de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (BRASIL, 2010a).

4.2.1 Saúde Mental – CAPS

Os Centros de Atenção Psicossociais são considerados dispositivos estratégicos dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, eles têm como objetivo a organização de uma rede de atenção em saúde mental. Os CAPS devem ser territorializados, precisam fazer parte dos espaços de convívio social freqüentados pelos usuários (família, escola, trabalho, igreja, etc.) (MINISTERIO DA SAÚDE, 2003).

Eles são instituições que tem o objetivo de acolher e prestar assistência a pacientes com transtornos mentais graves. O serviço busca estimular e apoiar seus usuários a procura por autonomia e integração social e familiar (BRASIL, 2004b). “A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade” (MINISTERIO DA SAÚDE, 2003 p.2). Os CAPS não são serviços complementares a hospitais psiquiátricos, eles são serviços substitutivos.

Existem diversos tipos de CAPS que se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento e clientela atendida. Eles são estruturados conforme o

perfil populacional dos municípios. São eles: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS ad.

CAPS I, CAPS II e CAPS III, atendem ao mesmo perfil de clientela, porém, diferenciando-se pela estrutura, atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS I são os menores, tem equipe mínima de 9 profissionais com nível médio e superior, e atendem também portadores de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Os CAPSII são de médio porte e tem equipe mínima de 12 profissionais. Os CAPS III são os de maior porte e oferecem os serviços de maior complexidade, uma vez que diferentemente dos outros, ficam abertos cinco dias por semana, o CAPS III funciona 24 horas em todos os dias da semana e em feriados em razão dos leitos para internação breve. O CAPS III deve contar com uma equipe mínima de 16 profissionais, além de equipe noturna e de final de semana (BRASIL, 2005).

Além destes, temos os CAPSi e os CAPSad. Os CAPSi são especializados em atendimento infanto-juvenil. Enquanto os CAPSad realizam o atendimento especializado à pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. O CAPSad pode ser implantado em municípios menores do que aqueles previstos para sua demanda, desde que eles estejam em cenários epidemiológicos importantes (BRASIL, 2005).

O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades [...], no entanto, deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde. De fato, é o gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município. (BRASIL, 2005, p.26).

Os CAPS têm como principal função estimular a autonomia de seus usuários bem como, promover condições de reinserção ou inserção social dos mesmos. Sua proposta de intervenção em saúde propõe que o usuário saia da condição passiva e possa ser corresponsável pelo seu processo de saúde-doença, por meio do reconhecimento dos obstáculos relacionados as determinantes envolvidas no seu processo de saúde para o encontro de condições próprias de restaurar e preservar a saúde respeitando sua subjetividade.

4.2.2 Saúde Mental – Atenção Básica

Seguindo os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil, de integralidade, qualidade, equidade e participação social, a estratégia prioritária adotada pelo governo para organizar a atenção básica é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). As Equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, que possibilita o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os seus usuários e a comunidade.

Segundo a cartilha SUS (2006), a Saúde da Família é entendida como estratégia de reorientação, do modelo assistencial, operacionalizada com a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis por acompanhar um número de famílias de uma área delimitada aonde, atuam com ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, ou seja, na manutenção da saúde da comunidade.

O Programa Saúde da Família [...] se opõe ao modelo assistencial, centrado na doença e no consumo de medicamentos. Seus objetivos trazem implicitamente a noção de homem como um ser de múltiplas necessidades [...] permitindo uma atenção a saúde mais completa, o que se configura na ação preventiva, e não simplesmente assistencialista (CARDOSO, 2002, p.3).

As equipes de Saúde da Família são o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e a população, inclusive recorrem ao saber popular do Agente Comunitário de Saúde que já a compõe. Estas equipes são compostas, no mínimo, por um médico generalista de família, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada conta ainda com: um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2011).

Como a Atenção Básica busca realizar atenção integral a saúde, neste nível a Saúde Mental está integrada a ela. No entanto, os serviços de saúde ainda estão se desprendendo de uma concepção de saúde arraigada nos preceitos biomédicos e praticar ações de saúde mental, na atenção básica se tornou um desafio para todos os profissionais envolvidos.

O Ministério da Saúde propôs algumas diretrizes básicas para inclusão das ações da saúde mental na Atenção Básica. O *Apoio Matricial* seria a principal estratégia, além de proporcionar um suporte técnico, em áreas específicas, para as equipes de atenção básica. O objetivo é que as equipes de saúde local compartilhem casos/situações com o apoio, favorecendo a corresponsabilização, e rompendo com a lógica do encaminhamento que tinha como consequência, em geral a desresponsabilização (BRASIL, 2004; BRASIL, 2003; SOUZA; RIVERA, 2010).

O apoio Matricial busca melhorar a resolutividade local das situações e pode incorporar ações de supervisão, atendimento em conjunto e específico. Além disso, a *formação Permanente das Equipes de Atenção Básica* sugere-se que possa ser realizada também pela equipe de Apoio Matricial na discussão de textos, casos e situações (BRASIL, 2004; BRASIL, 2003; SOUZA; RIVERA, 2010).

Os NASFs surgem como estratégia de apoio, ampliação e aperfeiçoamento da atenção e da gestão da Atenção Básica a Saúde. Uma das principais formas de implementar este suporte é por meio do apoio matricial, sendo assim o NASF se torna um dispositivo estratégico de implementação de apoio para as equipes de SF (BRASIL, 2009).

Além do apoio Matricial tivemos a *Inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informação da Atenção Básica* (SIAB), já que este sistema é fundamental para avaliação e planejamento das ações e serviços e é privilegiado pelo MS na adoção das ações de SM na saúde. Esta inclusão permitirá perceber se a atenção básica tem incluído nas suas ações o acompanhamento de pessoas com grave sofrimento psíquico e egressos de hospitais psiquiátricos entre outras ações (BRASIL, 2004; BRASIL, 2003; SOUZA; RIVERA, 2010).

Existe ainda dificuldade em perceber as ações de saúde mental que podem ser realizadas no nível de atenção básica. Pela construção histórica do entendimento de saúde mental, mesmo com as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica deslocou-se o atendimento de SM do Hospital Psiquiátrico para o atendimento em CAPS. Surgiram reflexões sobre o acolhimento destas demandas na AB, no entanto elas acabam sendo direcionadas ao atendimento restrito do psicólogo ou do psiquiatra. É necessária a inserção cada vez mais presente de ações que possam ser realizadas pela atenção básica, por equipes multiprofissionais, neste nível podem não ser atendidas demandas de pacientes com

transtornos graves e persistentes, que são o público dos CAPS, mas, os pacientes com transtornos moderados e sofrimentos leves ou pontuais, podem e devem ser acolhidos neste nível de atenção. Entre os quais além de serem acolhidos, podem ser também assistidos em muitos casos sem a intervenção de um psicólogo ou psiquiatra em um primeiro momento, pela equipe local que poderá posteriormente unir forças com psicólogos e psiquiatras na elaboração de cuidados, condutas e continuidade do cuidado, inclusive de forma interdisciplinar (ex: elaborando projeto terapêutico singular e etc.).

4.3 NECESSIDADES E POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO EM REDE DA SAÚDE MENTAL ENTRE O CAPS E A ATENÇÃO BÁSICA

Após o estabelecimento de novas formas de fazer e compreender saúde, difundidos pelos movimentos de reforma sanitária, reforma psiquiátrica e direcionamentos propostos pela Lei 8080, que desperta para a necessidade de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, houveram muitos avanços referentes a saúde mental. A qual passou a contar com fortes dispositivos e/ou serviços, fundamentais para a relação entre os CAPS e a Atenção Básica como, a ESF, o NASF e Apoio Matricial, entre outros, para o acompanhamento efetivo e contextualizado aos portadores de transtornos mentais.

Entretanto, Böing (2007) alerta para a constatação da dicotomia nas políticas públicas, entre “saúde” e “saúde mental”, a necessidade da ampliação do diálogo/interação entre Atenção Básica e os CAPSs, e ainda, sobre os efeitos negativos desta desarticulação. Adverte para discussão de que a Política Nacional de Atenção Básica dentre outros documentos estabelece a atenção básica, através das equipes de saúde da família, como referência e organizadora de todo o sistema, ao passo que documentos da legislação de saúde mental atribuem os CAPS como referências da rede diversificada de serviços em saúde mental. Porém, com o CAPS como porta de entrada e organizador dos serviços de saúde mental, cria-se um fluxo paralelo na rede de atenção, centralizador da demanda de saúde mental e afasta-se a atenção básica das ações de saúde mental.

Fator que pode ter contribuído para a compreensão equivocada de que os portadores de transtorno deveriam concentrar-se nos CAPS e para uma acanhada

participação da Atenção Básica nas ações voltadas a saúde mental em sua abrangência diante da forte vinculação dos CAPS aos cuidados desta população.

“A relação entre os profissionais da Saúde Mental e da Atenção Básica deve ser pautada pelo cuidado compartilhado junto ao portador de transtorno mental, que será definido de acordo com o grau de complexidade do caso, não pelo simples gesto de encaminhar os usuários para os serviços de Saúde Mental [...].O usuário não pertence a este ou aquele serviço da Rede de Saúde Mental Municipal. A definição do local e dos profissionais de saúde que irão conduzir o caso vai depender da situação específica de cada caso em questão, respeitando os parâmetros de acessibilidade, equidade e resolutividade. Assim, todos se tornam responsáveis” (BRASIL, 2003).

A desarticulação entre o campo de saber e as práticas da saúde mental gera o aumento de demanda reprimida. De modo que conseqüentemente, a atenção básica deve ser efetivamente a porta de entrada/referência e a organizadora da rede de atenção, abrangendo ações de saúde mental nas suas ações cotidianas e organizar o acesso aos demais níveis, articulando-se com os serviços de nível secundário e terciário de atenção, mantendo-se assim co-responsável pelo cuidado (BÖING, 2007).

E neste contexto, é válido ressaltar que as ações de saúde mental devem ser feitas dentro de uma rede de cuidados em que estão incluídos: a *atenção básica*, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros serviços substitutivos aos modelos hospitocêntricos. Ao passo que as estratégias/suporte a estas demandas não devem ficar reduzidas ou centralizadas nos CAPSs (BRASIL, 2003).

Um forte dispositivo de afinação do diálogo entre a Atenção Básica e os CAPS como elementos integrados dentro da saúde mental, foi à criação do apoio matricial, na expectativa de então alcançar interações/ações firmadas na horizontalidade, buscando a ruptura com as intervenções de caráter vertical (hierárquica) portadoras de diferenças de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, que acaba por transferir responsabilidade ao encaminhar e gerando desresponsabilização.

O matriciamento propõe suporte técnico especializado por equipe interdisciplinar em saúde, no intuito de ampliar seu campo de atuação e qualificar ações. Visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de

regulação, atuando em conjunto com as equipes de referência, formando arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando aumentar as possibilidades da realização da clínica ampliada e a integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CHIAVERINI, 2011).

As equipes de matriciamento surgem como alternativa para o alargamento das formas de atuação que contemplem condutas/ações de integração na perspectiva de potencializar a interação e instrumentalização de serviços e equipes de saúde.

4.4 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO SUS

Tratar a doença, antes de tratar o ser doente, vem de uma visão mecanicista de homem e mundo, onde existe uma firme dicotomia entre, mente e corpo, ciência e sabedoria popular.

O filósofo René Descartes quando escreveu o 'Discurso do Método' mudou o modo como se poderia explicar e/ou entender o mundo e o homem, pois ele revoluciona a estruturação de pensamento propondo usar a lógica para explicar as questões filosóficas. Para tanto, ele propõe que todas as coisas podem ser separadas em partes, para que se possa compreender a parte ao invés do todo, e que o todo não seria nada além do que a soma das partes.

Descartes também faz uma distinção importante, entre o corpo e a alma, e estabelece entre estas duas instâncias uma nítida linha divisória, onde o corpo seria responsabilidade da ciência e a alma da religião e seriam completamente independentes uma da outra. Na alma estaria a razão, os pensamentos, sentimentos e emoções, ou seja, tudo aquilo que não é palpável ou mensurável, enquanto no corpo estariam todos os fenômenos biológicos do ser humano e, ao contrário da alma, tudo aquilo que pode ser visto e mensurado.

Esta ideologia cartesiana serviu como uma base para o desenvolvimento da medicina, que por muito tempo separou o homem em partes para poder estudá-lo e curá-lo, já que através desta percepção o todo não se diferencia da soma das partes. O grande problema é que esta concepção despreza o entendimento de que o ser humano é muito mais que a soma de suas partes. Nestas separações todas, o homem deixa de se constituir como um ser integral passando a ser como partes de

um grande quebra cabeça. Enquanto que o homem não é somente a soma destas partes mas, resultado de sua inter-relação entre todas elas (RIOS, 2007).

Somando-se a isso, neste “quebra cabeça” não havia lugar para as coisas que não poderiam ser palpáveis, como a influência das emoções no físico. As doenças psíquicas foram entendidas somente como má formação no cérebro humano, ignorando completamente a história de vida e o contexto ao qual a determinada pessoa pertencesse.

Esta concepção ideológica do homem, não faz parte somente da medicina ou de outras ciências, há muito tempo faz parte também do contexto cultural da maioria da população, que se percebe desta forma “esquizofrênica”, separada em si e do meio em que vive.

Entretanto as mudanças desta visão vêm acontecendo. A estruturação do SUS baseia-se na idéia do ser humano como um ser unificado, onde o físico está intrinsecamente ligado ao psíquico. O que deu início a este processo de reformulação dos conceitos de saúde que resultou na busca pela ruptura da dicotomia entre biológico e psicológico.

O SUS foi fundamental, abriu espaço para a explicação de cunho psicológico, por meio da ressignificação da explicação da causalidade das doenças ao considerar as dimensões biopsicossociais.

A apreensão do homem como um organismo unificado, onde mente e corpo, comportamento e emoção são entendidos como aspectos absolutamente interligados do ser humano, vem sendo bastante difundida entre os profissionais da área da saúde (CARDOSO, 2002, p.3).

Apesar desta visão de ser humano estar mudando, as práticas ainda estão muito arraigadas, tanto nas equipes de saúde, quanto nos usuários a uma saúde fragmentada e baseada em ações cristalizadas e focadas na assistência centrada na doença, voltada apenas para o diagnóstico e a terapêutica e tecnicismo, uma vez que estas relações impessoais precisam ser superadas/combatidas (BACKES et al, 2009). Além destes fatores, a Psicologia da Saúde é oriunda da área clínica e naturalmente passa por uma série de adaptações que se configuram por uma verdadeira reconstrução da atividade e da identidade do psicólogo e da Psicologia (AGUIAR; RONZANI, 2007).

Apesar de a psicologia estar intimamente relacionada ao conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) que engloba o bem-estar físico, mental e social, que a fortaleceu com a implantação do SUS, o psicólogo, assim como outros profissionais da saúde, ainda está tateando/buscando definir no cenário da saúde pública; seu campo de atuação, formas de incorporação do fator biológico e social ao psicológico, bem como, o abandono dos enfoques centrados em um indivíduo a-histórico ligado a psicologia “clínica tradicional” (AGUIAR; RONZANI, 2007)

O psicólogo incita reflexões e busca a tomada de responsabilidade tanto por aqueles que fazem parte da equipe, como também as pessoas que fazem parte da própria comunidade. Tomando o cuidado de que estas reflexões não se restrinjam ao pensamento, procurando sempre que se tomem atitudes objetivas. Segundo Camargo, Borges e Cardoso (2005), a psicologia está cada vez mais presente na saúde reforçando o entendimento do processo saúde-doença-cuidado:

A Psicologia Social da Saúde traz conceitos potentes e propostas de ação que muito se aproximam dos pressupostos de trabalho da ESF. Vemos que os dois discursos se organizam em torno de eixos que apostam na construção do fazer conjunto, coletivo e valorizam a localidade e as interações dela decorrentes. (CAMARGO, BORGES e CARDOSO, 2005, p. 29)

Outro potencializador de mudança do trabalho do psicólogo foi a reforma psiquiátrica. Segundo França (2006), a reforma psiquiátrica prioriza a desconstrução do paradigma da psiquiatria manicomial através da humanização dos serviços e desinstitucionalização dos usuários. Estas práticas acabam por implicar maior responsabilidade e participação da família e mesmo da sociedade no tratamento de portadores de transtornos mentais e também ajudam a evitar o abandono dos mesmos.

O trabalho do psicólogo é de prevenção, promoção e recuperação da saúde mental da população atendida. Ele tem potencial de criar condições para que esta população - tanto aquela que utiliza-se da prevenção e promoção, quanto àquela que utiliza-se da reabilitação - possam sair de uma condição passiva para a de atores do próprio processo de saúde/doença. E em consequência, favorecer a construção de cidadania.

Da mesma forma quando o psicólogo utiliza-se de abordagens humanistas que visam instigar a autonomia e um olhar integral de seus clientes, os profissionais de psicologia devem buscar na saúde pública contemplar seus usuários de maneira integral, reconhecendo não apenas seus elementos internos, mas, também os dispositivos externos que os circunda, inclusive oferecidos na sua comunidade, partindo de condutas intersetoriais e multiprofissionais, na busca por contextualizar estes indivíduos o máximo possível. Sendo válido ressaltar que ao atentar-se para a realidade local dos usuários dos serviços de saúde mental, torna-se possível ao psicólogo, propor não apenas ações individuais, mas, também de prevenção e promoção de saúde a população envolvida como propõe o SUS.

Tornando-se possível desta maneira, proporcionar ao sujeito mais espaços para o reconhecimento de suas potencialidades internas e externas, viabilizando a “ressignificação” de vivências e conseqüentemente a ampliação da sua condição de enfrentamento e conhecimento sobre os elementos envolvidos no seu processo saúde-doença-cuidado, estabelecendo oportunidades de co-responsabilidade e autonomia.

