



ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO

Daniela Paula Teixeira¹
Bárbara Vieira Ribeiro²
João Leite Ferreira Neto³

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo investigar a contribuição da trajetória formativa para a atuação dos psicólogos nos serviços substitutivos de urgência em saúde mental, CAPS, do município de Belo Horizonte/MG. Para tanto, entrevistou-se seis psicólogos atuantes em dispositivos alocados em distintas regionais do município. As entrevistas foram exploradas a partir da abordagem de caráter qualitativo através de entrevistas semi-estruturadas. Os conteúdos obtidos nas entrevistas foram averiguados por meio do método de análise de conteúdo descrito por Bardin. Sendo a categorização de dados uma das principais premissas desta metodologia, as falas foram agrupadas em três grandes núcleos: o trabalho do psicólogo no CAPS, a urgência no novo modelo de atenção à saúde mental e a formação do psicólogo para a atuação no novo modelo de atenção à saúde mental. Constatou-se haver uma formação inadequada do psicólogo para trabalhar no dispositivo, deixando claro a necessidade de revisão dos currículos acadêmicos para com a saúde coletiva e à saúde mental dentre os novos padrões propostos pós reforma psiquiátrica, ou seja, à atenção psicossocial na Rede de Atenção Psicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: Formação do psicólogo; Saúde mental; CAPS.

ABSTRACT: The present article aims to investigate the contribution of the psychologist's education trajectory to their performance in the mental health substitute services (CAPS) in the city of Belo Horizonte. It is believed that a better training leads directly to a better preparation of the professionals directed to the field, and, consequently, a higher level of satisfaction regarding the urgent care in mental health. Therefore, a qualitative approach was developed through semi-structured interviews. The speeches obtained through the content analysis method described by Bardin were analyzed, and the data was categorized into three large nuclei: the psychologist's work at CAPS, the urgency for a new mental health care model, and psychologist's education to work on this new model of mental health care. It was verified that there is an inadequate level of education of the psychologist to work in this area, revealing the need to review the academics curricula for both collective and mental health using as framework the new standards proposed after psychiatric reform, that is, psychosocial care in Psychosocial Attention Network.

KEYWORDS: Psychologist education; Mental health; CAPS.

1 INTRODUÇÃO

Ao decorrer dos anos, o campo da saúde mental vem sendo responsável por inúmeras contratações de psicólogos. No período anterior a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), a principal forma de atuação dava-se pela prática de uma clínica tradicional. Segundo Onocko-Campos (2001), a clínica tradicional pode ser descrita como aquela na qual o sujeito é objetualizado, reduzido a uma doença. A atuação do profissional que se baseia neste modelo é ligada a técnicas rígidas pautadas exclusivamente na cura de patologias.

¹ Graduanda em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Ex bolsista de Iniciação Científica PROBIC/FAPEMIG. teixeirapdaniela@gmail.com

² Graduanda em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Ex bolsista de Iniciação Científica PROBIC/FAPEMIG. barbaravribeiro86@gmail.com

³ Professor da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Bolsista de produtividade CNPq. jleite.bhe@terra.com.br



Paulatinamente, a atenção aos indivíduos com transtornos mentais começou a mudar. Leis e portarias, como a Lei número 10.216 de 2001 que regulamenta a política de saúde mental e a portaria número 3.088 de 2011 na qual dispõe sobre a criação, a constituição, a ampliação e a articulação para a atenção mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tornando este campo alvo de investimentos e políticas públicas (TENÓRIO, 2002).

De forma distinta da clínica tradicional, construiu-se outro dispositivo regido pelo conceito de clínica ampliada. Ao contrário da clínica tradicional apresentada anteriormente, a clínica ampliada tem como foco o sujeito em sua totalidade, assim, o mesmo perpassa a esfera biológica rumo aos campos sociais e subjetivos. A cartilha “Clínica Ampliada, equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” (BRASIL, 2008) apresenta algumas diretrizes necessárias para a prática da clínica ampliada. Apresenta a noção de produção de saúde e não de doença como eixo norteador para a prática. Assim, a escuta singular do sujeito, a formação de equipes de referência, a construção conjunta de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) entre a equipe e o sujeito, a noção de responsabilidade e transferência em relação ao sujeito, a necessidade do trabalho intersetorial e reuniões em equipe são essenciais aos trabalhadores.

Campos e Domitti (2007), afirmam ser impossível que apenas uma epistemologia dê conta desta complexidade, defendendo que, para os dispositivos de saúde serem capazes de executar os princípios apresentados acima, é necessário que os diferentes campos dos especialistas se abram, saindo da zona de conforto de suas próprias epistemologias e técnicas rigorosas em direção a “integração dialógica entre distintas especialidades e profissões” (CAMPOS e DOMITTI, 2007), isto é, rumo à interdisciplinaridade.

A atuação no CAPS deve ser executada em âmbito territorial, guiada por uma equipe multiprofissional composta por profissionais de diversas áreas da saúde, nas quais, devem atuar de forma interdisciplinar, sempre contado com o apoio intersetorial dos demais serviços da Rede, mas, também de demais instituições (públicas, privadas, ONG’s, Associações, coletivos, entre outras) (BRASIL, 2011).

Além de dispor destes princípios, Os CAPS são um serviço substitutivo de urgência em saúde mental que deve oferecer além do acolhimento à crise, atendimentos individuais e/ou coletivos, oficinas terapêuticas, entre outros. Os regimes de cuidado devem variar de acordo com a necessidade do sujeito, sendo esta última, sempre em consonância com o Projeto Terapêutico Singular (TPS), no qual, a construção deve ser norteadada a partir da coresponsabilização entre a equipe do dispositivo, especialmente o técnico de referência e o usuário.