4.5 A RELAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA COM A FORMAÇÃO ACADÊMICA

Diante da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária que deu origem ao SUS, tivemos uma mudança de paradigma na forma como é visto o processo saúde doença, o que teve um peso expressivo na mudança de compreensão do trabalho do psicólogo. Ou seja, a ressignificação da explicação da causalidade de doenças pelo SUS foi fundamental, abriu espaço para a explicação de cunho psicológico.

A psicologia teve então, com o passar dos anos a necessidade de adaptar suas práticas as novas visões de ser humano e de sociedade, tendo que construir novas possibilidades de ação e intervenção neste meio.

Em decorrência destas demandas sociais por uma atuação mais abrangente do psicólogo a formação deste profissional também precisou de adaptações. Tendo a Saúde Pública como área que emprega muitos profissionais de psicologia, é necessária a preparação para esta atuação, principalmente quanto esta

inserção em CAPS, Unidades Básicas e NASF, já que estes contextos exigem uma atuação diferente da clínica tradicional.

O novo olhar sobre a saúde traz consigo a valorização da inclusão do psicólogo como profissional de Saúde Pública. No entanto, apesar da ampla inserção deste profissional ainda existem grandes dificuldades de atuação, como falta de conhecimento sobre o SUS e uso limitado de técnicas, que surge por consequência da formação insuficiente já que não prepara o profissional para este campo de trabalho (PAULIN; LUZIO, 2009).

Cotidianamente se discute em artigos as dificuldades da psicologia em se adaptar as novas práticas voltadas à saúde pública no que tange a sua ação. E esta dificuldade encontrada pelos psicólogos para a realização da psicologia nas UBS no país esta intimamente relacionada à inadequação da sua formação acadêmica. A formação acadêmica tem sido um dos maiores impasses para a cristalização e dificuldades de expansão da prática de saúde dentro dos princípios do SUS. A prática em instituições requer uma expansão do referencial teórico utilizado que possibilite melhor localizar o psicólogo. Assim como uma formação crítica e inovadora na área de psicologia e saúde, proporcionando experiências junto aos serviços de APS (AGUIAR; RONZANI, 2007).

A formação de recursos humanos compatíveis com a reestruturação dos serviços de saúde ocupa lugar de destaque nos debates acerca de mudanças nas políticas públicas. A ponto de as propostas de reformulação dos sistemas andarem acompanhadas de discussões sistemáticas a respeito de mudanças nas diretrizes de ensino de graduação, pós-graduação e educação permanente no processo de trabalho (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011). Inclusive a construção do SUS foi influenciada por segmentos importantes de educação superior que participaram e continuam participando do SUS, oferecendo proposições e formulações de organização da saúde pública do País (BRASIL, 2004c).

Apesar deste movimento conjunto entre sistemas de organização de saúde e de ensino superior, e das inúmeras propostas de inovação introduzidas nos cursos de graduação em saúde, há a predominância de uma formação alheia aos conceitos e princípios que preparam para efetivação de atenção integral e humanizada a população. As graduações permanecem associadas a modelos conservadores centrados na fisiopatologia ou na anatomo-clínica, impermeáveis ao

controle social (conselhos de saúde). Ou seja, se ocupando pouco com os interesses provindos dos usuários, sem ter como foco a geração de autonomia e da capacidade de intervenção sobre a própria vida (BRASIL, 2004c).

As reformulações dos cursos na área da saúde ficam restritas a modelos conservadores, pois não dependem somente de mudanças na estrutura curricular dos mesmos. As modificações estão ligadas as bases epistemológicas dos cursos e dos professores. O entendimento do processo saúde-doença, os conceitos de promoção, prevenção, atendimento humanizado, autonomia do usuário, entre outros foram construídos e reconstruídos recentemente e apesar de estarem bastante difundidos, para serem colocados em prática dependem de disposição e preparo dos profissionais formadores. Este preparo é fruto não só de formação acadêmica, mas principalmente de mudanças da visão de ser humano e de sociedade, já que estes profissionais se formaram em currículos antigos e em alguns pontos já ultrapassados.

Devido à defasagem entre a formação individualista e fragmentada dos profissionais de saúde em relação às necessidades de atuação, começaram a surgir estratégias de educação permanente para formar profissionais com uma visão mais ampla, indo além da característica biomédica que predominou no sistema de saúde até o momento. Um exemplo destas estratégias é o Programa de Residência Multiprofissional que tem como base norteadora de suas ações as políticas e as diretrizes do SUS, visa o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, buscando um atendimento integral dos usuários.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo consistiu em uma pesquisa do tipo exploratório-descritivo, de abordagem (quantitativa-descritiva/ qualitativa)

O método quantitativo utiliza-se da linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno fazendo relações entre variáveis, incidências, prevalências, bem como de outros elementos. Ou seja, tem como finalidade estabelecer relação entre o modelo teórico proposto, com os dados coletados, por meio da quantificação dos dados (TEIXEIRA, 2005).

Já a pesquisa qualitativa faz uso dos dados extraídos a partir da óptica da realidade, resultantes de um contexto particular de interações. Busca a compreensão do fenômeno com base nos atores envolvidos e a interações destes com seus processos sociais (RAUEN, 2002).

De modo que, observou-se a necessidade de recorrer a ambas as metodologias de pesquisa como forma de acessar a conteúdos com profundidade tanto nos aspectos objetivos quanto subjetivos.

Por meio da pesquisa pretende-se realizar um estudo exploratório, como forma de explorar a percepção dos psicólogos em relação a suas práticas.

Sendo que, a pesquisa exploratória, configura-se principalmente por desenvolver, elucidar e modificar teorias e práticas existentes, e ainda, oportuniza novas alternativas do conhecimento científico e inovações tecnológicas (produtos e processos). Além de permitir a descoberta, o achado, a elucidação de fenômenos ou a explicação daqueles que não eram aceitos mesmo quando evidentes (JUNG, 2004).

Em suma, os dados obtidos sob a perspectiva da pesquisa exploratória proporcionaram a formulação de modelos inovadores ou explicativos tanto práticos quanto teóricos que condizem com a proposta deste estudo.

O instrumento de pesquisa utilizado foi questionário com questões fechadas e abertas. As questões fechadas foram realizadas na busca por delimitar alguns resultados e obter maior precisão. No entanto, surgiu a necessidade de incluir questões abertas para uma análise qualitativa do tema para ter acesso a implicações subjetivas relacionadas ao público alvo da pesquisa.

O questionário foi utilizado como forma de extrair um retrato da percepção dos psicólogos da saúde pública sobre a intervenção psicológica na atenção básica e em centros de atenção psicossocial do município de Criciúma/SC e a análise destas percepções.

5.2 POPULAÇÃO/PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa correspondem a 100% dos psicólogos pertencentes ao quadro de funcionários da secretaria de saúde, que se encaixem nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, atualmente o grupo apresenta um número de 28 psicólogos.

Critério de inclusão:

- Ser Psicólogo (a)
- Estar trabalhando atualmente na saúde pública do município de Criciúma, nos CAPS, NASF ou Regionais de Saúde;
- Trabalhadores de ambos os sexo;
- Independente da idade;
- Estar consciente, orientado e ser capaz de preencher o questionário;
- Aceitar assinar o termo de livre consentimento esclarecido.

Critérios de exclusão:

- Aqueles que não se encaixarem em qualquer um dos critérios de inclusão.

5.3 PROCESSOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. E, após a aprovação, foi realizada a apresentação do projeto para o Coordenador de Saúde Mental do Município e aos Psicólogos que fazem parte dos serviços de saúde mental no momento da reunião mensal.

Posteriormente, os psicólogos realizaram a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) e assinaram concordando com a pesquisa.

Os questionários foram entregues pela pesquisadora no momento da reunião dos psicólogos ou nos locais de trabalho específicos de cada sujeito. Os instrumentos eram auto aplicáveis, respondidos por escrito e coletados no local de trabalho dos psicólogos sete dias após a entrega.

O questionário é composto por uma primeira parte de identificação comum a todos os entrevistados (Apêndice A) e uma segunda parte voltada a área de atuação dos psicólogos. Esta segunda parte está dividida em dois questionários, um para psicólogos atuantes no CAPS (Apêndice B) e outro para psicólogos atuantes na Atenção Básica (Apêndice C).

A entrevista foi elaborada visando atender o objetivo geral e os objetivos específicos, com perguntas claras para o entrevistado sentir-se à vontade e transmitir sua experiência sem qualquer restrição.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise de dados foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo de maneira categorial. Em que o pesquisador objetiva destacar os sentidos lógicos entre os conteúdos descritos pelos participantes nos questionários dividi-los em categorias de análise com base nos objetivos específicos.

A análise de conteúdos se dá pela codificação simultânea de dados brutos e a construção de categorias que capturam características pertinentes do conteúdo do documento. Tanto na abordagem quantitativa quanto qualitativa haverá esta categorização. Porém, na abordagem quantitativa após a junção dos elementos retirados dos conteúdos em categorias, são estruturadas as distribuições de frequência e outros índices numéricos e a seguir se estabelece um pacote estatístico. Enquanto que na abordagem qualitativa objetiva-se destacar o sentido e os elos lógicos entre as categorias formuladas com base na extração das significações essenciais das mensagens (RAUEN, 2002).

Na análise de dados, as idéias, elementos e expressões foram agrupadas em torno de um conceito, de acordo com a fundamentação teórica (categoria geral).

Em suma, a pesquisa será analisada a partir do programa SPSS versão 17.0 e da categorização dos conteúdos com base nos objetivos específicos.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de monografia foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Com base nas diretrizes e normas do Conselho Nacional de Saúde sob a resolução 196/96, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. A privacidade dos participantes foi respeitada, sendo os dados obtidos utilizados somente para realização de estudos científicos. Existe a liberdade de o participante retirar o consentimento a qualquer momento e não permitir mais sua participação no estudo. Os profissionais que participaram da pesquisa não obteram ônus ou bônus sobre a mesma.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

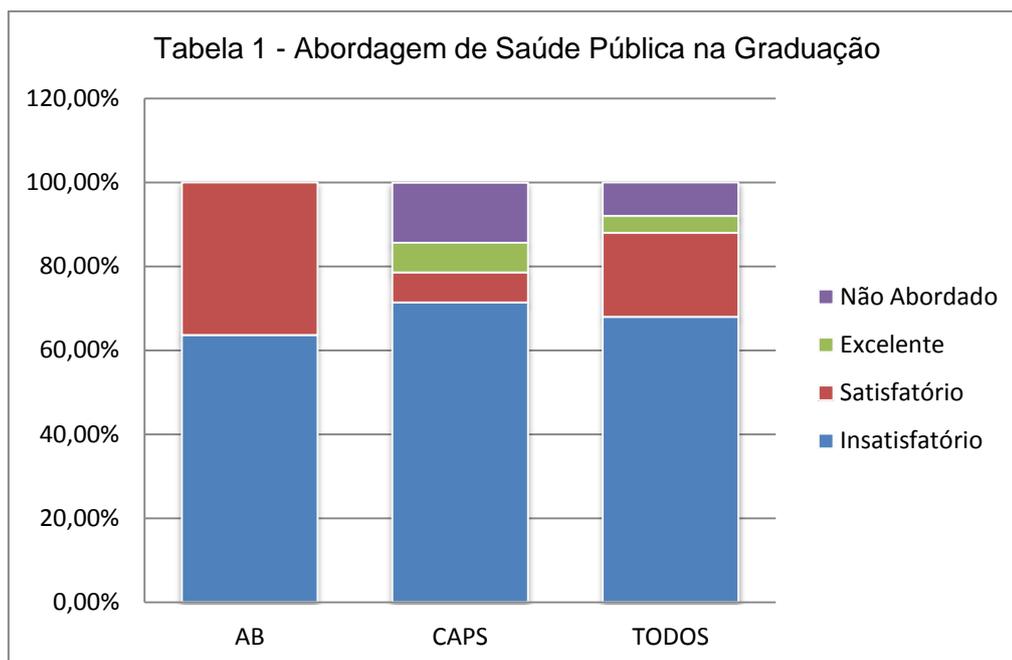
A apresentação dos resultados e a análise dos dados foram categorizadas de acordo com os objetivos específicos elencados para pesquisa. Esta etapa do trabalho busca apresentar os resultados obtidos nos questionários e realizar uma discussão com os conceitos apresentados na Fundamentação Teórica.

Categoria1: Explorar a base teórica sobre o SUS que os psicólogos possuíram em seu período de graduação e em forma de cursos de aperfeiçoamento.

Em relação ao preparo técnico e teórico dos profissionais psicólogos dos locais de inserção estudados, estes foram questionados quanto à abordagem de temas relacionados a Políticas de saúde pública durante sua graduação. Os psicólogos foram inquiridos se consideraram que estes temas foram abordados da seguinte forma: Não abordado, Insatisfatória, Satisfatória ou Excelente.

Em relação aos psicólogos da atenção básica 63,6% consideraram insatisfatória, enquanto 36,4% consideraram satisfatória. O que se refletiu de forma semelhante com os psicólogos dos CAPS, dos quais 71,4% consideraram insatisfatória, e do restante, 7,1% considerou satisfatória, 7,1% excelente e 14,3% declarou que estes temas não foram abordados durante sua graduação.

Se considerarmos todos os psicólogos como um grupo único conseguimos perceber que para 68% a abordagem a respeito de Políticas Públicas foi insatisfatória, 20% consideraram satisfatória, 4% excelente e 8% declarou que estes temas não foram abordados.



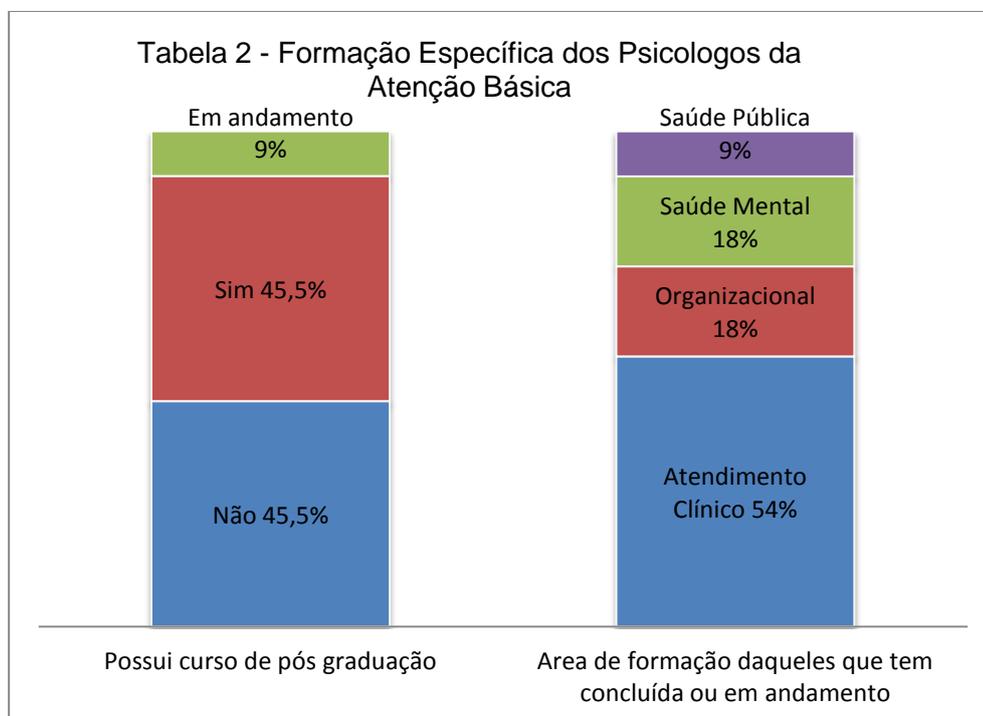
Ao interpretar estes dados algumas suposições foram aventadas uma delas é de que a leve discrepância de opiniões entre os psicólogos dos CAPS e da AB pode estar relacionada ao fato de os CAPS por estarem em serviços especializados, nos quais o contato com as políticas e legislações é aparentemente mais “frequente/necessária”, que considerem mais insatisfatório a abordagem de saúde pública, já que percebem mais claramente esta defasagem.

Bem como, pode se dar ao fato do contato direto com situações que demandam ações/conduitas em caráter de “urgência”, ou melhor, habilidade técnica “em mãos” para intervenção, com mais frequência do que na AB que em muitos momentos dispõem de casos/situações mais brandos.