De acordo com os estudos de Ribeiro e Luzio (2008), os psicólogos atuantes nos novos serviços de urgência na saúde mental demonstram dificuldades em introduzir práticas e saberes relativos as propostas advindas com a reforma psiquiátrica. Segundo estes autores, tal obstáculo encontra influencia diretamente na consolidação do modelo psicossocial de atenção às pessoas em sofrimento mental e usuários com necessidades AD.

Devido ao fato dos autores deste estudo valorizarem a formação como um aspecto intrinsecamente relacionado à produção de conhecimento e a solidez da prática profissional, o objetivo fundamental deste artigo é investigar como a trajetória formativa contribuiu para a atuação dos psicólogos nos CAPS do município de Belo Horizonte/MG, particularmente no que se refere aos usuários com transtornos mentais graves e/ou persistentes, sendo a influência AD apenas como secundária ao quadro. Para tal proposito considerou-se três núcleos de investigação, sendo eles: o trabalho do psicólogo no CERSAM, a urgência no novo modelo de atenção à saúde mental e a formação do psicólogo para a atuação no novo modelo de atenção à saúde mental.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Políticas públicas para a saúde mental: histórico e panorama atual

De acordo com Devera e Costa-Rosa (2007), durante a segunda metade do século XIX o país passou por um processo de reforma sanitária com impactantes desdobramentos, entre eles o modelo manicomial de atenção à saúde mental, no qual se pautava no asilamento e na institucionalização do indivíduo. Sob a fundamentação da psiquiatria biológica, este modelo trouxe várias consequências ao portador de sofrimento mental, entre elas podemos apontar: a normatização do indivíduo, a falta de liberdade, a privação social, o uso de práticas excludentes como torturas, más condições de tratamento e atendimento, superlotação e escassez de mão de obra especializada. Ou seja, o modelo manicomial de atenção à saúde mental visava o controle social dos indivíduos e da população.

Apenas na década de 80, após mais de 100 anos do exercício do modelo manicomial e duras críticas ao mesmo que se começou a pensar em alternativas que o extinguisse. No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica foi gestado através dos diversos encontros de trabalhadores da saúde mental, principalmente em cidades da região Sudeste do país.

Após anos de encontros, movimentos sociais e trâmites nas esferas governamentais, os preceitos da Reforma Psiquiátrica foram devidamente formulados e articulados ao Sistema

Único de Saúde (SUS). De acordo com os novos paradigmas advindos com a Reforma Psiquiátrica, a Rede de serviços responsáveis pela atenção à saúde mental é nomeada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS atua de forma articulada e efetiva para atender indivíduos com demandas de transtornos mentais e/ou com necessidades advindas do consumo de álcool e outras drogas. Para que haja um funcionamento adequado à proposta, a RAPS deve considerar as especificidades regionais dentro da perspectiva territorial. Desta forma, o serviço deve ter uma base comunitária, adequando-se às necessidades dos usuários e familiares (BRASIL, 2012).

As diretrizes da RAPS utilizam, além do conceito de territorialidade explicitado acima, os conceitos de autonomia, liberdade e equidade, de forma que o cuidado seja centrado no indivíduo em sofrimento. As diretrizes também garantem a qualidade e o acesso ao serviço e asseguram a organização em rede com o estabelecimento de ações intersetoriais. (BRASIL, 2012).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a nível nacional, conta com vários serviços, que vão desde o nível mais básico até o mais complexo. A Atenção Básica no campo da saúde mental é composta pela Unidade Básica e Saúde (UBS), o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o Consultório de Rua, a Atenção Residencial e os Centros de Convivência e Cultura. Além disto também há a Atenção Psicossocial Estratégica, ou seja, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades (CAPS I, II, III, AD, AD III e i).

Já em um nível de maior complexidade, a RAPS dispõe da Atenção de Urgência e Emergência, sendo esta composta pelo SAMU (Serviço Médico de Atendimento de Urgência), Sala de Estabilização, UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e pela Atenção Hospitalar, composta pelas Enfermarias especializadas em Hospitais Gerais e pelo Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Além disto, a RAPS também conta com a Atenção Residencial de Caráter Transitório, serviço no qual é composto pelas Unidades de Acolhimento, pelos Serviço de Atenção em Regime Residencial e também com as estratégias de desinstitucionalização. Estas estratégias são compostas pelos Serviços Residenciais Terapêuticos, pelo Programa de Volta para Casa e pelas estratégias de Reabilitação Psicossocial, na qual inclui as Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, os Empreendimentos Solidários e as Cooperativas Sociais (BRASIL, 2011).

A RAPS, como dito anteriormente é ordenada pelos CAPS, logo, a presença dele é de suma importância à atenção para a saúde mental. No contexto belorizontino, os Centros de Atenção Psicossociais, foram renomeados de CERSAM (Centro de Referência em Saúde

Mental). A sua implementação foi iniciada no ano de 1993, no Distrito Sanitário do Barreiro, paulatinamente outras unidades foram inauguradas, perfazendo atualmente um total de 8 CERSAM, do tipo III nos distintos distritos sanitários do município, sendo eles: Pampulha, Venda Nova, Norte, Barreiro, Nordeste, Noroeste, Leste, Oeste.

Além destas unidades, a Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte também conta com: 3 CERSAM AD III, 2 CERSAM i, além do Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), que, apesar de ser uma organização de âmbito estadual, referencia as regionais leste, oeste e centro-sul. Assim, o município conta com 14 serviços de Atenção Psicossocial, em diferentes modalidades (SOUZA, 2008).