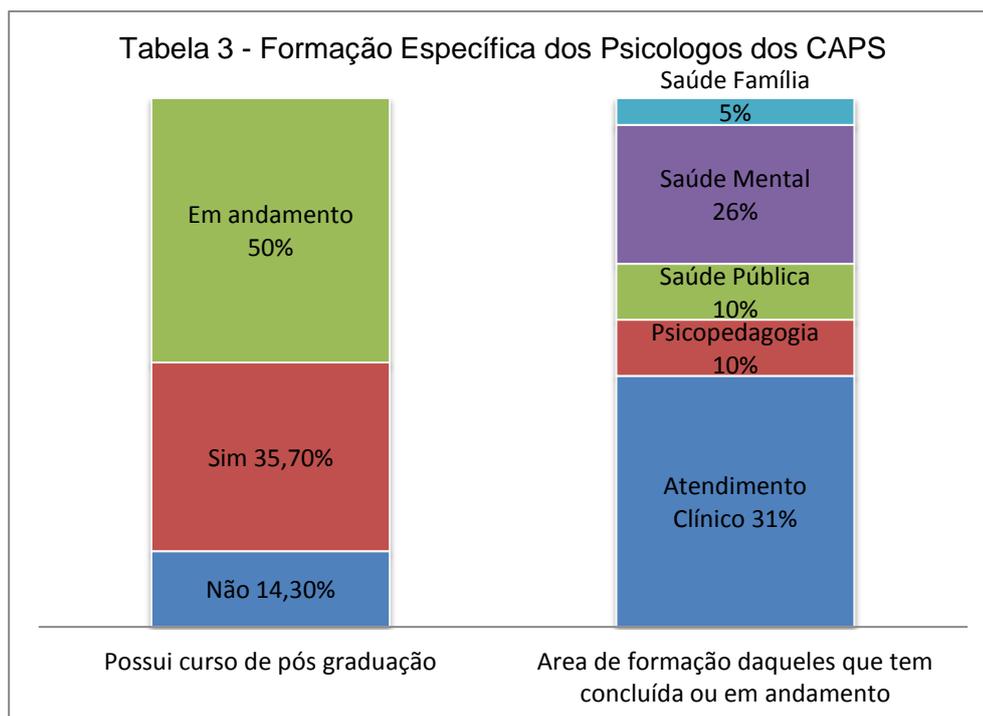
Outra hipótese levantada tem relação com a discussão que já é bastante frequente e pelos dados levantados permanece válida. A maioria expressiva dos psicólogos considerou insatisfatória e alguns poucos não tiveram estes temas abordados durante a graduação. Sem este preparo básico para inserção nas políticas públicas, o profissional já adentra em seu campo de trabalho, com defasagem teórica e técnica acerca das práticas cotidianas que estes serviços exigem. E a partir disto possivelmente se volta para postura de trabalho tradicional, centrado no atendimento clínico individual ou grupal. Tal constatação foi confirmada posteriormente neste trabalho quando solicitado aos psicólogos que relacionassem as práticas mais frequentes.

Ainda falando sobre o preparo teórico dos profissionais entrevistados, mas abordando a realização de pós-graduações, mais especificamente especializações os psicólogos entrevistados que estão inseridos na Atenção Básica à Saúde, tivemos 45,5% sem curso de pós-graduação, 45,5% com curso, e 9,1% em andamento.

Dentre estes que tem pós, ou que estão com a pós em andamento tivemos 37,5% em que a pós-graduação escolhida foi saúde pública ou saúde mental, o restante 62,5% cursam, ou cursaram, dentro das áreas clínicas ou organizacional.

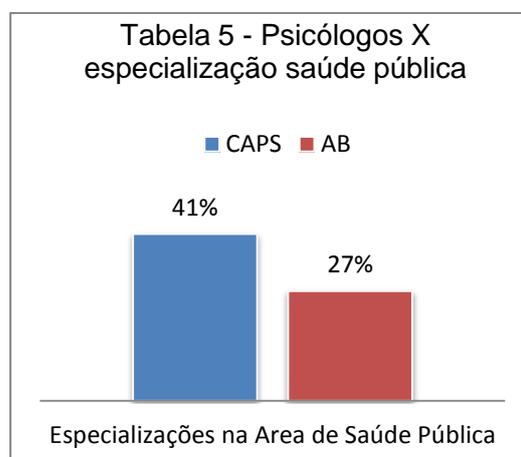
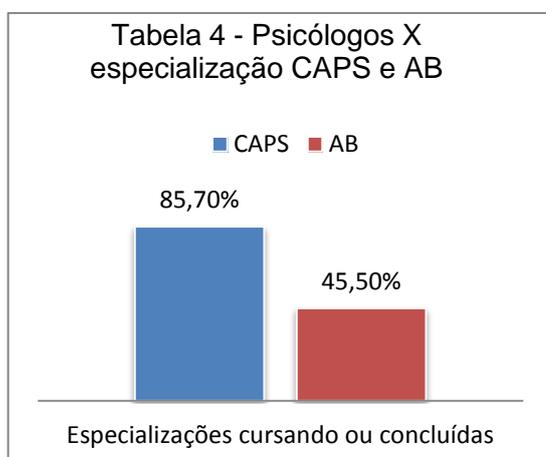


Já os psicólogos entrevistados nos CAPS, 50% esta cursando pós-graduação atualmente, 35,7% já cursou e 14,3% não tem especialização. Dos que já concluíram ou que atualmente cursam, 57,8% se inseriram em cursos da área clínica, ou na psicopedagogia, os outros 42,2% cursaram ou cursam especializações com ligação maior com a saúde pública como Saúde Mental, saúde da família e saúde pública.



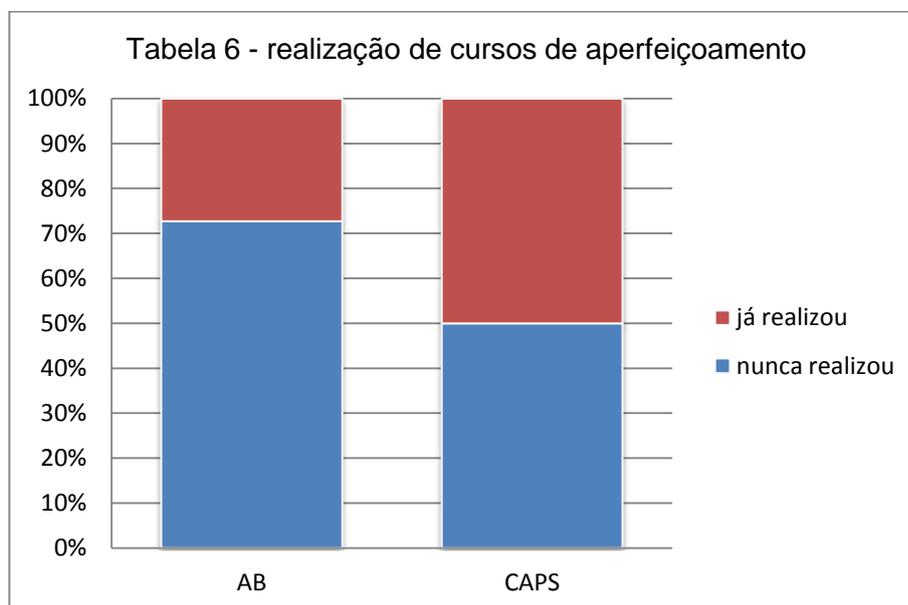
Considerando as diferenças percentuais entre os psicólogos da AB e dos CAPS, daqueles que cursam ou já cursaram especialização e os que não cursam, temos uma significativa diferença já que quase metade, 45,5% dos funcionários de AB não tem especialização enquanto que dos que estão inseridos nos CAPS a maioria expressiva dos psicólogos cursou ou cursa especialização, 85,7%.

Ainda se considerarmos a área escolhida para o aprofundamento os psicólogos trabalhadores de CAPS tiveram maior percentual de escolhas relacionadas à saúde pública apesar de a diferença percentual não ser tão expressiva:



Também em relação a cursos de aperfeiçoamento a respeito de Políticas Públicas de Saúde 72,7% dos psicólogos inseridos na AB declararam nunca ter feito

e 27,3% que já tinham realizado. Enquanto que os psicólogos dos CAPS se dividiram em 50% já tendo realizado e 50% nunca tendo feito nenhum curso a respeito de Políticas Públicas de Saúde.



É bastante presente nos números apresentados que os psicólogos da atenção básica não se especializam tanto quanto os do CAPS. É possível que os profissionais de psicologia não estejam percebendo a necessidade do conhecimento específico de SUS e de possibilidade de ação de Saúde Mental na AB, ou ainda que, a contratação destes profissionais não foi caracterizada pela valorização daqueles com preparo teórico/técnico maior, considerando a especialidade, no caso os CAPS, com maior necessidade de “especialização”. Ao considerar que os serviços e profissionais da especialidade precisam de maior “especialização”, enfraquecemos a Atenção Básica, e se o sistema como um todo encontra-se em um processo de fortalecimento da AB é necessário profissionais capacitados, já que a demanda maior e mais múltipla é deste nível.

Em pesquisa similar com psicólogos, Oliveira et al (2004) obteve dados semelhantes aos apresentados, demonstrando que a relação encontrada não é isolada do contexto geral dos psicólogos. Segundo o autor “[...] Há uma busca por estudos em pós – graduação (89%), seja na forma de especialização (46%), cursos de formação (11%) e/ou mestrado/doutorado (5%). Os estudos em clínica (52%) ainda são os mais procurados, seguidos dos de saúde (27%)” (Oliveira et al, 2004, p. 4).

A necessidade de buscar formações relacionadas à clínica se deve ao entendimento desta forma de atendimento como principal maneira de atuação destes profissionais. No entanto, na Atenção Básica a Saúde esta não deve ser a principal forma de atuação.

A formação tradicional reafirma as práticas psicológicas pautadas teórica e tecnicamente na perspectiva terapêutico-curativa, com predominância da psicologia clínica, levando a um reducionismo do entendimento do processo saúde-doença (RONZANI; RODRIGUES, 2006).

[...] “De fato, o ponto mais significativo, relacionado a questão da formação dos profissionais é a inadequação da formação acadêmica para trabalhar na Saúde Pública. Os psicólogos ainda são formados predominantemente, dentro de uma proposta de clínica tradicional, dentro de uma formação clássica, que os deixa sem ferramentas teóricas, técnicas e críticas para atuar no SUS” (PAULIN e LUZIO, 2009, p. 102).

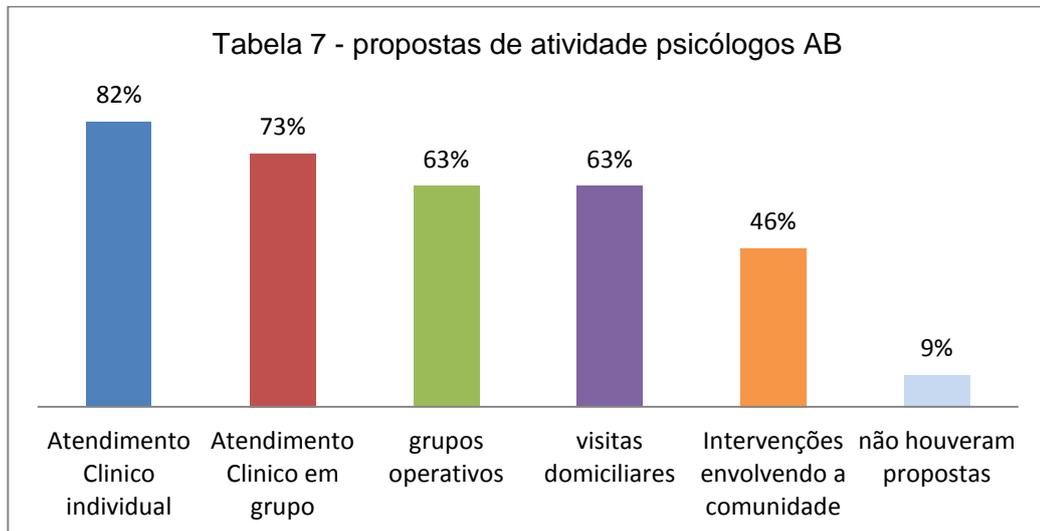
A defasagem na formação do psicólogo e a posterior inclusão deste profissional no campo de Saúde Pública mesmo sem o preparo adequado geram o não cumprimento adequado das funções. A relação das práticas aos princípios do SUS se torna distante e pode gerar ainda a insatisfação deste profissional com o sistema, já que a prática curativa somente não é eficaz e gera demanda reprimida.

Categoria 2 - Esta categoria responde aos objetivos: 2) Averiguar as ações desenvolvidas pelos psicólogos da Atenção Básica e 3) Averiguar as ações desenvolvidas pelos psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial.

Para o entendimento das ações realizadas pelos psicólogos atualmente tanto nos CAPS quanto na AB, a pesquisa elencou quais atividades foram propostas a estes profissionais no momento de sua contratação e se estas atividades propostas ainda condizem com o momento atual de demandas e ações realizadas.

Para os psicólogos atuantes na AB a maior demanda relatada foi o atendimento clínico individual com 81,8%, seguido do atendimento clínico em grupo com 72,7%, 63,3% assinalaram as visitas domiciliares e o mesmo número assinalou os grupos operativos, 45,5% relacionou a proposta de intervenções envolvendo a comunidade e 9,1% afirmou que não houve propostas de atividades no momento da contratação. Dentro desta realidade de propostas os psicólogos avaliaram se elas

ainda condiziam com a realidade de seu momento atual e 54,5% avaliou que sim, quanto 27,3% responderam que não e 18,2 não souberam avaliar.



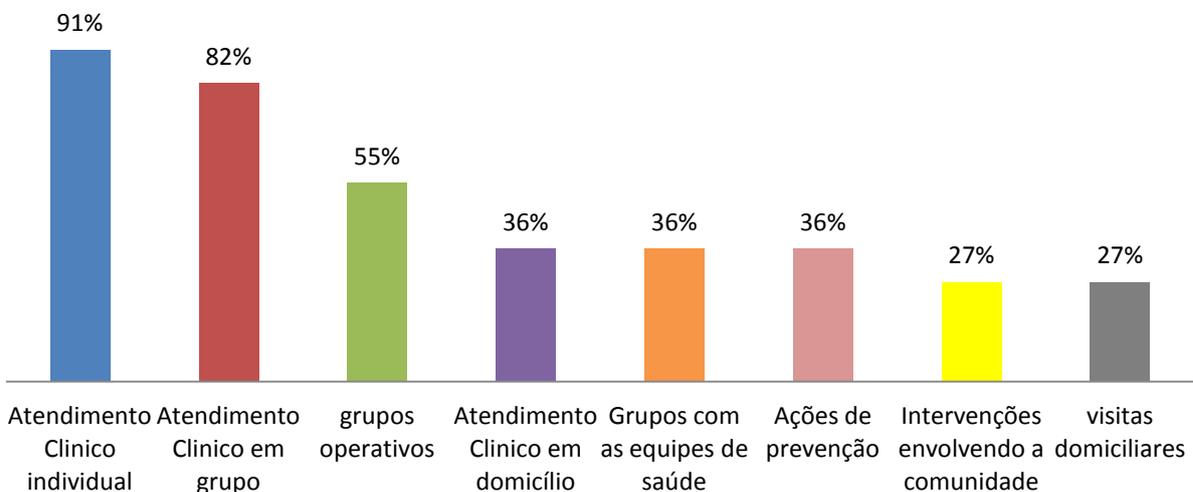
Andrade e Simom (2009) fazem a crítica de que a prática psicológica dentro da atenção primária (AB) à saúde ocorreu inicialmente, por meio da adaptação do modelo clínico de atuação tradicional e que mais de vinte anos se passaram desde a aprovação do SUS, e a psicologia ainda se posiciona de maneira acrítica, descontextualizada e a-histórica quanto às particularidades de seu campo de práticas que não recebem a devida atenção do profissional no que toca a sua reconfiguração. Mesmo diante de estudos que já alarmaram para a necessidade de modificação e revisão da formação profissional, seja a nível de graduação e aperfeiçoamento, ou na aquisição de um modelo de atuação mais coeso com a realidade e necessidades da saúde pública no Brasil

Tabela 8 - As propostas condizem com o momento atual AB

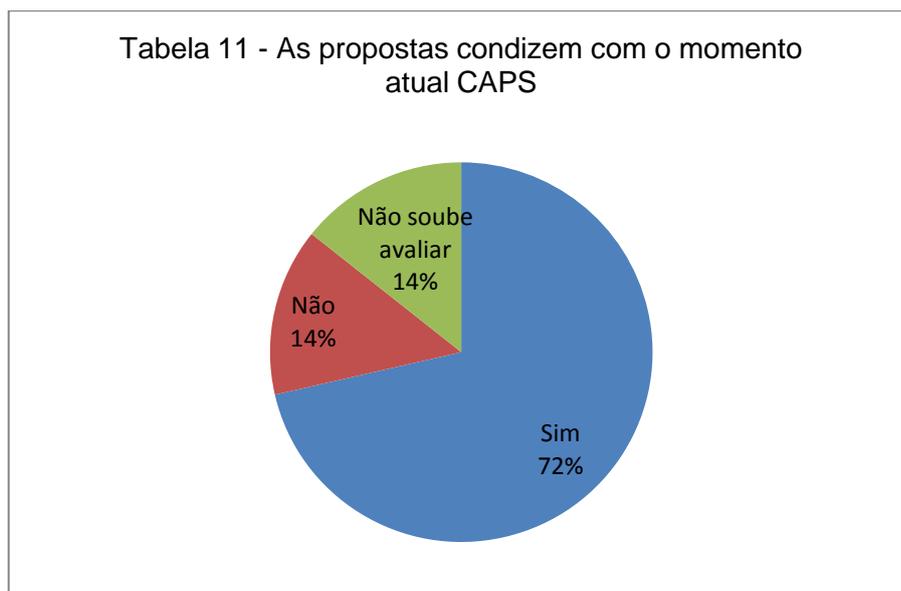
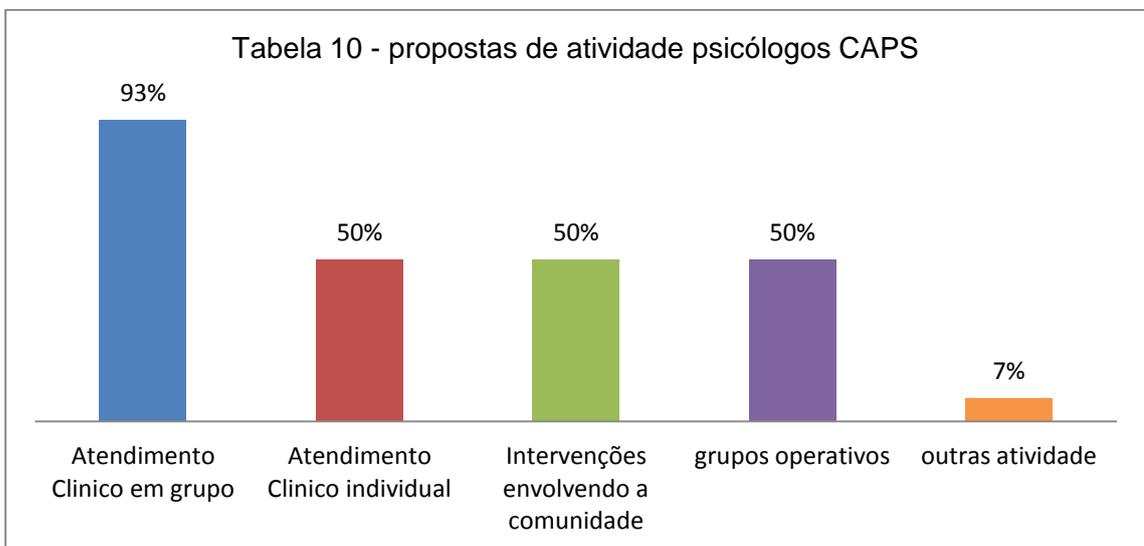


Quanto às atividades efetivamente realizadas pelos psicólogos da AB, os números mais expressivos foram relacionados ao atendimento clínico e a grupos operativos, 90,9% relatou realizar atendimentos clínicos individuais, 81,8% atendimento clínicos em grupo e 54,5% realiza grupos operativos. Em relação a outras atividades tivemos que 36,4% que realizam atendimentos clínicos em domicílio, assim como 27,3% realizam visitas domiciliares, o mesmo número realiza intervenções envolvendo a comunidade, também temos 36,4% dos psicólogos realizando grupos com as equipes de saúde e 36,4% que relataram realizar ações de prevenção.