Como especificidade da RAPS do município em relação à urgência, foi criado o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP). O SUP é um serviço de urgência noturno localizado no Hospital Santa Casa que funciona todos os dias da semana das 19 às 8. Ele oferece cuidados com os leitos fixos além de um serviço móvel, flexível e integrado à rede de saúde do município. Vale ressaltar que os CERSAM do município de Belo Horizonte não realizam acolhimento de pacientes em crise após às 19 horas, cabendo ao SUP receber estas demandas e, no dia posterior encaminha-las ao Centro de Referência em Saúde Mental da regional que o usuário reside (SOUZA, 2008).

Vieira Filho e Nóbrea (2004), afirmam existir uma certa discrepância entre a teoria e a prática cotidiana dos serviços de atenção psicossociais em âmbitos que vão desde as diretrizes norteadoras até conflitos políticos nos quais envolvem diretamente as lentas mudanças institucionais. Os autores acreditam que, para superar estas dificuldades, sendo elas às vezes até mesmo estruturais é necessário a elaboração de alternativas políticas e técnico-profissionais principalmente em nível distrital sanitário.

Após anos de resistência cívica e vitórias acumuladas, a Reforma Psiquiátrica Brasileira está caminhando, ainda que a passos curtos, em direção a uma política de humanização efetiva no qual há uma desinstitucionalização responsável. Neste processo de descentralização em relação às grandes instituições e a implementação de políticas territoriais junto aos serviços de Rede e da sociedade em geral entre outras condutas, o paciente deixa de ser excluído em espaços desumanos rumo à criação de novas possibilidades e cidadania do usuário.

2.2 Formação do psicólogo para o trabalho na atenção substitutiva à saúde mental

Segundo Ferreira Neto (2011), a legislação de 1962 na qual regulamentou a prática em psicologia foi estabelecida em três grandes áreas de atuação, sendo elas: a clínica (tradi-

cional), a escolar e a organizacional. Logo, todos os cursos de psicologia deveriam abranger em seus respectivos currículos estas três áreas. A partir deste contexto de divisão em grandes áreas de atuação, houve o estabelecimento da psicologia clínica como o grande carro-chefe na prática profissional dos psicólogos.

Este fato se deve principalmente à escassez de profissionais frente à nova “demanda de uma classe média que ascendia com a industrialização do país, tornou essa uma atividade altamente lucrativa.” (CURY; FERREIRA NETO, 2014, p. 501). Segundo os autores, a clínica como principal prática profissional marcou de modo significativo a psicologia, pois, além de influenciar diretamente na formação por meio dos currículos acadêmicos, também teve grande influência no imaginário social sobre o profissional da psicologia.

Tais distorções acerca da profissão só vieram a ser questionadas com clareza e magnitude a partir da segunda metade da década de 1970, período marcado pelo movimento de redemocratização. O movimento de redemocratização se deu em um contexto histórico turbulento com grande participação de movimentos sindicais e dos trabalhadores, que, apoiados pelos intelectuais e partidos políticos progressistas “buscavam por um país mais justo, menos violento e mais sensível aos problemas da grande população” (OLIVEIRA et al. 2004, p. 72-73).

Foi a partir deste movimento que se começou a pensar pela primeira vez na história da psicologia brasileira em uma prática direcionada para as necessidades e demandas das classes populares. Desde então é evidente o grande aumento da presença de psicólogos para trabalhar em áreas do governo de cunho social, principalmente na Rede de saúde, na Assistência Social, na área jurídica e nas secretarias de segurança.

É também neste momento que a psicologia como prática profissional enfrenta enormes problemáticas, pois, o psicólogo se choca com uma nova realidade de trabalho até então desconhecida, onde há a manifestação de ideais de pluralidade e dispersão, em que, os acontecimentos e seus consequentes desdobramentos não podem ser previstos como eram anteriormente (FERREIRA NETO, 2004). Este novo contexto no campo de trabalho se tornou um fato preocupante, assim, houve uma enorme demanda por revisão dos modelos de formação em psicologia para que estes fossem reavaliados e reformulados de acordo com as novas necessidades e tendências da profissão.

De acordo com de Ribeiro e Luzio (2008), os psicólogos atuantes nos novos serviços de urgência demonstram diversas dificuldades em relação à implementação de prática e novos saberes condizentes às propostas da Reforma Psiquiátrica. Visto este impedimento, a implementação do modelo de atenção psicossocial torna-se dificultoso.

3 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos neste presente estudo, trabalhou-se com a abordagem de caráter qualitativo por este modelo de análise dar oportunidade de explorar as diferentes representações sobre o assunto em questão. De acordo com Cantele, Arpine e Roso (2012), a finalidade da pesquisa qualitativa vai além do caráter descritivo de opiniões. O foco principal desta é constituído pela investigação de diferentes representações e às autênticas opiniões dos entrevistados sobre determinado assunto.

Dentro da abordagem de pesquisa qualitativa, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. Este tipo de estruturação estabelece critérios de investigação mais precisos, mas, sem desqualificar as ideias do entrevistado. Também se acredita que, a entrevista pode proporcionar à pesquisa importantes trocas de ideais e significados, onde diferentes realidades e diferentes percepções dos sujeitos envolvidos no processo podem ser envolvidas de modo significativo na produção de conhecimento (Cantele, Arpine e Roso, 2012).

Inicialmente, considerou-se realizar as entrevistas com 1(um) psicólogo de cada um dos 8 CERSAM III (dispositivo destinado ao atendimento de pessoas com sofrimento mental) do município de Belo Horizonte. De acordo com a cartilha “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossociais” (BRASIL, 2004), uma equipe do CAPS na modalidade III, deve ser formada por, no mínimo 16 profissionais distribuídos em: 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais, entre eles, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior. Além destes já citados, devem contar com 8 profissionais de nível médio, entre eles: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004). Levando em conta a distribuição básica das equipes, e a presumível pluralidade dos 5 profissionais de nível superior, acredita-se que esta amostragem representa de maneira suficiente a população foco deste estudo.

Porém, devido a complicadores burocráticos durante a busca de obtenção de consentimento por parte do CEP-SMSA/BH (Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos) da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), foram entrevistados seis psicólogos de diferentes regionais. Por isso, 2 psicólogos de duas regionais não foram entrevistados.

Como critério de inclusão da população, apenas os psicólogos que atuassem há pelo menos 6 meses no dispositivo foram considerados para a concessão da entrevista. Este fato se deve por acreditar-se que, este período de tempo é suficiente para a compreensão das diretrizes, objetivos e funcionamento do CAPS. Logo, foram excluídos os profissionais com menos

de 6 meses de atuação. Ao entrar em contato com os gerentes das diferentes unidades, os profissionais a serem entrevistados foram indicados pelos próprios gestores.

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e os respectivos nomes foram modificados para pseudônimos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP-SMSA/BH), CAAE 10504. As entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho dos profissionais, ou seja, nos CERSAM durante o período de junho a outubro de 2016. Com o consentimento, as entrevistas foram gravadas e depois transcritas.

Os dados obtidos foram analisados através do método análise de conteúdo descrito por Bardin (1977). Seguindo suas orientações, realizou-se uma pré análise do material coletado com o objetivo de torna-lo operacional e passível de sistematização. Posteriormente, iniciou-se a exploração do material. Nesta etapa definiu-se as categorias e subcategorias as quais foram construídas por diferenciação e reagrupamento de acordo com os critérios pré-definidos no estudo a partir de um sistema de classificação de códigos.

De acordo com Bardin (1977), a codificação “corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão” (p. 106). Segundo a autora, esta fase da análise do conteúdo é a mais importante, já que, é nela que o pesquisador, a partir do processo de categorização vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e interferências do material coletado. A terceira e última fase foi constituída pela interpretação, análise crítica e reflexiva dos resultados obtidos.

As análises obtidas através do método distrito por Bardin foram divididas em três grandes temáticas, sendo elas: O trabalho do psicólogo no CERSAM; A urgência no novo modelo de atenção à saúde mental e a formação do psicólogo para atuação no novo modelo de atenção à saúde mental.

Quadro 1 – descrição do perfil dos participantes

NOME	GÊNERO	TEMPO DE GRADUADO	TEMPO DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO	TRABALHA OU TRABALHOU EM OUTRO DISPOSITIVO DA REDE?
Ana	Feminino	16 anos	1 ano e 2 meses	Sim, trabalhou. CS e HP.
Bernardo	Masculino	12 anos	5 anos	Sim, trabalha. CS
Carlos	Masculino	23 anos	13 anos	Sim, trabalha. CS.
Danilo	Masculino	28 anos	3 anos	Sim, trabalhou. CS.
Emanuela	Feminino	-	12 anos	-
Fabíola	Feminino	28 anos	3 anos	Sim, trabalhou. CS.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Como observado no Quadro 1, em relação a gênero, a amostra apresentou-se homogênea, tendo três participantes do sexo masculino e outros três do sexo feminino. Ao que se diz de tempo de atuação no serviço, não há um padrão, pois houveram variações neste quesito. Enquanto dois dos entrevistados possuíam pelo menos 13 anos no dispositivo, outros três contavam com um tempo de 3 e 5 anos e outro com menos de 1 ano e meio.

Já em relação ao tempo de formado, todos os entrevistados que se teve dados obtidos sobre o assunto possuem mais de 10 anos, sendo o menor tempo 12 anos e o maior 28 anos. É interessante ressaltar o fato de todos os profissionais que se tem dados obtidos sobre demais experiências fora CERSAM, já trabalharam e/ou trabalham em outros dispositivos do SUS, especialmente em Centros de Saúde (CS).

4 RESULTADOS

4.1 Trabalho do psicólogo no CERSAM

De acordo com os entrevistados, salvo os atendimentos clínicos, não existe um papel específico do psicólogo, todos os profissionais da equipe multiprofissional, composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais realizam o mesmo trabalho, a mesma função no serviço. Esta função geral é caracterizada por acolher o usuário em crise recém-chegado ao dispositivo, realizar o diagnóstico e definir condutas para que este paciente tenha o suporte necessário para sair da crise.

Não existe um papel específico para cada categoria, esse papel é o mesmo para todas as categorias, que é: acolher os pacientes, definir o diagnóstico, definir as condutas e definir o projeto terapêutico para que o paciente saia da crise. Não existe aqui um processo de trabalho, assim como não há em nenhum CERSAM onde o psicólogo exerce só a função de psicólogo, onde o assistente social exerça só a função de assistente social e o TO só a função de TO. (Bernardo).

Por não haver uma separação clara de funções, esta equipe multiprofissional não possui papéis pré-definidos e os diversos conhecimentos se inter cruzam em uma prática única, com exceção dos médicos. No serviço, os médicos, além de exercerem a função geral descrita anteriormente, detém a exclusividade na prescrição de medicamentos.

Ferreira Neto (2011), nos lembra que ainda que os psicólogos estejam inseridos dentro do sistema de saúde juntamente com uma equipe multiprofissional em suposto “pé de igualdade”, os mesmos vivem em condição de subalternidade na hierarquia interna deste campo dominado pela categoria médica. “Isso pode ser demonstrado tanto na organização do traba-

lho quanto na diferença na remuneração das categorias” (FERREIRA NETO, 2011, p. 107).