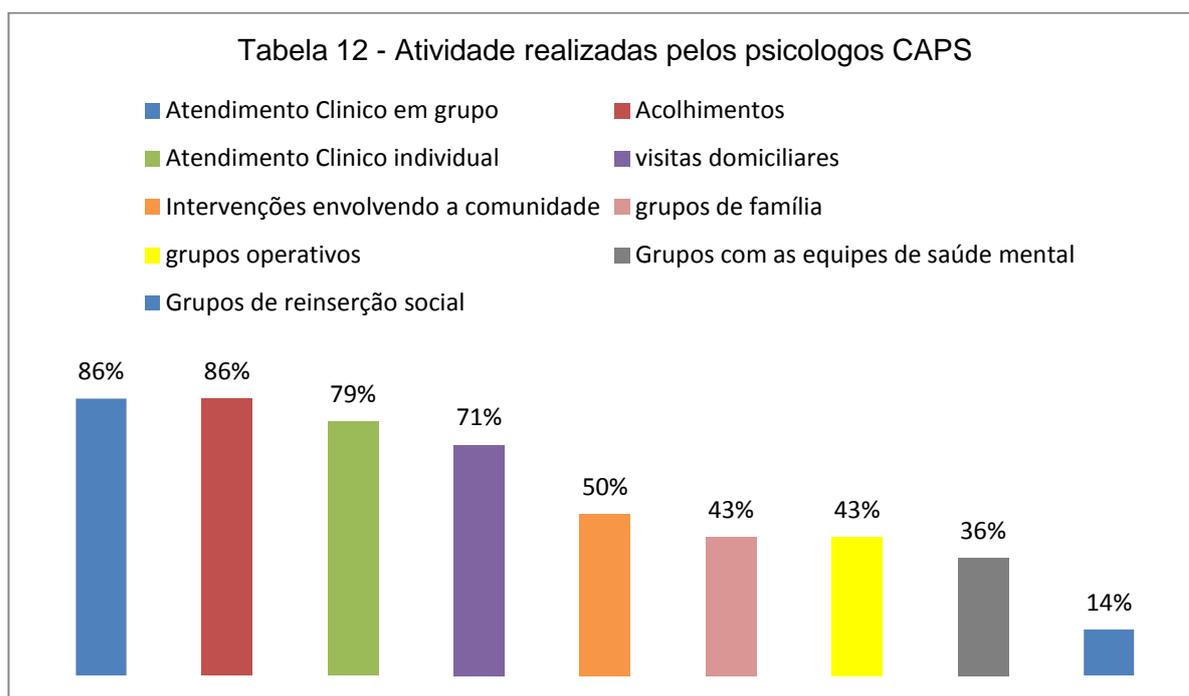
Tabela 9 - Atividade realizadas pelos psicólogos AB



Já ao que competem às ações desenvolvidas pelos psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial, os psicólogos dos CAPS citaram como proposta inicial de contratação, os atendimentos clínicos em grupo em 92,9% dos questionários, os atendimentos clínicos individuais, ações envolvendo a comunidade e grupos operativos em 50%, e outras em 7,1%. Destes profissionais, 71,4% afirmam que as propostas de ação permanecem condizendo com o momento atual, enquanto que do restante 14,3% percebe que não e outros 14,3% não souberam avaliar.



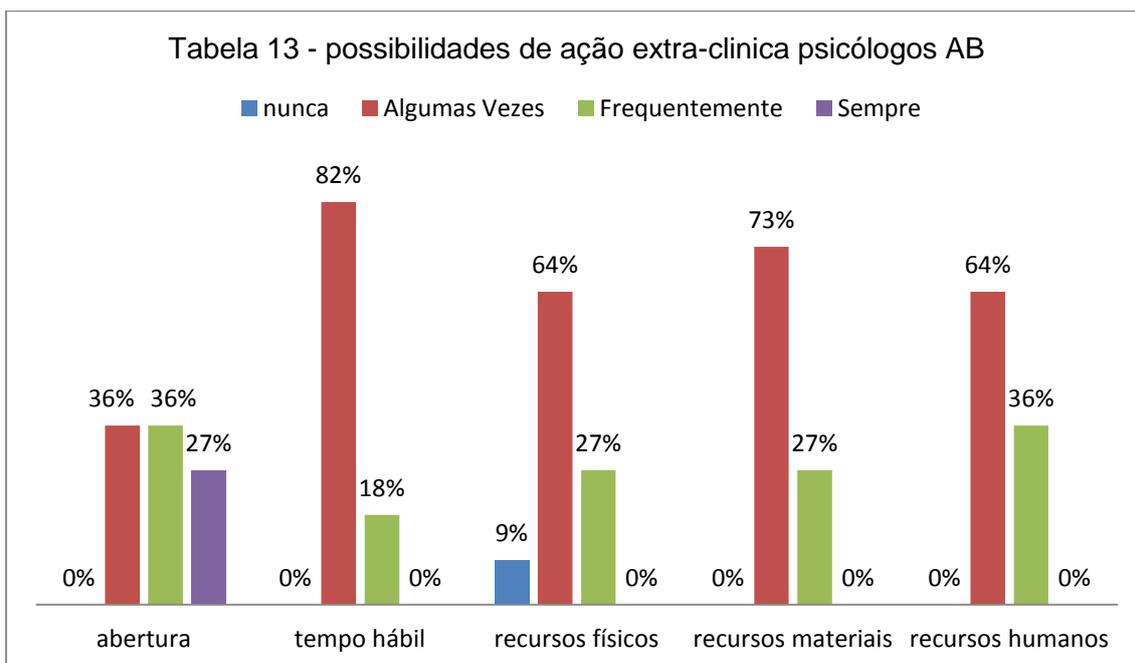
Em relação às atividades atualmente realizadas pelos psicólogos dos CAPS, as que apareceram na maior parte das respostas, foram acolhimento e atendimento clínico em grupo em 85,7% dos casos, após foi considerado o atendimento clínico individual com 78,6% das respostas, 71,4% citou visitas domiciliares, 50% intervenções envolvendo a comunidade, já os grupos de família e os grupos operativos apareceram igualmente com 42,9% das respostas, foram citados ainda grupos com a equipe de saúde mental em 35,7% e grupos de reinserção social em 14,3% das respostas.



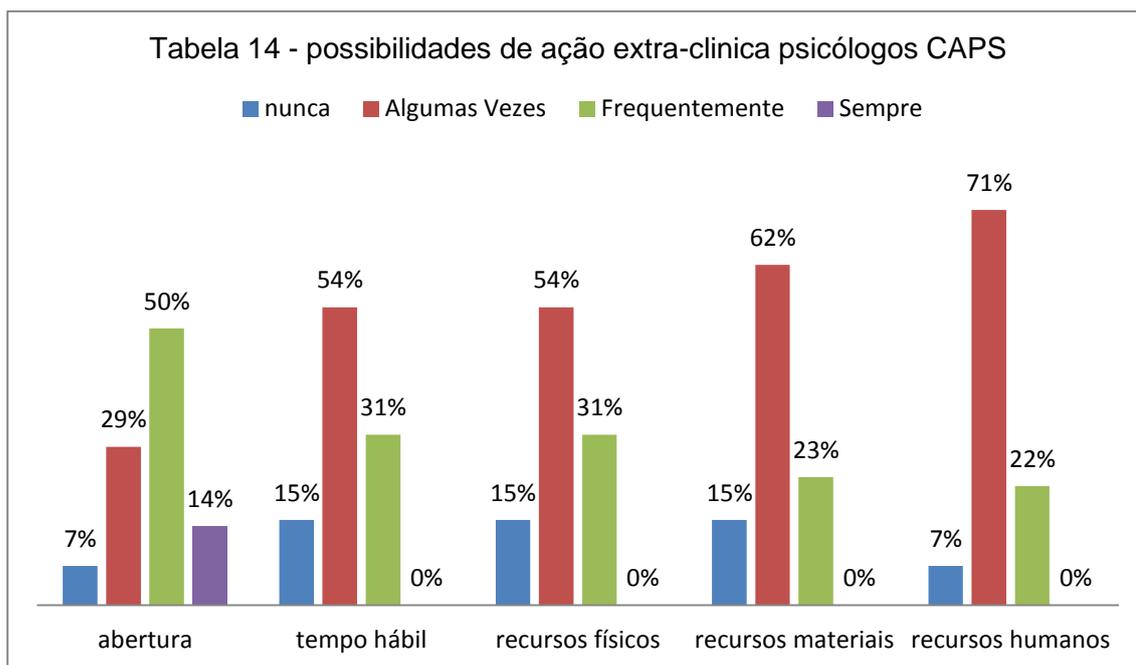
Ainda com a intenção de compreender as atividades realizadas pelos psicólogos em ambos os locais de atuação pesquisados estes foram inquiridos a respeito de haver abertura, recursos físicos, humanos e materiais, e/ou tempo hábil para executar ações extra-atendimentos clínico.

Os psicólogos atuantes na AB responderam em 36% dos questionários que algumas vezes tem abertura para tais ações, o mesmo número de profissionais considerou que frequentemente tem abertura, enquanto 27% afirmou que sempre tem. Já suas opiniões a respeito de tempo hábil para tais ações foram mais centralizadas, 82% considerou que algumas vezes tem tempo hábil, e 18% percebe que frequentemente tem. Os psicólogos em sua maioria, 64% percebem que algumas vezes tem recursos físicos suficientes, 27% percebe que frequentemente

são disponibilizados os recursos físicos necessários e 9% entende que nunca estes estão disponíveis. Quanto aos recursos materiais a maior parte dos profissionais 73% entende como algumas vezes disponíveis e 27% frequentemente. Já o último quesito perguntado, os recursos humanos para estas ações foram considerados em 64% dos questionários que surgem algumas vezes e 36% vê como frequentemente disponíveis.

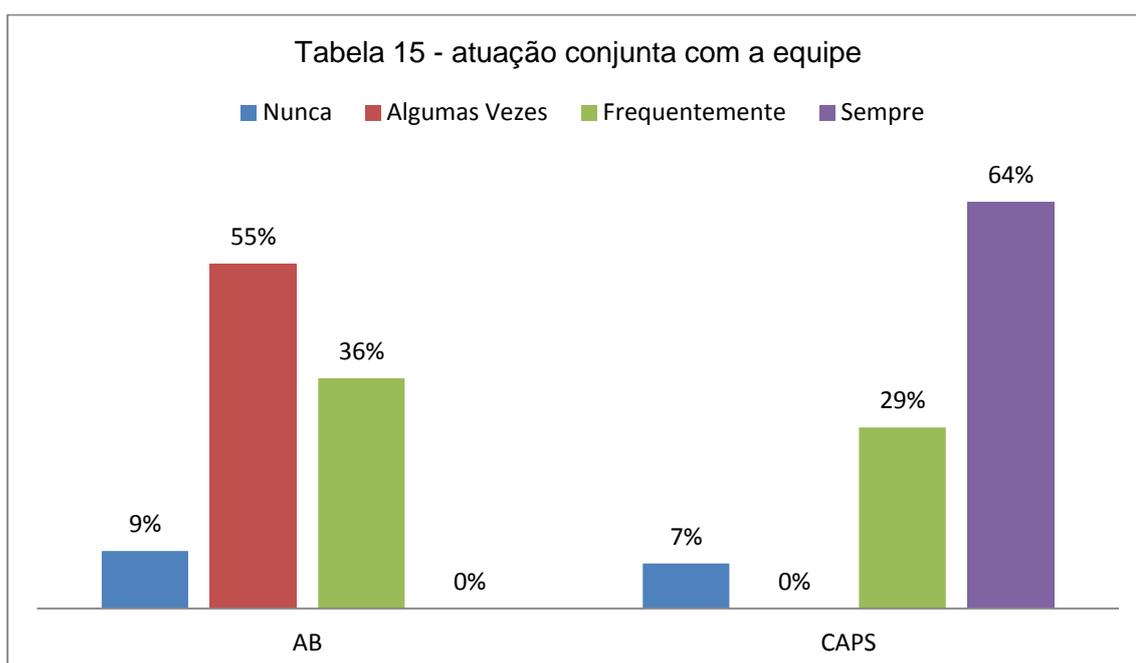


Os psicólogos dos CAPS ao responderem estas perguntas tiveram opiniões bastante diferentes dos supracitados. Em relação a abertura para ações extra-clínica 7% percebeu como nunca tendo abertura, 14% entende que sempre tem, 29% algumas vezes e a maioria, 50% observa que frequentemente tem possibilidades de realizar ações extra-clínica. Falando sobre tempo hábil este grupo de psicólogos analisou na sua maioria, 54% que algumas vezes tem, 31% entende que frequentemente há tempo e 15% percebe que nunca tem tempo hábil disponível. Os recursos físicos estão algumas vezes disponíveis para 62% dos psicólogos, 31% frequentemente tem e 15% nunca tem recursos físicos para as ações. Dos psicólogos dos CAPS 62% percebe que algumas vezes tem recursos materiais, 23% frequentemente têm e para 15% nunca é disponível. Já em relação a recursos humanos 71% considerou algumas vezes disponível, enquanto 22% percebem como frequentemente e 7% como nunca possível.



Em relação ao papel da equipe 54,5% dos psicólogos inseridos na AB relataram que no seu local de atuação as atividades são definidas e realizadas em equipe algumas vezes, 36,4% consideraram que frequentemente isto acontece, enquanto que 9,1% relataram que em seu local de trabalho isto nunca ocorre.

Já os psicólogos dos CAPS parecem viver uma realidade diferente já que responderam 64,3% das vezes que as ações são sempre definidas e realizadas em equipe, 28,6% relatou que isto ocorre frequentemente e 7,1% disse que nunca.



Categoria 3 – Esta categoria engloba a comparação entre conceitos que os psicólogos da atenção básica têm sobre seu papel, sobre o papel do psicólogo na CAPS e vice-versa. Conforme os objetivos específicos: 4. Identificar a percepção que os psicólogos da Atenção Básica têm de suas ações na saúde; 5. Identificar a percepção dos psicólogos da Atenção Básica sobre as ações de Psicologia nos Centros de Atenção Psicossocial; 6. Identificar a percepção que os psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial têm de suas ações na saúde; 7. Identificar a percepção que os psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial têm das ações de Psicologia da Atenção Básica.

Tabela nº 16 - Definição do papel do psicólogo na atenção básica	
Visão dos psicólogos da AB	Visão dos psicólogos dos CAPS
<ul style="list-style-type: none"> - Acolher os usuários do CAPS na atenção básica após a alta (inclusão na rede); - Acolhimento e encaminhamento de pacientes da atenção básica; - Ampliar a integralidade e a resolutividade da atenção básica; - Articulação de saúde pública com instituições sociais locais (clubes de mães, associações moradores etc); - Atendimento terapêutico individual e em grupo/psicoterapia breve e de apoio; - Atividades de prevenção em saúde mental; - Capacitar a ESF e promover trabalhos com a equipe da unidade e cuidados; - Educação em saúde; - Fortalecer/ estimular vínculos para o funcionamento efetivo da rede; - Orientação aos pais (sobre pacientes adultos e crianças); - Palestras em geral; - Participação nas campanhas da rede e realização e/ou apoio de grupos operativos (HIPERDIA, Gestante, tabagismo); - Programa cuidado com o cuidador; - Promoção, prevenção e atenção curativa; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ações de âmbito individual e coletivo, (acolhimento – acompanhamento/ encaminhamento, na promoção de saúde mental e cuidados dos transtornos mentais; - Ações de redução de danos; - Ações preventivas em saúde mental; - Articulador da rede de saúde mental na sua região; - Atender as pessoas com transtorno mental leve, dar suporte aos CAPS; - Atendimento individual e em grupo com crianças/adolescentes e adultos; - Condução e/ou participação nos <u>grupos da rede</u> disponíveis de tabagismo, Hipertensão, gestantes etc); - Desempenhar ações conjuntas e específicas no campo da promoção e prevenção da saúde com foco na família e na comunidade. - Filtrar quem pode ser atendido na rede e quem deve ser encaminhado ao CAPS; - Mediar o acesso e o acompanhamento das pessoas atendidas e de seus familiares; - Orientar usuários e familiares; - Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de

<ul style="list-style-type: none"> - Psicodiagnóstico; - Reunião com as equipes da unidade; - Suporte a equipe local; - Suporte à rede de atenção básica; - Uso dos recursos e dispositivos da própria comunidade visando maiores possibilidades de trabalhar de forma preventiva; - Executar atividades que envolvam saúde mental; - Potencializar o atendimento clínico, seja individual ou em grupo; - Visita domiciliar; 	<p>Substâncias Psicoativas e suas famílias com os pontos de atenção;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicodiagnóstico/ avaliação psicológica; - Realizar grupos de saúde mental junto a comunidade (não restritos a transtornos, mas, saúde, interação social) e/ ou grupos operativos na comunidade e escolas, palestras e etc; - Suporte a equipe de saúde das UBS; - Trabalhar em equipe multiprofissional ampliando o acesso ao atendimento psicológico da população; - Tratamento, reabilitação e manutenção da saúde mental; - Visita domiciliar;
--	--

A tabela nº 16 descreve em tópicos um apanhado do que surgiu nos questionários de forma aleatória, tanto da compreensão dos psicólogos da Atenção básica, quanto da percepção dos psicólogos do CAPS a respeito do papel do psicólogo da atenção básica.