Como dito anteriormente, a missão dos profissionais atuantes do CERSAM é constituída por diversas condutas visando a superação da crise. Para que tal fato ocorra, o trabalho da equipe multiprofissional nas unidades do CERSAM do município de Belo Horizonte, MG, é realizado em turnos, sendo eles constituídos basicamente em três vertentes: o plantão, o ambulatório e as reuniões de equipe.

Então o serviço vai funcionar da seguinte forma, nós temos turnos de trabalhos que a gente trabalha com plantão onde a gente vai estar acolhendo os casos graves que chegarem e também vai estar trabalhando com os casos que estão aqui em regime de assistência intensiva entre outras funções do plantão. Tem o turno que a gente está em ambulatório, que a gente atende os pacientes que a gente referência, tem horários que a gente faz oficinas terapêuticas e reuniões de equipe. (Fabiola).

É feito uma anamnese e aí é determinado se ele vai tratar aqui, se é um caso pra ser tratado no CERSAM. Se não é, ele é orientado a tratar em outro lugar. Ou se é só uma questão pontual, que pode ser resolvida rapidamente. Ou se é necessário fazer o acompanhamento em outro lugar, como centros de saúde, outra unidade ou se é para tratar aqui. Se é para tratar aqui, a gente define se vai ser tratamento ambulatorial, que é com agendamento ou se é permanência dia, que é um serviço que o paciente passa o dia no CERSAM e vai embora dormir em casa. (Ana).

Desde a inscrição do usuário no dispositivo, uma equipe ou um técnico de referência com nível superior fica responsável pela referência do mesmo. Este profissional, pode ser psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social ou enfermeiro, e se torna o técnico de referência deste usuário. É importante salientar que o médico deve acompanhar todos os casos juntamente com o técnico de referência. Assim, ele não se torna responsável apenas por alguns casos, mas por todos devido a medicação.

Além de ser responsável pelo fluxo do usuário na RAPS, também é função do técnico de referência elaborar, juntamente ao sujeito com sofrimento mental um projeto terapêutico singular (PTS) adequado às necessidades, predileções e demandas deste último, para que este estabilize e vá, mesmo por meio de pequenos passos, rumo à reinserção social. Após a estabilização da crise e avaliação por parte dos profissionais responsáveis pelo usuário, é comum que este continue seu tratamento em outro dispositivo da Rede, como por exemplo em um Centro de Saúde e/ou Centro de Convivência. Vale lembrar que o CERSAM é um serviço de urgência à crise, logo, após a equipe consentir sobre o estado do usuário, cabe a esta última decidir se o tratamento irá ser ou não no CERSAM.

Além do PTS, os psicólogos são responsáveis por realizar atendimentos clínicos e, quando cabível, como já abordado anteriormente, ministrar oficinas terapêuticas nas quais podem variar de acordo com as demandas do serviço e/ou dos usuários além das predileções

personais dos próprios profissionais enquanto a temática. Já as reuniões de equipe são descritas como os momentos em que todos os profissionais da unidade têm principalmente para discutir casos, possibilidades de encaminhamento e conversas com os demais serviços da Rede, como Centros de Saúde e Residências Terapêuticas.

Após a descrição da dinâmica de trabalho de acordo com o funcionamento e organização interna do dispositivo como um todo, foi constatado que, apesar dos profissionais atuantes no serviço terem formações diferentes, logo, olhares diferentes sobre um usuário em crise, não há papéis específicos e atribuições singulares aos diferentes profissionais, com algumas ressalvas, especialmente no caso dos médicos.

4.2 A urgência no novo modelo de atenção à saúde mental

Para Silva (2013), a urgência psiquiátrica é o momento em que o paciente se encontra em uma situação de crise. A crise pode surgir quando o sujeito se depara com situação de conflito, gerando desorganização do sujeito e o consequente aumento de vulnerabilidade. Para os profissionais atuantes no CERSAM, a crise é caracterizada por quadros de agitações e/ou delirantes nos quais os usuários precisam de cuidados rápidos e continuados.

Silva (2013) ainda afirma que, no momento da crise é necessário que os profissionais envolvidos sejam capazes de acolher os pacientes sem a tentativa de trazê-los a normalidade. Para a autora, este momento deve ser direcionado para que o sujeito “dê conta” de enfrentar seus problemas, voltando ao seu estado habitual de convivência. Silva (2013), ainda ressalta que a falta de preparo dos profissionais envolvidos no cuidado a pacientes em momento de crise pode atrapalhar o processo de estabilização do paciente. É interessante ressaltar que entrevistados não mencionaram espontaneamente como os quadros depressivos com risco e/ou tentativa de autoextermínio, mesmo quando sabe-se que são considerados casos prioritários de saúde mental.

Os psicólogos entrevistados avaliam a qualidade da atenção prestada no CERSAM como satisfatória, pois, apesar de alguns contratemplos, o serviço realmente cumpre com a missão de ser um dispositivo da Rede com a finalidade de desconstruir o modelo manicomial. Além disto, a aprovação destes profissionais em relação a qualidade do serviço está relacionada ao tratamento humanizado para com os usuários, ideal este, advindo da reforma psiquiátrica.

Eu acho que ele é um serviço de uma qualidade primorosa porque eu vejo que os pacientes são tratados de uma forma digna com respeito com muito cuidado, (...) é um serviço de uma qualidade excelente, se eu tivesse um parente precisando de um atendimento psiquiátrico de urgência eu iria dar preferência ao atendimento no CERSAM, não em um serviço privado. (Fabíola).