Ronzani e Rodrigues (2006) no que compreende a gama de ações e forma de intervir do psicólogo destacam, a necessidade de se priorizar sempre as práticas de prevenção e promoção ante as de reabilitação; intervenções que privilegiam o desenvolvimento de competências sociais; o trabalho envolvido com a comunidade, e não o atendimento direto, realizando, inclusive, projetos com a população.

Fazendo um comparativo a partir da análise dos questionários da percepção que os psicólogos da AB e dos CAPS possuem sobre qual é o papel do psicólogo na AB, pôde-se observar que não há uma harmonia de percepção entre ambos os serviços, além do que tange o atendimento clínico individual e em grupos, visitas domiciliares e grupos operativos. Assim como, não houve entre, os psicólogos da AB e dos CAPS, entre si, a respeito das práticas a serem desenvolvidas pelo psicólogo da atenção básica. De modo, que tornou-se válido explicar na tabela nº 16 acima as distintas descrições que surgiram para conhecimento e reflexão.

Um pequena parcela dos psicólogos dos CAPS não responderam a questão por se tratar especificadamente da atuação na atenção básica, valendo a reflexão de que, talvez os profissionais tenham se omitido por desconhecer a

correlação existente entre estes dois níveis de atenção em saúde; não se sentirem capacitados para responder; ou ainda apresentar resistência em descrever seu posicionamento a respeito. Estes profissionais não omitiram sua resposta a respeito do papel dos psicólogos nos CAPS, ou seja, a falta da resposta ocorreu de fato no momento de identificar o papel na Atenção Básica.

Contudo, vale ressaltar que entre os próprios psicólogos alocados na AB não houve um consenso a respeito do que devem nortear suas práticas. Apareceram como predominantes os atendimentos clínicos individuais e em grupo, visitas domiciliares e participação dos grupos operativos que as unidades dispõem ex: HIPERDIA (grupo com hipertensos e diabéticos), gestantes e tabagismo. De modo que, os diferentes apontamentos do que é atribuição do psicólogo na atenção básica sugeriram de forma aleatória, quase que individual e na grande parte dos questionários, após já terem sido descritas as condutas supracitadas.

Diante destes dados torna-se passível de constatação que, atualmente poucos profissionais da atenção básica possuem consciência da amplitude de sua capacidade de ação e que muitos ainda se detêm a práticas tradicionais, limitando-se a uma atuação da psicologia na saúde pública pautada na clínica ou produção de cuidados curativos, com limitada interação intersetorial, multiprofissional e pouco uso dos dispositivos comunitários que se fazem necessários para a saúde mental.

Mesmo havendo profissionais conscientes e sensibilizados sobre o papel do psicólogo na atenção primária, ainda prevalecem os que não reconhecem possibilidades de ação “extra-clínica” ou além das tradicionais (atendimento clínico individual, grupo e visita domiciliar). Ao passo que, mesmo dentre aqueles que enxergam além da clínica, não há uma homogeneidade sobre o que pode ser realizado, mas apenas concordância expressiva sobre a necessidade da expansão dos cuidados à comunidade, de usufruir dos seus recursos e de adesão por trabalhos em formato intersetorial e multiprofissional.

Cabe também ponderar que alguns psicólogos da atenção básica demonstraram estenderem suas práticas a grupos operativos e/ou interdisciplinares, entretanto, limitando-se as ações da unidade em que atuam (grupos de gestantes, hipertensos, tabagismo), sem relação direta com a saúde mental, apenas como facilitadores do processo em grupo, continuando assim, a não expandir para ações que tenham como objetivo intervir diretamente na saúde mental dos usuários ou

população (ex: grupo para desinstitucionalização/ convivência para egressos de CAPS e de internação; trabalhos com população em vulnerabilidade na comunidade etc).

Ronzani e Rodrigues (2006) destacam como uma função mais apropriada para a psicologia a sua inserção na comunidade intervindo por meio do trabalho educativo e conscientizador que viabilize a população em questão a adquirir e construir por seus próprios meios alternativas de melhoria.

Outra questão que chamou a atenção na análise dos questionários foi à necessidade destes profissionais da atenção básica ampliarem a articulação da saúde mental na saúde pública, a integralidade do cuidado e a resolutividade da atenção básica, buscando fortalecer e estimular vínculos para o funcionamento efetivo e em rede, estreitando laços com a sua equipe local e com outros serviços da rede de atenção a saúde potencializadores de suas práticas (ação intersetorial/multiprofissional). Especialmente no que diz respeito aos CAPS que demonstraram significativas expectativas/necessidades frente à atenção básica na mobilização/sensibilização a cerca da saúde mental, referente a ações de promoção, prevenção, continuidade de cuidados, detecção/discussão de condutas/ações, encaminhamentos e a construção de cuidados para seus usuários, tanto de caráter territorial, quanto para o andamento dos acompanhamentos em CAPS.

E dentre esta surgiu concomitantemente a observação de que, os psicólogos dos CAPS elencaram os psicólogos da atenção básica como possíveis articuladores da rede de saúde mental na sua região, enquanto que os psicólogos da atenção básica demonstram atribuir esta ação aos profissionais dos CAPS. Contrassenso que pode implicar em furos na intervenção e elaboração de cuidados de atenção a saúde mental.

Os psicólogos dos CAPS também destacaram o atendimento clínico individual/grupal e visitas domiciliares, como base de intervenção psicológica e as diferentes atribuições de forma aleatória. Contudo, mesmo que de forma irregular, pontuaram mais a necessidade de ações extra-clínica e que tenham como foco intervenções diretas de saúde mental do que os psicólogos inseridos na atenção básica. Demonstram reconhecer de forma mais ampla a necessidade do alargamento da interação multiprofissional, intersetorial e as demandas passíveis de intervenção dentro comunidade em termos de prevenção, promoção e manutenção

dos cuidados da saúde mental, dos portadores de transtornos mentais e de apoio aos CAPS.

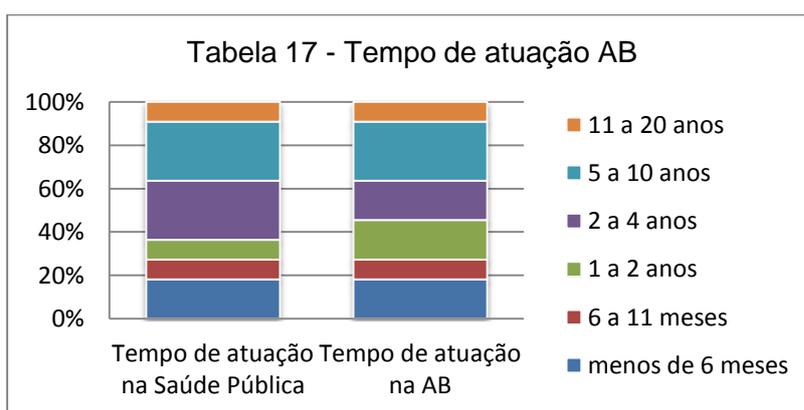
Em suma, apesar de também não terem um consenso sobre o papel da psicologia na atenção básica, sugerem com maior intensidade a possibilidade do psicólogo da atenção básica atuar como articulador da rede de saúde mental na sua região e de formas mais abrangentes do que os profissionais que de fato estão neste contexto. Talvez isto tenha relação com o fato destes possuírem mais cursos de aperfeiçoamento como descrito na tabela nº 6 terem maior contato com demandas mais específica dentro da saúde mental que viabilizam um retrato melhor das necessidades.

Outro dado relevante é o tempo que os psicólogos estão inseridos nos serviços. Em relação aos da AB tivemos 18,2% que estão trabalhando na Saúde Pública há menos de 6 meses, 9,1% estão de 6 a 11 meses e 9,1% de 1 a 2 anos.

Ou seja, temos 36,4% dos psicólogos trabalhando há menos de 2 anos com saúde pública.

Há mais tempo temos 27,3%, que estão de 2 a 4 anos assim como de 5 a 10 anos que são em mesma proporção e, os que estão á mais tempo são 9,1% que trabalham de 11 a 20 com Saúde Pública.

Já em relação ao tempo de inserção na Atenção Básica, os números mudam pouco, revelando também que além de termos psicólogos novos na Saúde Pública, eles podem estar em menor tempo nos serviços atuais.



Dois anos para inserção em saúde pública é pouco tempo, é possível que isso indique um rodízio de funcionários grande e pouca adaptação ao serviço, o escasso entendimento sobre a realidade local e dificuldade em realizar um trabalho que se identifique com as demandas do local de inserção. E até mesmo implique em

dificuldade de ver resultados do próprio trabalho com a comunidade, já que ocorrem de médio e a longo prazo.

E com base nesta discussão de reconhecimento dos psicólogos acerca do seu papel, conforme ilustrado na tabela nº18, buscou-se verificar o papel do psicólogo nos CAPS na perspectiva dos psicólogos dos de CAPS e da AB.

Tabelanº18 - Definição do papel do psicólogo no CAPS	
Visão dos psicólogos da AB	Visão dos psicólogos dos CAPS
<ul style="list-style-type: none"> - Alguns ainda desconhecem - Acolhimento; - Atendimento aos portadores de grave sofrimento psíquico; - Atendimento em equipe multidisciplinar; - Atendimento individual; - Atividade em grupo de acordo com a patologia e se <i>necessário</i> atendimento individual; - Capacitar a ESF/ matriciamento; - Desenvolvimento de trabalhos/projetos específicos à demanda visando principalmente a reinserção biopsicossocial; - Fortalecer/ estimular e articulação vínculos para o funcionamento efetivo da rede; - Grupo psicoterapêuticos; - Grupos operativos; - Potencializar a atendimento clínico, seja individual ou em grupo; - Psicodiagnóstico; - Resocializar o paciente para ser inserido em convivência na comunidade; - Uso dos recursos e dispositivos da própria comunidade visando maiores possibilidades de trabalhar de forma preventiva; - Visita domiciliar; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ações preventivas e educativas em saúde mental; - Acolhimento; - Agir como facilitador trabalhando no intuito de promover a auto-estima do usuário; - Atender pessoas com transtorno mental moderado e severo; - Atendimento as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes com necessidades decorrentes de crack, álcool, droga; - atendimentos/ acompanhamento/ orientação/suporte, aos usuários, familiares; - Avaliação psicológica; - Discussão/ estudo de casos em equipe - Elaboração de relatórios; - Grupos operativos; - Intervenções envolvendo a comunidade; - O psicólogo do CAPS tem como finalidade promover a auto-estima do usuário; - Papel de terapeuta de referência; - Participação das reuniões de equipe, - Participação do grupo de família; - Promover a desinstitucionalização; - Psicodiagnóstico; - Psicoterapia grupal; - Psicoterapia individual; - Realizar oficinas terapêuticas - Ser facilitador no entendimento da equipe técnica assim como dos usuários a respeito da percepção das

	emoções envolvidas nas fases da vida - Trabalhar em equipe multiprofissional; - <u>Visita domiciliar</u> quando necessário - Visitas domiciliares como atividade de rotina; - Visitas domiciliares; -Matriciamento junto às equipes das UBS, -Ser facilitador do entendimento do cliente quanto a sua nova condição de saúde, necessidades e como deve cooperar com o tratamento;
--	---

Uma pequena parcela de profissionais tanto do CAPS, quanto da Atenção Básica se omitiram nesta questão, alguns da atenção básica sinalizaram não saber a respeito.

No que se remete a compreensão deste papel, os psicólogos da AB e dos CAPS, demonstraram com base nos questionário, que ainda não há uma compreensão uniforme das atribuições dos psicólogos dos CAPS, em ambos os serviços. O que talvez possa ser um indicativo de que estes profissionais não estão integrados o suficiente para este reconhecimento de forma mais congruente e também orientados de forma satisfatória, a respeito do próprio campo de atuação. Visto que quando referente aos serviços de origem dos psicólogos também houve divergências entre si acerca do próprio papel nestes dois cenários. E, perante estas diferentes concepções do que confere o papel do psicólogo dos CAPS, foi exposto na tabela nº18, acima as variadas atribuições para reconhecimento.

Durante a análise ficou evidente que a maioria dos psicólogos dos CAPS apresentaram a percepção sobre este papel, restritamente com base no seu local de atuação e não de forma global, sendo que a questão estava aberta com a proposta de averiguar a concepção relativa aos CAPS como um todo. O que outra vez pode estar arrolado a hipótese de falta de interação destes ou de entendimento do que compete aos diferentes CAPS.

Todavia, também houve pontos em que os psicólogos dos CAPS e Atenção Básica apresentaram estar de acordo, no que se remete a realização de acolhimento, atendimentos em equipe multiprofissional, a realização de grupos terapêutico e operativos, atendimento individual, e de forma reduzida e aleatória sobre matriciamento em saúde mental, o uso de recursos e dispositivos da

comunidade, trabalho com famílias e o desenvolvimento de trabalhos específicos para o atendimento aos portadores de grave sofrimento psíquico.

Constatou-se que ao se referir as atribuições do psicólogo relativas aos CAPS estes elencaram primeiramente e em maior volume, as ações de base, internas aos serviços, sem quase correlacionar com as atividades intersetoriais, de promoção, prevenção, elaboração de projetos/intervenções e cuidados em rede de atenção, de reinserção, recuperação e manutenção da saúde mental, vinculados aos dispositivos da comunidade de que demandam a saúde mental na saúde pública e as possíveis atuações conjuntas entre atenção básica e CAPS.

Contudo, há um elemento positivo dentro deste contexto, que é o fato destes apresentarem indicativos de anseio por aproximação entre Atenção Básica e CAPS para ampliação de ações extra-serviços/“atendimentos clínicos”, como forma de contemplarem seus usuários de maneiras mais abrangentes e sustentarem um discurso mais uniforme sobre os papéis da saúde mental nestes cenários.

Ronzani e Rodrigues (2006) advertem para a questão de que a psicologia, como disciplina de peso nas questões de saúde, necessita de reconfiguração de suas práticas tradicionais, que comumente refletem em uma perspectiva prática isolada e desarticulada no tratar com o ser humano.

Em termos de comparação, os psicólogos da atenção básica exibiram maiores limitações em expor atividades a serem realizadas extra-serviço, enquanto que, os psicólogos dos CAPS elucidaram com mais frequência estas como importantes, apesar de atuarem com maior intensidade nas atividades internas. Mesmo demonstrando estarem mais sensibilizados às demandas de atuação em meio à comunidade.

Esta noção de importância em paralelo à falta de ações pode ou não ter ligação com as possibilidades de realização de tais propostas apresentadas nas tabelas nº13 e14.

Ao mesmo tempo em que estes apontamentos podem estar relacionados com a proposta de atuação no ato da contratação ou ausência destas (conforme exposto na tabela nº7 e nº10), com estes resultados. Bem como, com uma possível falta de construção ou adesão de protocolos para o funcionamento destes serviços/saúde mental e das atribuições destes profissionais que centralizam mais a

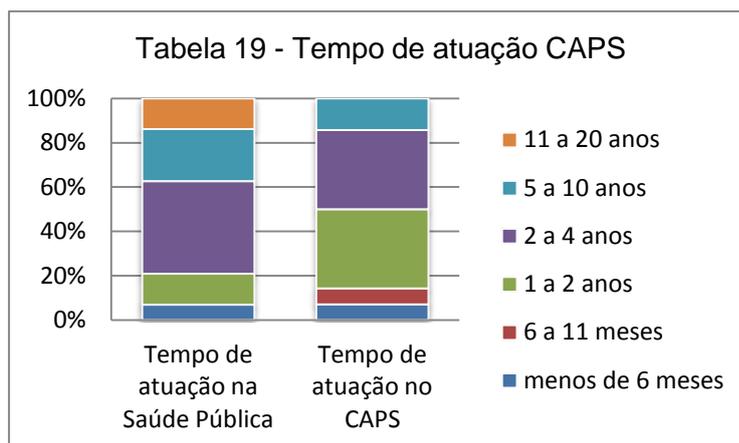
intervenção nas ações internas/básicas ou com a falta de preparo teórico e técnico como discutido nas tabelas nº1, 2, 3, 4, 5.