O principal complicador para que o CERSAM funcione de maneira exemplar é o sucateamento do serviço. Essa defasagem está relacionada especialmente a estrutura física e falta de materiais e serviços básicos. As queixas vão desde a falta de um espaço adequado e transporte para os usuários, até a ausência de roupa de cama e medicamentos.

Eu acho que a dificuldade que a gente encontra é mais estrutural (risos). É do serviço enquanto às vezes, de uma estrutura para dar conta disso né. Então se o serviço tá precarizado, não ter lençol pra colocar na cama, isso dificulta. Isso dificulta que o paciente volte a se organizar, né. É às vezes você precisa de uma determinada medicação que não tem no serviço, né. A própria estrutura física do serviço não é a mais adequada. (Ana).

Além da estrutura física imprópria e a falta de serviços e materiais, queixas sobre a dificuldade de acesso ao sistema único de informação ofertado pelo SUS também surgiram. Segundo os entrevistados, este sistema registra as passagens pelos serviços da Rede, diagnósticos, medicamentos em uso, entre outras informações essenciais para um entendimento amplo do caso.

A literatura encontrada reafirma tais reclamações. Segundo o estudo de Spink et al (2009), as principais queixas acerca dos serviços de saúde são a estrutura física inadequada para o desenvolvimento das atividades individuais e ou grupais e a falta de acessibilidade nos locais onde alguns CAPS foram implantados, gerando uma inadequação na qualidade dos atendimentos.

Ainda em relação aos obstáculos, a análise realizada também aponta a escassez de reposição de recursos humanos. De forma geral, quando um membro da equipe precisa se afastar de sua função, não há substituição deste profissional. Isso ocasiona diversas consequências, principalmente a sobrecarga do serviço. Especialmente houve observações enquanto à escassez de psiquiatras durante o período de plantão.

Spink et al. (2009), afirmam que a grande demanda combinada com a falta de profissionais nos dispositivos de saúde mental dificulta o desempenho terapêutico de cada equipe, na qual, os profissionais ali inseridos devem se desdobrar em suas funções para atender a grande demanda. As demandas que chegam ao serviço também foram apontadas como fator um fator complicador, pois, ao decorrer dos anos houve um aumento significativo de usuários em uso abusivo e/ou dependência em relação ao álcool e outras drogas. Tal fato sobrecarrega o servi-

ço, dificulta o diagnóstico e aumenta a tensão na equipe por esta última não ter preparo suficiente para este tipo de demanda.

Está chegando muitos casos que tem a ver também com o uso de drogas, então isso cria uma situação muito diferente pra gente, porque, além da questão da saúde mental, tem que se levar em conta a questão da clínica, né... Muitas vezes ele vem com um quadro de intoxicação e a gente tem encaminhar ele pra outro serviço, que no caso é a UPA, né. Então, ele foi pra UPA, ele retorna pra gente. A gente vai ter que olhar se ele é um paciente psicótico ou não. Porque se for psicótico mesmo com o uso abusivo de drogas, ele é conosco. (Carlos)

A integração da RAPS é necessária devido a organização do SUS, porém, durante a análise de dados tal associação demonstrou-se ambígua, pois, ao mesmo tempo que os entrevistados demonstram essa integração, também são apontadas dificuldades de articulação. De acordo com alguns entrevistados, tais obstáculos estão associados aos demais serviços tenderem a desconsiderar a parte orgânica do paciente psiquiátrico, e, por acreditarem no fato de todo paciente com sofrimento mental de certa forma pertencer somente ao CERSAM, como serviço exclusivo de atenção à saúde mental e não somente de atenção à crise, urgência.

Assim, os entrevistados salientam o risco de os usuários do dispositivo serem “esquecidos” pelos demais serviços da Rede.

A gente tem essas dificuldades de uma interlocução clínica mesmo, é uma questão muito difícil... parece que é bobo, mas é como se o usuário de saúde mental tivesse só a parte subjetiva, né, o resto, ele não tem corpo. (Bernardo).

Não existe essa coisa que a gente ainda escuta dos colegas do PSF, que é o Programa de Saúde da Família dizendo assim: “isso aí é paciente pra CERSAM, é caso de CERSAM”. Não, não tem isso. Num determinado momento, o paciente, usuário vai estar no CERSAM, em outro momento ele vai estar na unidade básica. Então não se pode falar que ele é um usuário pra CERSAM, que ele vem pra cá e nunca mais ele vai sair. Então é pensar nesta Rede né, que ele vai e volta e vai (Bernardo).

É importante ressaltar que, durante a realização da pesquisa que deu origem a este artigo, o país perpassava por uma crise política e econômica generalizada. Os entrevistados afirmavam haver certa influência política no sucateamento não apenas do serviço, mas da Rede como um todo.

O que tem sido difícil neste momento é a nossa condição política que a gente tem vivido, a falta de recurso e que isto tem prejudicado muito a qualidade assistencial. Assim, eu acho que o projeto é fabuloso, mas ele precisa de incentivo, né, precisa de custeio, precisa de gente que acredita nele para poder funcionar. (Ana).

Neste quesito, foram relatados muitos impasses enfrentados pelos profissionais no de-

sempenho do trabalho cotidiano. Sendo eles relativas a questões ligadas a especificidades locais, burocracia enquanto dificuldade de articular uma rede de encaminhamentos, problemas de infraestrutura inadequada para realização do trabalho, falta de recursos técnicos, escassez de profissionais, entre outros.

Todos esses obstáculos foram associados diretamente à escassez de recursos públicos, fato no qual, segundo os entrevistados afeta diretamente a implantação das diretrizes da política de saúde mental. Lembramos que os dados foram obtidos em uma época de dificuldades econômicas e políticas. Assim, acredita-se que isso pode ter sofrido influência nas respostas.

De qualquer modo, marca-se aqui a necessidade de um maior incentivo financeiro ao dispositivo, ou seja, mais investimento desde o básico como transporte, medicação, estrutura adequada, entre outros indo até mesmo uma redistribuição das demandas regionais, a fim de, o dispositivo ter a possibilidade de funcionar de forma satisfatória, cumprindo com todos os ideais propostos pela reforma.

4.3 Formação do psicólogo para a atuação no novo modelo de atenção à saúde mental

Os entrevistados afirmam que a formação na graduação foi deficitária para a atuação no campo da saúde mental, principalmente em relação ao trabalho nos novos serviços substitutivos de atenção à saúde mental. Além disto, eles também declaram o fato da formação para a atuação tanto na saúde mental quanto no serviço foi dada à margem da graduação ou após a ela, de uma forma extracurricular ou na própria prática no serviço.

A minha formação para a saúde mental se deu posteriormente porque eu busquei outros caminhos, mas na minha graduação foi muito pelo contrário, não incentivou em nada buscar essa área. (Ana).

Os participantes do estudo especulam que este fato ocorreu devido a dois motivos, sendo o primeiro deles a escassez do serviço em Belo Horizonte, pois, na época em que graduaram o projeto do CERSAM estava apenas iniciando. Já o segundo motivo se dá pela formação ter sido direcionada exclusivamente ao trabalho clínico tradicional. Além disto, quando se aprofundou sobre a temática da graduação e como ela ocorreu de forma geral, grande parte dos entrevistados afirmam que ela foi apenas uma grande “vitrine” na qual se via tudo de uma maneira muito superficial.

Também foi apontado como dificuldade a escolha da ênfase no final da graduação, pois, a fusão no curso de alguma forma favorece teorias e/ou práticas. Além disto, também

houveram apontamentos enquanto as complicações geradas com as atuais avaliações dos cursos. De acordo com o entrevistado Bernardo, a partir do momento em que a graduação enfatiza este tipo de avaliação, principalmente em relação a presença de titulados, o teórico se torna supervalorizado em detrimento da prática.

As instituições focaram de um tempo para cá, principalmente em questão das avaliações dos cursos. Elas começaram a focar muito em professores com uma titulação muito alta, com doutorado, com pós-doutorado. Não que isso não seja importante, óbvio que é, mas eu fico vendo assim, que às vezes falta um pouco de espaço para passar um pouco desta prática para estes alunos, porque, a prática é muito diferente. (Bernardo).

Como ponto positivo na graduação em psicologia, foram ressaltadas as práticas de estágio supervisionado, sendo elas, de acordo com os entrevistados, tomadas como fontes de suporte, contato direto com os professores e local de aprendizado em relação a prática.

Devido às lacunas na formação universitária dos profissionais, Mielke et al. (2009) afirmam haver a preocupação dos serviços em reforçar a educação permanente neste serviço a partir de maiores investimentos em estudos e pesquisas, para que, principalmente, não haja um retrocesso no sentido de manicomialização do serviço.

Por outro lado, Cury e Ferreira Neto (2014) apontam mudanças na formação em psicologia a partir de 2004, com o aumento da carga horária dos estágios curriculares supervisionados, sob influência da formulação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação. Isso acarretou maior aproximação dos estudantes com as práticas de intervenção em psicologia. Sobre a temática saúde mental na graduação, os entrevistados afirmam de modo unânime o fato da graduação em psicologia oferecer ao aluno um contato muito protegido em relação à loucura. Eles ressaltaram que a saúde mental foi abordada, principalmente, durante as aulas teóricas e práticas de psicopatologia, que tendem ser desrespeitosas ao paciente e resguardadas ao aluno.

Tal fato, para alguns dos psicólogos participante da pesquisa, chega a gerar certa angústia e até mesmo apatia à área, ao passo de alguns entrevistados dizer ser comum os alunos terem “muito medo da loucura, muito medo dos usuários”. Já sobre a base epistemológica para a saúde mental na graduação, a psicanálise foi apontada de forma unânime.

Já sobre o trabalho no CERSAM, todos os entrevistados afirmam que ele agregou enormemente na formação, pois, foi só a partir dessa experiência que eles tiveram uma oportunidade de contato direto com a crise, a urgência psiquiátrica. Essa proximidade com a crise, além de proporcionar uma maior facilidade de lidar com os usuários, também possibilita a

estes profissionais realizarem um melhor trabalho no serviço. Também há ganho enquanto a possibilidade de os profissionais terem maior facilidade para dialogar com os psiquiatras, além de levar o conhecimento aprendido no CERSAM a outros serviços da Rede, como o Centro de Saúde.

A crise apreço em todos estes lugares, mas, aqui é um lugar onde a crise tá na sua essência porque é um lugar de crise, então, esse manejo da crise, esse lidar com a urgência, essa coisa de ter que estar pronto a responder a tempo... Acho que isso que o CERSAM me trouxe. (Ana).

Porém, vale ressaltar o fato de todos os profissionais entrevistados terem ao menos 10 anos de formado (ver quadro 1), circunstância na qual deve ser levada em consideração na análise de dados. Como já vimos anteriormente neste estudo, no decorrer dos anos, os currículos acadêmicos para a graduação em psicologia vêm passando por constantes mudanças para atender as DCN, aspecto não capturado nessas entrevistas.

É interessante evidenciar que todos os entrevistados reconhecem haver uma diferença entre suas respectivas formações e ideias sobre a graduação e o que ocorre atualmente. De acordo com eles, houve um grande déficit na graduação em suas respectivas épocas, porém, hoje em dia, eles acreditam que houve uma mudança positiva significativa.