Apesar das divergências entre o papel do psicólogo nos CAPS entre seus próprios integrantes, nota-se que os psicólogos dos CAPS em comparação com os psicólogos da atenção básica, levantam maiores possibilidades de intervenção dentro da lógica da rede de atenção a saúde mental, enquanto que grande parte dos psicólogos da atenção básica limitaram-se mais uma vez a condutas internas dos CAPS. Talvez pela própria dificuldade de pensar em estratégias extra-atendimento clínico em seu território e por não reconhecerem as dimensões de suporte dos CAPS de fato, circunstâncias que levantam a possibilidade da necessidade de afinar a integração entre os mesmos.

Contudo, o fato de aparecerem discrepâncias entre os psicólogos dos CAPS e aqueles pertencentes à atenção básica, acerca de seus papéis, compete a reflexão sobre o risco destes serviços/condutas virem a abarcar condutas fragmentadas diante da incompreensão do que de fato estes serviços oferecem e das implicações da possibilidade destes profissionais passarem concomitantemente a transferir atribuições que são de suas responsabilidades (encaminhamentos equivocados) e desta maneira, tornar confuso para os usuários a quem e quando recorrer. Além de poder resultar na impossibilidade destes serviços alcançarem ao máximo suas capacidades de ação, resolutividade, efetividade e atuação em rede de atenção, inclusive na providência de formulação/continuidade de cuidados na saúde mental perante estas lacunas.

Um dos fatores importante a ser analisado também é que de acordo com tabela a abaixo nº19, os psicólogos dos CAPS tem um tempo médio de inserção na Saúde Pública relativamente maior estando 7,1% há menos de 6 meses e 14,3% de 1 a 2 anos, ou seja, temos 21,4% inseridos há menos de 2 anos. A grande maioria dos psicólogos dos CAPS está de 2 a 4 anos e são 42,9% do total, temos 24,1% de 5 a 10 anos, e 14,3% de 11 a 20 anos.

Já em relação ao tempo de inserção em CAPS, 7,1% dos psicólogos está há menos de 6 meses, e o mesmo número de 6 a 11 meses, 35,7% está de 1 a 2 anos e novamente o mesmo número está de 2 a 4 anos, e de 5 a 10 anos estão 14,3% dos psicólogos.



Pelos números coletados é possível perceber que os psicólogos dos CAPS em sua maioria passaram por algum outro serviço antes de iniciar sua atuação em CAPS, novamente eles têm uma condição diferenciada da AB no sentido que há mais psicólogos com maior tempo de serviço em saúde pública e também em CAPS.

E no intuito de ampliar a investigação da percepção que os psicólogos dos CAPS e da AB possuem sobre ações realizadas na AB, buscou-se averiguar dentre suas funções o entendimento sobre o perfil dos usuários dos CAPS a serem encaminhados pelo psicólogo da atenção básica.

Tabela nº20 - Perfil do usuário que deve ser encaminhado pelo psicólogo da rede ao CAPS	
Visão dos psicólogos da AB	Visão dos psicólogos dos CAPS
<ul style="list-style-type: none"> - Dependência química psicológica ou física que afete a capacidade funcional, a si e a família; - Egressos de internação psiquiátrica, em surto psicótico; - Esquizofrênicos que não aderem a terapia individual; - Extrema vulnerabilidade pessoal e risco de vida a si e a terceiros; - Geralmente casos de transtorno mental grave- severo/crônico; - Paciente em crise extrema e uso de drogas e alcoolismo - Pacientes com necessidade de acompanhamento psiquiátrico e psicológico mais frequente e/ou 	<ul style="list-style-type: none"> - Adultos e adolescentes com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; - Crianças e adolescentes em situação de risco entre 0 e 17 anos com risco social/emocional grave, transtorno de conduta grave e crianças que fazem uso de substâncias psicoativas menores de 12 anos; - Pacientes com sofrimento psíquico decorrentes de algum transtorno (severo); que trazem risco a própria vida e a sociedade; - Pacientes com transtorno mental

<p>contínuo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que passaram pela triagem da unidade e precisam de tratamento de urgência - Pacientes que satisfazem critérios de urgência (ideação, tentativa e risco de suicídio, presença de delírios e/ou alucinações); - Reações intensas a estresse grave, “neurose” severa. - Surtos psicóticos - Transtornos graves de personalidade - Transtornos mentais diagnosticados pelo psiquiatra -- Uso de drogas - Usuários que não apresentam melhora através dos dispositivos oferecidos pela rede; 	<p>grave, com inadequado suporte familiar e déficit nas relações interpessoais. Casos de urgência: ideação/tentativa de suicídio;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoas com sintomas psicóticos, ideação ou tentativa de suicídio frequentes e letais, isolamento social, humor depressivo e de ansiedade graves; - Pessoas em grave sofrimento psíquico que comprometa-os de levar sua vida (presença sintomas psicóticos, ideação suicida ou histórico de tentativa e egressos de internação psiquiátricas) - Pessoas em sofrimento psíquico diagnosticado como grave ou psicótico que podem ter ou não histórico de internação; - Usuário que o atendimento somente ambulatorial não dará o suporte necessário para a melhora do quadro. Geralmente usuários que necessitam de tratamento medicamentoso, reinserção na sociedade e tratamento junto aos familiares; - Usuários com sintomas psicóticos, ideação suicida, usuários com isolamento social. Enfim, situações em que a pessoa não esta conseguindo levar sua vida normalmente em razão do seu sofrimento psíquico; - Usuários com transtornos mentais graves ou severos – crônicos - Usuários que apresentam transtorno moderado a severo ou sintomas psicóticos, isolamento social, ou ideação suicida; - Usuários que sofrem com transtornos mentais provocados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas que por uso prolongado de substâncias psicoativas, apresentam danos físicos, psíquicos e sociais e sofrem pelo estigma vivenciado;
--	---

Conforme ilustrado na tabela nº20, foi levantado em tópicos um resumo dos entendimentos e/ou divergências que se fizeram presentes, entre os psicólogos

da atenção básica e dos CAPS e/ou entre si sobre o perfil dos usuários dos CAPS a serem encaminhados pelo psicólogo da AB.

Alguns poucos profissionais dos CAPS e da AB não responderam esta questão. Situação que mais uma vez levanta a reflexão de que, tal omissão pode ter ocorrido pela falta de entendimento do envolvimento que requer entre estes dois níveis de atenção em saúde ou ainda com resistências em descrever um posicionamento a respeito.

Os psicólogos integrados a atenção básica expuseram em maior proporção, uma parcial concordância, sobre alguns aspectos dos usuários a serem encaminhados, definindo-os como; pacientes desde adultos, a criança e adolescente, de acordo com os CAPS disponíveis que possuem: sintomas psicóticos; ideação, tentativas/risco de suicídio com transtorno mental grave - severo/crônico; e uso de drogas e/ou álcool (não necessariamente abuso/dependência destas substâncias).

Havendo variações entre, os profissionais que indicaram como dentro do perfil pesquisado, usuários em extrema vulnerabilidade; risco de vida a si e a comunidade; psicose; aqueles com quadros de extrema gravidade/ severo e crônico e; aqueles que julgaram que podem ser encaminhados os casos moderados e de usuários que necessitam de acompanhamento psiquiátrico e psicológico mais frequente/contínuo, como por exemplo, esquizofrênicos que não aderem a terapia, usuários em isolamento social, com ou sem suporte familiar, em paralelo aos casos de transtorno mental grave-severo/crônico ou que não apresentam melhoras através dos dispositivos oferecidos pela rede básica.

Em relação à percepção dos psicólogos dos CAPS esta desconexão também ocorreu frente disparidade entre alguns psicólogos que indicarão como com o perfil de encaminhamento, casos de extrema gravidade/ severo e crônico enquanto que, outros apontaram para os casos moderados. Foram vinculados também ao perfil dos usuários a serem encaminhados pela atenção básica, em maior extensão, porém não de forma consensual; os pacientes adultos, crianças e adolescentes conforme os CAPS disponíveis, com sofrimento psíquico decorrentes de algum transtorno grave, dependência químicas, sintomas psicóticos, ideação/tentativa/ risco de suicídio ou homicídio, com isolamento social. E novamente os psicólogos dos CAPS responderam a questão pesquisada

pontualmente com base nos serviços que atuam. O que também pode ter resultado em maiores divisões sobre o perfil em questão.

Discordâncias estas dentro AB, CAPS e entre ambos que podem em determinadas situações acarretar em prejuízos relacionados a encaminhamentos equivocados, sobrecarga de serviços e implicações para a acolhida dos usuários dos CAPS e o cuidado efetivo.

E ainda, para o fortalecimento da análise de como os psicólogos da AB e dos CAPS compreendem suas práticas e as ações uns dos outros nestes contextos, foi investigada a compreensão existente a respeito dos usuários que devem ser mantidos na AB que, não devem ser enviados ao CAPS ou, podem ser reencaminhado pelo CAPS a rede de AB.

Tabela nº 21 - Quando o usuário deve ser mantido na rede (não deve ser enviado ao CAPS ou poderá ser reencaminhado pelo CAPS a rede)	
Visão dos psicólogos da AB	Visão dos psicólogos dos CAPS
<ul style="list-style-type: none"> - Casos que o profissional avalie que a queixa e o estado do paciente não necessitam de internação nem de intervenções psiquiátricas de emergência; - Em caso de alta do CAPS ou que não preencha os critérios do CAPS; - Estabilidade do quadro; - Mantido quando na rede houver suporte suficiente para a continuidade do tratamento; - Pacientes que tiveram contato com alguns entorpecentes que o problema não era o vício e sim situações que podem ser trabalhadas diretamente nos atendimentos da rede; - Pacientes após estabilização pós-crise e que não sejam egressos de internação psiquiátrica em surto psicótico, ou de tentativa de suicídio, transtornos graves de personalidade, reações intensas a estresse grave, “neurose” severa; - Pode ser reenviado a rede quando o quadro foi estabilizado no tratamento no CAPS e a rede oferece suporte, inserindo-o em grupos e serviços na 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter na rede quando puder ser atendido de forma ambulatorial e não necessitar de atendimento sistemático com psicólogo, psiquiatra e oficinas terapêuticas; - No caso do usuário de substância psicoativa, deve ser mantido na rede quando faz uso, mas, não o abuso (quando o uso não ultrapassa qualquer padrão social ou médico aceito para o uso dessa substância); - O usuário ficará na rede até o momento em que obtiver ou conseguir manter-se estável, a partir do momento em que o mesmo ficar crônico ou persistente será encaminhado ao CAPS; - O usuário poderá ser reencaminhado a rede quando alcançar o estágio de manutenção do tratamento, necessitando apenas do uso de medicação e atendimento psicológico individual; - O usuário que esta em abstinência ou tenha reduzido o padrão de consumo e necessita de abordagem motivacional para a manutenção da abstinência e

<p>própria comunidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quando não tem sintomas que satisfazem critério de urgência - Quando seu transtorno mental for moderado ou não precise de acompanhamento multidisciplinar 	<p>estratégias de prevenção a recaída;</p> <ul style="list-style-type: none"> - O usuário que não caracteriza dependência, esta em processo de alta do CAPS. (avaliar o estágio de motivação para tratamento. A fase de pré-contemplação geralmente necessita do atendimento na rede através da intervenção breve); - O usuário que realiza uso ou abuso e substâncias psicoativas, porém seu padrão de uso de consumo não caracteriza dependência química; - Quando apesar do sofrimento psíquico ele consegue manter a maior parte de suas atividades rotineiras; - Quando apresentam-se estabilizados, sem transtorno moderado e severo, sintomas psicóticos, isolamento social, pensamentos negativos em relação a vida, ou com apenas alguns destes sintomas porém sem risco de vida ao usuário; - Quando está inserido na comunidade (escola, igreja, etc), a família tem capacidade de dar o devido suporte (com ou sem a ajuda da equipe de saúde); - Quando não apresentam grave sofrimento psíquico que os comprometa de levar sua vida, sintomas psicóticos, ideação suicida, histórico de tentativa, não forem egressos de internações psiquiátricas. Ou aqueles que tem dificuldade/ resistência de atendimento em grupo. - Quando não existirem ou forem leves; sintomas psicóticos, ideação ou tentativa de suicídio frequentes e letais, isolamento social, humor depressivo e de ansiedade graves; - Quando não preenche os requisitos exigidos pelo CAPS e há recursos na rede capaz de atendê-los; - Quando o transtorno mental não compromete as atividades diárias ou quando mesmo tendo um transtorno mental grave existe um suporte familiar e social adequado; - Quando o uso ou, não uso da medicação esta adequado;
---	---

	<p>- Usuário em condições de absorver e compreender que seu sofrimento de ordem sócio/econômica e não acometido de sofrimento psicopatológico. E também quando houver profissionais na rede/ CAPS que atendem a demanda;</p>
--	--

A tabela nº 21 esboça os relatos extraídos das inconstâncias e concordâncias parciais, surgidas em maior volume referentes ao entendimento de conduta e demanda da questão analisada.

Vale ressaltar que, mesmo diante de parciais concordâncias, prevaleceu com maior intensidade a falta de harmonia desta percepção, entre os psicólogos da AB, dos CAPS e, novamente entre si.

Na análise da tabela nº 20, anteriormente apareceu que a grosso modo, os psicólogos da AB e dos CAPS concordaram, sobre os usuários que possuem perfil para acompanhamento em CAPS. Porém cabe a ressalva de que, estes concordam praticamente apenas no que diz respeito aos sintomas clássicos (psiquiátricos/graves e historicamente principais alvos de internação até o surgimento dos CAPS), no que compete a encaminhamento à CAPS.

E mediante a reflexão sobre a tabela nº20, em paralelo com a atual nº 21, pode-se constatar que tantos os psicólogos dos CAPS, quanto os das AB demonstram concordar parcialmente, entre sua categoria de atuação ao descrevem as demandas da AB e dos CAPS, a partir do que é mais corriqueiro (ex: AB quadros estabilizados e CAPS usuários graves/psicóticos/risco de suicídio). Entretanto, quando buscam apontar suas demandas de maneira mais específica caem em divergências. De modo que, o distanciamento da compreensão, sobre quais são os usuários que devem ser direcionados/acompanhados na AB e em CAPS que, em determinado momento apareceu como reduzida, ressurgiu com maior intensidade.

Fatores estes que novamente atentam para o risco da transferência de atribuições, encaminhamentos equivocados, a possibilidade de tornar-se confuso para os usuários e serviços o real papel do psicólogo ou perfil de paciente na AB e CAPS dentro da saúde mental. Além de poder resultar na limitação da resolutividade, efetividade e atuação em rede de atenção.

Circunstância estas que tornam perceptível a existência de desarticulação entre CAPS e AB. Fato que possivelmente inviabiliza também uma apropriação fidedigna sobre quais os usuários que utilizam-se dos CAPS e AB. Já que os psicólogos não apresentam, consenso sobre o papel do psicólogo e o público a ser acompanhado nestes serviços de maneira consensual inclusive em alguns momentos entre os próprios profissionais do CAPS e da AB.

Um retrato do que foi discutido acima são as variações de compreensão da questão analisada entre os psicólogos da AB e CAPS podem ser melhor identificadas com base nas compreensões que sucedem.

Em meio às descrições do que os psicólogos da AB entendem em maior número sobre os pacientes que devem ser mantidos na AB ou reenviados pelos CAPS a AB, surgiu como possíveis de reencaminhar para a AB as situações em que os usuários podem ter vivenciado um transtorno grave, mas já encontram-se com o quadro clínico estabilizado, como mais predominante. E sobre aqueles que em geral devem ser mantidos na AB foram citados os casos de usuários sem gravidade que não requerem intervenções psiquiátricas de urgência, que receberam alta do CAPS, que não preenchem os critérios para atendimento em CAPS ou de urgência e, os casos que a rede pode oferecer o suporte suficiente para a continuidade do tratamento.

Enquanto que, os psicólogos dos CAPS divergiram ainda mais e apresentaram múltiplos entendimentos/contradições e discorreram parcialmente em maior quantidade que, podem ser mantidos na AB os usuários que; apresentam condições de ser atendido de maneira ambulatorial e não necessitam de atendimento sistemático com psicólogo, psiquiatra e oficinas terapêuticas, estiverem ou conseguirem manter-se estáveis, que não apresentam grave sofrimento psíquico que os comprometa de levar a vida e, aqueles que caracterizam um transtorno leve. E da mesma forma como usuários que podem ser reenviados aos pelos CAPS a AB, pacientes que apresentam-se estabilizados ou estágio de manutenção do tratamento e os que não tem transtorno moderado e severo.

As parciais homogeneidades citadas foram apresentadas de forma superficial, mostrando que não há solidez quanto a descrição concreta do que de fato é uma emergência, um caso leve ou grave e os critérios compatíveis com o CAPS e AB para acompanhamento.

Atentando ainda para maiores inconexões entre os psicólogos dos CAPS do que da AB entre si. Os quais denotam contradições consideráveis como quando alguns psicólogos levantam que devem ser reenviados para AB pelos CAPS os casos que não transparecem gravidade e outra parcela de psicólogos afirmaram que, podem ser reenviados os casos em que mesmo o usuário tendo um transtorno mental grave existe um suporte familiar e social adequado, bem como aqueles que tem dificuldade/resistência de atendimento em grupo.

E sendo assim, compete a discussão de que talvez estes desencontros quanto às demandas da AB e CAPS tenham relação com a de falta de integração/acessibilidade dentro destes serviços, bem como, entre ambos além da possibilidade de haver a ausência de protocolos sobre tais condutas/papéis. E em decorrência da meditação desta hipótese buscou-se apurar se a falta de interação entre CAPS e AB é decorrente da falta de acessibilidade ou resultado da ausência de consciência sobre a importância do estreitamento destas relações para a realização da saúde mental em rede de atenção.