Mas, depois disso os cursos já tiveram algumas reestruturações do currículo, né, tiveram uma mudança, eu espero que isso já tenha melhorado. Mas assim, a gente vê até pelos estagiários uma questão muito deficitária ainda, sabe. (Bernardo).

Sabe-se que a assistência à loucura tem sofrido modificações ao longo do tempo. Devemos considerar que todo o processo envolve avanços e retrocessos. Contudo, diante dos desafios que ainda existem de tornar a formação qualificada para o campo da saúde mental, sabemos que ainda temos que avançar nesse campo polissêmico e cheio de controvérsias, no qual, deve envolver, acima de tudo, uma assistência de qualidade.

5 CONCLUSÃO

Durante os resultados, torna-se clara a dificuldade da graduação em prover uma sustentação instrumental necessária a atuação do psicólogo no CERSAM. Acredita-se que tal fato ainda ocorra, como apontado pelos entrevistados, devido às faculdades manterem com elementos da clínica tradicional, mesmo que desde 2004 tenha sofrido mudanças nessa dire-

ção. Tal fato deixa clara a necessidade da busca de novas habilidades e atitudes no trabalho na saúde coletiva, e, conseqüentemente à complexa e múltipla atuação em Rede.

Como nenhuma formação é capaz de “dar conta” de toda a complexidade envolvida na atuação em saúde, por isto, a interdisciplinaridade como compartilhamento de conhecimento entre diversos especialistas e premissa fundamental da clínica ampliada torna-se extremamente importante neste tipo de prática.

Dentre os pontos destacados pelos entrevistados e o referencial teórico que sustenta este artigo, uma formação acadêmica adequada, constituída pelas competências e comportamentos necessários, seria aquela que, além de trazer os conhecimentos epistemológicos característicos do campo de saber da psicologia, também invista no ensino da clínica ampliada e suas diversas diretrizes, premissas e ideais, principalmente ao que se refere ao trabalho interdisciplinar.

A revisão do trabalho realizado pelo psicólogo no CERSAM também se faz necessária, pois, devido a este ter frequentemente a clínica tradicional como prática norteadora, o profissional corre o risco de perde-se em seu próprio trabalho. A clínica tradicional, individual, compartimentada, superespecializada e fechada em si aprendida durante as aulas teóricas e práticas durante a graduação não bastam para a complexidade no trabalho. É necessário compreender e assimilar todas as múltiplas dimensões do paciente em sofrimento, como a família, o território, particularidades de cada indivíduo, entre outros fatores para que se vá além da patologia e se alcance novas possibilidades.

Como mencionado pelos entrevistados, os estágios também demonstram ser uma rica fonte de formação sobre o dispositivo e a Rede. Enquanto a formação dos psicólogos já inseridos no CERSAM, considera-se essencial a oferta de cursos de formação continuada. A partir da prática constante da formação continuada nos serviços, acredita-se em uma melhoria geral. Ao longo da história que houve um grande avanço por parte da saúde mental no Brasil e, em especial na cidade de Belo Horizonte. Porém, reconhecemos também que ainda há muito a se fazer para o não retrocesso do que já foi conquistado.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº. 3088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Clara. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v.2, p. 399-407, 2007.

CANTELE, Juliana; ARPINI, Dorian Mônica; ROSO, Adriane. A Psicologia no Modelo Atual de Atenção em Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, n. 32, v. 4, p. 910-925, 2012.

CURY, Bruno de Moraes; FERREIRA NETO, João Leite. Do Currículo Mínimo às Diretrizes Curriculares: os estágios na formação do psicólogo. **Psicologia em Revista**, n. 3, v. 20, p. 494-512, 2014.

DEVERA, Disete e COSTA-ROSA, Abílio da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Rev. psicol. UNESP**, n. 6, v. 1, p. 60-79, 2007.

FERREIRA NETO, João Leite. **A formação do Psicólogo: Clínica, Social e Mercado**. São Paulo: Escuta, Belo Horizonte: FUMEC/FCH, 2004.

FERREIRA NETO, João Leite. **Psicologia, Políticas Públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta, 2004; Belo Horizonte: São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig, 2011.

MIELKE, Fernanda Barreto et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 14, v. 1, p. 159-164, 2009.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de. et al. O Psicólogo Nas Unidades Básicas De Saúde: formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, n. 17, v. 9, p. 71-89, 2004.

ONOCKO-CAMPOS, Rosa. Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

RIBEIRO, Sérgio Luiz e LUZIO, Cristina Amélia. Diretrizes Curriculares e a Formação do Psicólogo para a Saúde Mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, n. 2, v. 14, p. 203-220, 2008.

SILVA, Carolina Hepp da. **Crise na saúde mental: Visão da Equipe Multiprofissional**. (Monografia de especialização) Centro Universitário UNIVATES, Curso de enfermagem. Lajedo, 2013. Disponível em:

<<https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/353/1/CAROLINESILVA.pdf>. > Acesso em 10 de fev. 2017.

SOUZA, Políbio de Campos. Acolhendo o que transforma. In NILO et al. (Org.) **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O Cotidiano de uma Utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, cap. 2, p. 112-128, 2008.

SPINK, Peter Kevin; BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do; BICHARA, Tatiana Alves Cordaro. **Práticas Profissionais dos(as) Psicólogos(as) nos Centros de Atenção Psicossocial**. Org. Conselho Federal de Psicologia; Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. p 68. 1a Ed. Brasília, DF, 2009.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência e Saúde**. Manguinhos, n. 1, v. 9, p. 25-59, 2002.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes e NÓBREGA, Sheva. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, n. 9, v. 2, p. 373-379, 2004.