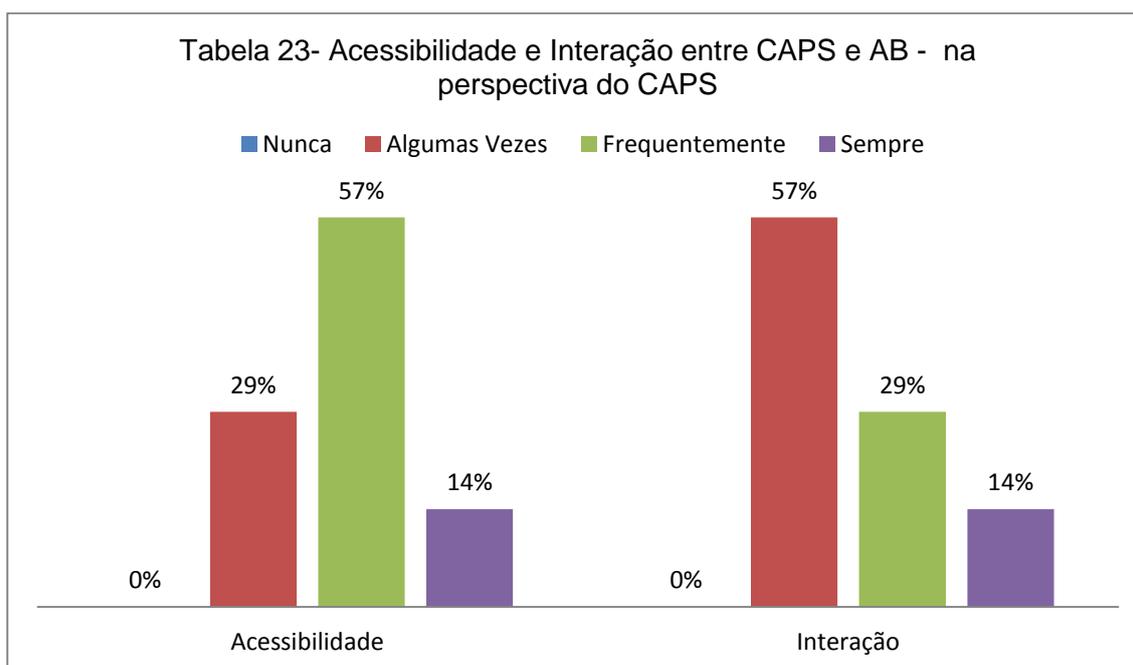
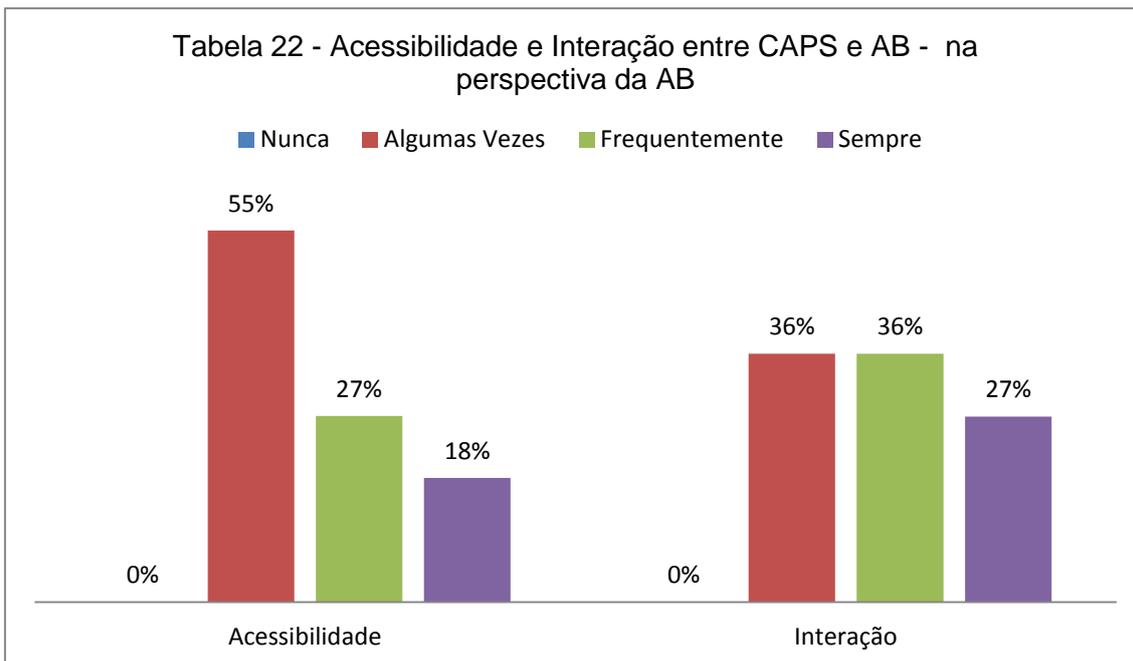
Fazendo-se assim necessária não apenas a definição de papéis do psicólogo nos diferentes níveis de atenção, mas também a articulação da saúde com a saúde mental. Apesar disso ainda ser um desafio a ser enfrentado na atualidade, para que haja a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços e a garantia de continuidade da atenção dos que dependem dessa concreta articulação (Dimenstein et al in Böing, 2009).

Dos psicólogos da AB 54,5% consideraram que a acessibilidade acontece algumas vezes, 27,3% perceberam que frequentemente a relação é acessível e 18% consideraram sempre acessível.

Dos psicólogos dos CAPS, 20,6% percebem que a relação é acessível algumas vezes, 57,1% frequentemente acessível e em 14,3 como sempre acessível.

Já se referindo a interação entre os serviços, dos psicólogos da AB 36,4% percebem ela acontece algumas vezes, a mesma quantidade acha que é frequentemente e 27,2% entende que a interação acontece sempre.

Dos psicólogos dos CAPS 57,1% percebeu que a interação acontece algumas vezes, 28,6% frequentemente e 14,3% sempre.



Os gráficos acima chamam a atenção para o fato de que os psicólogos dos CAPS apontam avistar maior acessibilidade entre os CAPS e AB, enquanto os psicólogos da AB que, esta acontece algumas vezes. Situação da qual pode-se hipoteticamente extrair a ideia de que possivelmente os CAPS possuem mais acesso aos psicólogos e AB do que os psicólogos das AB com os CAPS e seus psicólogos. Hipótese que também pode ser legitimada pelas repetidas falas nas tabelas nº20 e 21 de que os usuários a serem mantidos na AB são aqueles que não

preenchem os critérios/ requisitos exigidos pelo CAPS que então de fato podem estar limitando acessos.

E no que condiz a interação existente, os psicólogos inseridos no CAPS de maneira mais intensa, referiram que esta vem ocorrendo apenas algumas vezes, ao mesmo tempo em que os psicólogos da AB consideram sua ocorrência igualmente acontecendo apenas algumas vezes e frequentemente.

Sendo assim, compete a reflexão de que os psicólogos dos CAPS podem estar tendo maior acesso a AB ao julgarem que há mais acessibilidade e que talvez a AB não disponha deste mesmo acesso frente aos CAPS. E que diante disso o CAPS ainda não se integrou com a AB de modo suficiente. De maneira que, AB reconhece a ocorrência de acessibilidade e a integração igualmente limitadas.

Dados que novamente remetem a reflexão da importância da intersetorialidade e dos riscos da falta de uma ação integrada, que podem ocasionar incompreensão do que de fato estes serviços oferecem e resultar na dificuldade destes serviços adotarem práticas com efetividade, inclusive na providência de formulação de cuidados condizentes com as demandas da saúde mental.

7. CONCLUSÃO

Com base na análise e discussão de dados/teoria, acerca da percepção dos psicólogos da saúde pública, sobre a intervenção psicológica na AB e em CAPS constatou-se que, embora haja psicólogos que se destacam pelo conhecimento de suas capacidades de ação e do papel a desempenhar na saúde pública, nestes dois contextos, prevalecem ainda, com predominância significativa dentre os pesquisados, os psicólogos que possuem elevada escassez de conhecimentos sobre o SUS e suas possibilidades de atuação nestes cenários, tanto de “forma isolada”, quanto em nível inter-multidisciplinar, e/ou ainda, frente às ações a serem efetuadas em rede de atenção “extra-clínica/serviços” que transpõem as práticas tradicionais habitualmente utilizadas.

Apontamentos estes que demonstraram ter íntima relação com o fato de que os psicólogos ainda são formados predominantemente, dentro de uma lógica de intervenção e conceitos que abarcam uma formação tradicional ou que, pouco discute Políticas de Saúde Pública e o papel do psicólogo no contexto da saúde coletiva. O que de certa forma pode impedi-los de contemplar as atuais demandas, restringindo as capacidades de estes transcenderem às práticas sustentadas pela lógica curativa/tradicional e virem a atingir as propostas/princípios dos SUS no exercício de saúde. Especialmente no que se refere a ações de promoção, prevenção, detecção/discussão de condutas/ações, encaminhamentos efetivos, a construção de cuidados para seus usuários de caráter territorial e intersetorial, inclusive na providência da formulação/continuidade de cuidados na saúde mental que visem uma intervenção integral dos sujeitos.

Uma vez que, sem este preparo de base sobre as políticas de saúde pública o profissional já adentra em seu campo de trabalho, com defasagem teórica e técnica acerca das práticas cotidianas que estes serviços exigem. E conseqüentemente apoia-se em uma postura de trabalho tradicional, centrado no atendimento clínico individual ou grupal.

Contudo, também foi exposta na pesquisa ampla concordância sobre a atual necessidade da expansão dos cuidados à comunidade, de usufruir dos seus recursos e de adesão a trabalhos intersetoriais e multiprofissionais.

Ao investigar especificadamente a percepção que os psicólogos da AB e dos CAPS possuem sobre qual é o papel e ações a serem realizadas pelos psicólogos nestes dois contextos, e entre si, ficou evidente a presença de discrepâncias existentes a respeito destas temáticas, que podem ser resultantes da falta de interação suficiente entre estes profissionais/serviços e da possível ausência de protocolos/referências objetivas sobre tais condutas/papéis.

O estudo apurou que os psicólogos da AB e dos CAPS demonstraram que referente ao papel do psicólogo na AB, não há um consenso de percepção entre ambos os serviços, além do que tange o atendimento clínico individual e em grupos, visitas domiciliares e grupos operativos. Assim como, não houve entre os psicólogos da AB e dos CAPS, e entre si, a respeito das práticas a serem desenvolvidas pelo psicólogo da AB. Inclusive os próprios psicólogos alocados na AB não apresentaram estar em comum acordo a respeito do que devem nortear suas práticas, prevalecendo a grosso modo o consenso entre estes, apenas sobre a realização de atendimentos clínicos individuais e em grupo, visitas domiciliares e participação dos grupos operativos que as unidades dispõem (ex: grupo com hipertensos e diabéticos, gestantes e de anti-tabagismo).

Indicativo de que poucos profissionais da atenção básica possuem consciência da amplitude de sua capacidade de ação, que corrobora a reflexão de que muitos se limitam a uma atuação da psicologia na saúde pública arrolada a clínica ou produção de cuidados curativos como já foi amplamente discutido. E que, entre grande parte dos que enxergaram para além da clínica, não há uma percepção uniforme e exata sobre o que pode ser realizado. Havendo também aqueles que até demonstraram estenderem suas práticas a grupos operativos e/ou interdisciplinares, entretanto, limitando-se as ações da unidade em que atuam sem relação direta com a saúde mental, como facilitadores de grupo, continuando assim, a não expandir de fato para ações que visam intervir diretamente na saúde mental dos usuários ou população.

No que se remete a compreensão do papel do psicólogo no CAPS, os psicólogos da AB e dos CAPS, demonstraram novamente que ainda não há uma compreensão uniforme destas atribuições, em ambos os serviços, sinalizando mais uma vez que, estes profissionais não estão integrados o suficiente para este

reconhecimento de forma mais congruente e também orientados de forma satisfatória, a respeito do próprio campo de atuação.

Sendo apresentado pelos psicólogos dos CAPS e AB, em maior número, porém em parcial acordo, que compete ao psicólogo do CAPS a realização de acolhimento, atendimentos em equipe multiprofissional, a realização de grupos terapêuticos e operativos, atendimento individual, e de forma reduzida e aleatória o matriciamento em saúde mental, uso de recursos e dispositivos da comunidade, trabalho com famílias e o desenvolvimento de trabalhos específicos para o atendimento aos portadores de grave sofrimento psíquico.

Em que, realizando a comparação da percepção dos psicólogos dos CAPS e com os da AB, observou-se em meio aos profissionais dos CAPS que foram levantadas maiores possibilidades de intervenção dentro da lógica da rede de atenção a saúde mental. Enquanto que a grande parte dos psicólogos da AB restringiu-se mais uma vez a elencar condutas internas dos CAPS, talvez pela própria dificuldade de pensar em estratégias extra-atendimento clínico em seu território e/ou por falta de reconhecimento das dimensões de suporte dos CAPS. Circunstâncias que do mesmo modo atentam para e da necessidade de afinar a integração entre AB e CAPS.

E em decorrência da meditação das questões apresentadas, constatou-se que faz-se urgentemente necessário o estreitamento da relações em rede para a realização da saúde mental de forma mais efetiva e abrangente. Pois, tais discordâncias podem em determinadas situações acarretar em prejuízos relacionados a encaminhamentos equivocados, sobrecarga de serviços e implicações para acolhida dos usuários e na eficácia do cuidado.

Enfim, destaca-se como indispensável a estes profissionais, a busca por aperfeiçoar-se especificamente em cursos que tenham correlação com a saúde pública, como de saúde mental e saúde da família, sejam estes de aperfeiçoamento ou especialização, no intuito de superação da carência de conhecimento entre estes e outros temas vinculados à saúde pública, para uma ação mais eficaz e condizente com a atualidade. Assim como, torna-se cada vez mais necessário o rompimento da dicotomia nas políticas públicas, entre “saúde” e “saúde mental”, e a ampliação do diálogo/interação entre AB e os CAPS para a redução dos efeitos negativos desta desarticulação.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Sílvia Gomes de; RONZANI, Telmo Mota. A Psicologia Social e Saúde Coletiva: Reconstruindo Identidades. **Psicologia em Pesquisa**. UFJF 1(02). 11 - 22. 2007.

ANDRADE, Juliane Fernandes Simões de Mattos; SIMOM, Cristiane Paulin. **Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas**. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brasil.. 2009, Vol. 19, No. 43, 167-175 maio-ago Disponível em www.scielo.br/paideia.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2008. 254 p.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História Sob o Olhar Epidemiológico E Antropológico. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, n.17(1) p.111-7, jan/mar, 2009.

BÖING, Elisangela; APARECIDA, Maria Crepaldi. O Psicólogo na Atenção Básica: Uma Incursão Pelas Políticas Públicas de Saúde Brasileiras. Rev. **Psicologia Ciência e Profissão**. SC 2010, 30 (3), 634-649

_____, Elisangela. **A Epistemologia Sistêmica na Atuação do Psicólogo na Atenção Básica à Saúde**. 2009. 143p. Monografia. **Centro de Filosofia e Ciências Humanas**.

BRASIL, Ministério da Saúde, Governo Federal. **Cartilha: Entendendo o SUS**. 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf Acesso em: 01 de jun. 2011.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde - Deges/Sgtes/MS. **AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf> Acesso: em 17 jul. 2012.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 340 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf> Acesso: em 04 jun. 2011.

_____, Ministério da Saúde (2003). **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> acesso em 04 jun. 2011.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Pactuação unificada de indicadores**: avaliação 2008. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 248 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume14.pdf. Acesso: em 04 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso: em 04 jun. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, **Diretrizes do NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p. Disponível em: Acesso: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf Acesso em 04 jun. 2011

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica o Vínculo e o Diálogo Necessários**. Brasília: Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01. 2003.7p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> Acesso em: 04 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 7, ano V, nº 7. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf> Acesso em: 04 jun. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.027, de 25 de Agosto de 2011**. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). Brasília: 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: dezembro de 2010, Seção I, Página 89. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_4279_docredes.pdf Acesso em: 14/07/2012.

CAMARGO-BORGES, Celiane e CARDOSO, Cármen Lúcia. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, vol.17, no.2, p.26-32, maio/ago. 2005.

CARDOSO, Claudia Lins. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, vol.22, no.1, p.2-9, mar. 2002.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Organizadora) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

FRANCA, Ana Carol Pontes de e VIANA, Bartyra Amorim. Interface psicologia e programa saúde da família - PSF: reflexões teóricas. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, vol.26, no.2, p.246-257, jun. 2006.

JUNG, Carlos Fernando. **Metodologia para pesquisa & desenvolvimento: aplicada a novas tecnologias, produtos e processos**. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2004. 312 p.

MENEGON, Vera Mincoff; COELHO, Angela Elizabeth Lapa. A inserção da Psicologia no sistema de saúde pública: Uma prática possível. **Barbarói**: 2006. p. 177-189.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de et al. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações* [online]. 2004, vol.9, n.17, pp. 71-89.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2007. 300p. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_arquivos/8/TDE-2007-10-31T075145Z-429/Publico/Tese.pdf Acesso: em 04 jun. 2011.

PAULIN, Tathiane; LUZIO, Cristina Amélia. A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. **Revista de Psicologia da UNESP**, 8(2), 2009.

RAUEN, Fabio José. **Roteiros de Investigação Científica**. Tubarão, SC. Editora Unisul, 2002.

RIOS, Ediara Rabello Girão et al . Senso comum, ciência e filosofia: elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200026&lng=pt&nrm=iso. Acesso: em 04 jun. 2011.

RONZANI; RODRIGUES, 2006. O Psicólogo na Atenção Primária à Saúde: contribuições, Desafios e Redirecionamentos. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, 26 (1), 132-143, 2006.

SOUZA, Ândrea Cardoso; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**. Brasília: 2010. n.4, p.105-14.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, Apr. 2007.

SCARCELLI, Ianni Regia; JUNQUEIRA, Virgínia. O SUS como desafio para a formação em Psicologia. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v. 31, n. 2, 2011.

TEIXEIRA, Elizabeth; **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

I - DADOS PESSOAIS

01 - Sexo:

- a. () Masculino
b. () Feminino

02 - Idade:_____

03 – Tempo de atuação profissional como psicólogo (a):

- a. () Há menos de 1 ano
b. () De 1 a 2 anos
c. () De 2 a 4 anos
d. () De 5 a 10 anos
e. () De 11 a 20 anos
f. () Mais de 20 anos

II - FORMAÇÃO ESPECÍFICA

01 - Possui pós-graduação?

- a. () em andamento
b. () Sim
c. () Não

Se sim, inserir o nº correspondente a sua titulação?

- (1) especialização
(2) mestrado
(3) doutorado

02 - Em que área(s)?

- a. () clínico
b. () saúde pública
c. () organizacional/ do trabalho
d. () psicopedagogia
e. () saúde mental
f. () saúde da família
g. () gestalt
h. () psicodrama
i. () abordagem centrada na pessoa-ACP
j. () análise transacional - AT
k. () existencialismo
l. () cognitiva comportamental - TCC
m. () sistêmica
n. () reichiana
o. () bioenergética
p. () orientação analítica
q. () psicanálise
r. () outra _____

IV – ATUAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA

01 – Quanto tempo atua como psicólogo na Saúde Pública?

- a. () há menos de 6 meses
b. () De 6 a 11 meses
c. () De 1 a 2 anos
d. () De 2 a 4 anos
e. () De 5 a 10 anos
f. () De 11 a 20 anos
g. () Mais de 20 anos.

02 – Atual local de Atuação:

- a. () Unidade de Referência
b. () ESF
c. () UBS
d. () NASF
e. () CAPS
f. () outro _____

03 – Qual seu vínculo empregatício?

- a. () Estatutário (concurado)
b. () Celetista (CLT)

c. () Contrato temporário

d. () Outro _____

04 – Qual sua carga horária?

a. () Até 9h semanais

c. () De 21 a 30h semanais

b. () De 10 a 20h semanais

d. () De 31 a 40h semanais

05 – Realiza outras atividades fora do serviço público, como psicólogo?

1.() sim 2.() não

Se sim, qual:

a. () atendimento clínico

b. () outras _____

06 - Na sua graduação foram abordadas Políticas de Saúde Pública de forma:

a. () Excelente

c. () Insatisfatória

b. () Satisfatória

d. () Não foi abordado

7 - Você fez algum curso de aperfeiçoamento a respeito de Políticas Publicas de Saúde?

a. Sim () b.Não ()

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO PARA PSICÓLOGOS DO CAPS

QUESTIONÁRIO PARA PSICÓLOGOS DO CAPS

1) Quanto tempo trabalha como psicólogo no CAPS?

- a. () há menos de 6 meses d. () De 2 a 4 anos g. () Mais de 20 anos
b. () De 6 a 11 meses e. () De 5 a 10 anos
c. () De 1 a 2 anos f. () De 11 a 20 anos

2) O que foi proposto como atividades do psicólogo no CAPS em sua contratação?

- a. () atendimento-clínico individual d. () grupos operativos (Tabagismo, ed. em saúde...)
b. () atendimento clínico em grupo
c. () intervenções envolvendo a comunidade e. () não houveram propostas
f. () outros _____

2.1) Na sua percepção o que foi proposto como atividades do psicólogo para contratação no CAPS ainda condiz com o momento atual?

- a. () Sim b. () Não c. () Não sei avaliar

3) Quais atividades vocês realiza na sua atuação profissional?

- a. () acolhimento g. () grupos de reinserção social
b. () atendimento-clínico individual h. () grupos de família
c. () atendimento clínico em grupo i. () grupos operativos
d. () visitas domiciliares j. () grupos com a equipe de saúde mental
e. () intervenções envolvendo a comunidade k. () outros _____
f. () grupos de geração de renda

4) Existem atividades que você percebe a necessidade de realizar, mas não consegue ou tem dificuldades em realizá-las?

- a. Sim () b. Não ()

Se sim, inserir nas opções abaixo "1 para não consegue" e "2 para dificuldade em realizar"

- a. () acolhimento g. () grupos de reinserção social
b. () atendimento-clínico individual h. () grupos de família
c. () atendimento clínico em grupo i. () grupos operativos
d. () visitas domiciliares j. () grupos com a equipe de saúde mental
e. () intervenções envolvendo a comunidade k. () outros _____
f. () grupos de geração de renda

4.1) Porque não consegue ou possui dificuldades em realizar?

5) Há abertura e recursos para ações diferenciadas, extra-atendimento clínico, por parte de seus gestores?

- Inserir nas opções abaixo: 1- Nunca 2-Algumas vezes 3-freqüentemente 4- Sempre
a. () abertura c. () recursos físicos e. () recursos humanos
b. () tempo hábil d. () recursos materiais f. () Outro _____

6) Há envolvimento por parte dos colaboradores de instituições externas quando necessário realizar ações em conjunto?

- a.() Nunca b.() Algumas vezes c.() freqüentemente d.() Sempre

7) Quais dos serviços abaixo você mais utiliza como colaborador para suas ações em saúde?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| a. () unidades regionais | j. () CAPS III | s. () unid.pronto atend. 24hs |
| b. () empresas | k. () CAPS AD | t. () NASF |
| c. () escolas | l. () CAPSi | u. () ONGs |
| d. () UNESC | m. () CREAS | v. () SESI |
| e. () UBS | n. () CRAS | w. () SENAI/SENAC |
| f. () ESF | o. () conselho tutelar | x. () fundação cultural |
| g. () PANDHA | p. () conselho de saúde | y. () outros _____ |
| h. () criança saudável | q. () hospitais psiquiátricos | |
| i. () CAPS II | r. () hospitais gerais | |

8) As atividades realizadas no CAPS são definidas e realizadas em equipe?

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| a. () Nunca | c. () Frequentemente |
| b. () Algumas vezes | d. () Sempre |

9) Quais os profissionais que você mais utiliza como colaborador para suas ações em saúde?

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 0. () não utiliza | 4. () Clínico geral | 8. () Terapeuta Ocupacional |
| 1. () Artesão | 5. () Assistente social | 9. () Farmacêutico |
| 2. () Técnico de enfermagem | 6. () Psiquiatra | 10. () Outro _____ |
| 3. () Enfermeiro | 7. () Outros psicólogos | |

9.1) A acessibilidade a estes profissionais para suas ações em saúde ocorre (marque os profissionais conforme aqueles que você selecionou na pergunta anterior):

1. Artesão

- a. () Nunca
b. () Algumas vezes
c. () Frequentemente
d. () Sempre

3. Enfermeiro

- a. () Nunca
b. () Algumas vezes
c. () Frequentemente
d. () Sempre

5. Assistente social

- a. () Nunca
b. () Algumas vezes
c. () Frequentemente
d. () Sempre

7. Outros psic.

- a. () Nunca
b. () Algumas vezes
c. () Frequentemente
d. () Sempre

9. Farmacêutico

- a. () Nunca
b. () Algumas vezes
c. () Frequentemente
d. () Sempre

2. Tec. enfermagem

- a. () Nunca
b. () Algumas vezes
c. () Frequentemente
d. () Sempre

4. Clínico geral

- a. () Nunca
b. () Algumas vezes
c. () Frequentemente
d. () Sempre

6. Psiquiatra

- a. () Nunca
b. () Algumas vezes
c. () Frequentemente
d. () Sempre

8. T. O.

- a. () Nunca
b. () Algumas vezes
c. () Frequentemente
d. () Sempre

10. Outro _____

- a. () Nunca
b. () Algumas vezes
c. () Frequentemente
d. () Sempre

10) Há a acessibilidade e interação necessária em relação ao psicólogo da rede e do CAPS?

1. acessibilidade

- a. () Nunca
b. () Algumas vezes
c. () Frequentemente
d. () Sempre

2. Interação

- a. () Nunca
b. () Algumas vezes
c. () Frequentemente
d. () Sempre

11) Qual é o papel do psicólogo na Atenção Básica (atividades)?

12) Qual o papel do psicólogo no CAPS (atividades)?

13) Qual é o perfil do usuário que deve ser encaminhado pelo psicólogo da rede ao CAPS?

14) Quando o usuário deve ser mantido na rede (não deve ser enviado ao CAPS ou poderá ser reencaminhado pelo CAPS a rede)?

15) O que você entende que o psicólogo da Atenção Básica pode/deve dar em contrapartida ao CAPS?

16) O que você entende que o psicólogo do CAPS pode/deve dar em contrapartida a Atenção Básica?

17) Quais os principais desafios e possibilidades que você encontra como psicólogo do CAPS?

18) Quais os principais desafios e possibilidades que você encontra em relação aos psicólogos da Atenção Básica?

19) Quais as principais necessidades, desafios e possibilidades que podem tornar a saúde mental no Município mais efetiva?

APÊNDICE C
QUESTIONÁRIO PARA PSICÓLOGOS DA ATENÇÃO BÁSICA

QUESTIONÁRIO PARA PSICÓLOGOS DA ATENÇÃO BÁSICA

1) Quanto tempo trabalha como psicólogo na Atenção Básica?

- a. () há menos de 6 meses
b. () De 6 a 11 meses
c. () De 1 a 2 anos
d. () De 2 a 4 anos
e. () De 5 a 10 anos
f. () De 11 a 20 anos
g. () Mais de 20 anos

2) O que foi proposto como atividades do psicólogo na rede básica em sua contratação?

- a. () atendimento-clínico individual
b. () atendimento clínico em grupo
c. () intervenções envolvendo a comunidade
d. () grupos operativos (Hiperdia, gestantes...)
e. () visitas domiciliares
f. () não houveram propostas
g. () outros _____

2.1) Na sua percepção o que foi proposto como atividades do psicólogo para contratação na rede básica ainda condiz com o momento atual?

- a. () Sim
b. () Não
c. () Não sei avaliar

3 - Quais atividades você realiza atualmente na sua atuação profissional?

- a. () atendimento-clínico individual
b. () atendimento clínico em grupo
c. () atendimento clínico em domicílio
d. () visitas domiciliares
e. () intervenções envolvendo a comunidade
f. () grupos de família
g. () grupos operativos (Tabagismo, Hiperdia...)
h. () grupos com as equipes de saúde
i. () ações de prevenção
j. () outros _____

4) Existem atividades que você percebe a necessidade de realizar, mas não consegue ou tem dificuldades em realizá-las?

- a. () Sim b. () Não

Se sim, inserir nas opções abaixo “1 para não consegue” e “2 para dificuldade em realizar”

- a. () atendimento-clínico individual adulto
b. () atend.-clínico individual infanto-juvenil
c. () atendimento clínico em grupo
d. () atend.-clínico em grupo infanto-juvenil
e. () intervenções envolvendo a comunidade
f. () intervenções interdisciplinares
g. () intervenções intersetoriais
h. () grupos interdisciplinares
i. () grupos terapêuticos
j. () grupos operativos
k. () grupos de geração de renda
l. () visitas domiciliares
m. () visitas escolares
n. () outros _____

4.1) Porque não consegue ou possui dificuldades em realizar?

5) Há abertura e recursos para ações diferenciadas, extra-atendimento clínico, por parte de seus gestores?

Inserir nas opções abaixo:

1- Nunca 2-Algumas vezes 3-freqüentemente 4- Sempre

g. () abertura i. () recursos físicos k. () recursos humanos
h. () tempo hábil j. () recursos materiais l. () Outro _____

6) Há envolvimento por parte dos colaboradores de instituições externas quando necessário realizar ações em conjunto?

a.() Nunca c.() freqüentemente
b.() Algumas vezes d.() Sempre

7) Quais dos serviços abaixo você mais utiliza como colaborador para suas ações em saúde?

a. () unidades regionais j. () CAPS III r. () hospitais gerais
b. () empresas k. () CAPS AD s. () unid.pronto atend.
c. () escolas l. () CAPSi 24hs
d. () UNESC m.() CREAS t. () NASF
e. () UBS n. () CRAS u. () ONGs
f. () ESF o. () conselho tutelar v. () SESI
g. () PANDHA p. () conselho de saúde w. () SENAI/SENAC
h. () criança saudável q. () hospitais x. () fundação cultural
i. () CAPS II psiquiátricos y. () outros _____

8) As atividades realizadas no seu local de atuação são definidas e realizadas em equipe:

a. () Nunca c. () Freqüentemente
b. () Algumas vezes d. () Sempre

9) Quais os profissionais que você mais utiliza como colaborador para suas ações em saúde?

0.() não utiliza 6.() Psiquiatra
1.() Artesão 7.() Outros psicólogos
2.() Técnico de enfermagem 8.() Terapeuta Ocupacional
3.() Enfermeiro 9. () Farmacêutico
4.() Clínico geral 10.() Outro _____
5.() Assistente social

9.1) A acessibilidade a estes profissionais para suas ações em saúde ocorre (marque os profissionais conforme aqueles que você selecionou na pergunta anterior):

1. Artesão

a.() Nunca
b.() Algumas vezes
c.() Freqüentemente
d.() Sempre

2. Tec. enfermagem

a.() Nunca
b.() Algumas vezes
c.() Freqüentemente
d.() Sempre

3. Enfermeiro

a.() Nunca
b.() Algumas vezes
c.() Freqüentemente
d.() Sempre

4. Clínico geral

- a. () Nunca
- b. () Algumas vezes
- c. () Frequentemente
- d. () Sempre

5. Assistente social

- a. () Nunca
- b. () Algumas vezes
- c. () Frequentemente
- d. () Sempre

6. Psiquiatra

- a. () Nunca
- b. () Algumas vezes
- c. () Frequentemente
- d. () Sempre

7. Outros psic.

- a. () Nunca
- b. () Algumas vezes
- c. () Frequentemente
- d. () Sempre

8. T. O.

- a. () Nunca
- b. () Algumas vezes
- c. () Frequentemente
- d. () Sempre

9. Farmacêutico

- a. () Nunca
- b. () Algumas vezes
- c. () Frequentemente
- d. () Sempre

10. Outro _____

- a. () Nunca
- b. () Algumas vezes
- c. () Frequentemente
- d. () Sempre

10) Há a acessibilidade e interação necessária em relação ao psicólogo da rede e do CAPS?

1. acessibilidade

- a. () Nunca
- b. () Algumas vezes
- c. () Frequentemente
- d. () Sempre

2. Interação

- a. () Nunca
- b. () Algumas vezes
- c. () Frequentemente
- d. () Sempre

11) Qual é o papel do psicólogo na Atenção Básica (atividades)?

12) Qual o papel do psicólogo no CAPS (atividades)?

13) Qual é o perfil do usuário que deve ser encaminhado pelo psicólogo da rede aos CAPS?

14) Quando o usuário deve ser mantido na rede (não deve ser encaminhado ao CAPS, ou poderá ser reencaminhado pelo CAPS a rede)?

15) O que você entende que o psicólogo da Atenção Básica pode/deve dar em contrapartida ao CAPS?

16) O que você entende que o psicólogo do CAPS pode/deve dar em contrapartida a Atenção Básica?

17) Quais os principais desafios e possibilidades que você encontra como psicólogo na Atenção Básica?

18) Quais os principais desafios e possibilidades que você encontra em relação aos CAPS?

19) Quais as principais necessidades, desafios e possibilidades que podem tornar a saúde mental no Município mais efetiva?

APÊNDICE D
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério
da Saúde



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este documento, eu _____, portador (a) da Carteira de Identidade nº _____ e CPF _____, abaixo assinado, declaro que estou ciente da pesquisa “**PERCEPÇÃO DOS PSICÓLOGOS DA ATENÇÃO BÁSICA E DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PÚBLICA SOBRE A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC**”, Pesquisa pelo Programa de Residência Multiprofissional Em Atenção Básica/Saúde da Família pela residente Gabriela Maciel Alves, orientada pela professora, Psicóloga, Graziela Amboni CRP 12/03000. Assim como, me manifesto ciente que a pesquisa se justifica pela necessidade de intervenções sócios culturais e terapêuticos, que possibilitem identificar as conseqüências das desconexões da compreensão das práticas do psicólogo na Saúde Mental, aos usuários e como por seguinte, mostrar a importância deste profissional nas unidades básicas de saúde de modo coeso com os profissionais dos centros de atenção psicossocial para o aprimoramento e efetividade da Saúde Mental no Município de Criciúma /SC.

Estou ciente que minha identidade não será revelada.

Outrossim, manifesto meu conhecimento sobre meus direitos assegurado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, em relação ao anonimato e sigilo referente às informações fornecidas e sobre meus direitos de desistir a qualquer tempo de participar durante o processo de investigação.

Assino o termo de consentimento após ter discutido a proposta do projeto, o método e esclarecido minhas dúvidas, e estou de acordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Assinatura do Responsável

Criciúma _____, de _____ de 2011.

Gabriela Maciel Alves
Psicóloga CRP 12/08545

Prof. Msc. Graziela Amboni
Psicóloga CRP 12/03000
Orientadora Responsável
Contato: Graziela Amboni – (48)
88146448

APÊNDICE E
APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITE DE ÉTICA DA UNESC



Universidade do Extremo Sul Catarinense UNESC
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Resolução

Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Projeto: 193/2011

Pesquisador:

GRAZIELA AMBONI

Título: "PERCEPÇÃO DOS PSICÓLOGOS DA SAÚDE PÚBLICA SOBRE A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA ATENÇÃO BÁSICA E EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC".

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores

Criciúma, 21 de dezembro de 2011.

Mágada T. Schwalm

Coordenadora do CEP