

Prefeitura de Fortaleza do Estado do Ceará

FORTALEZA-CE

Rede de Atenção Psicossocial –RAPS

Psicólogo

Edital Nº 77/2018

JL167-2018

DADOS DA OBRA

Título da obra: Prefeitura de Fortaleza do Estado do Ceará

Cargo: Psicólogo

(Baseado no Edital Nº 77/2018)

- Conhecimentos Específicos

Gestão de Conteúdos

Emanuela Amaral de Souza

Diagramação/ Editoração Eletrônica

Elaine Cristina

Igor de Oliveira

Ana Luiza Cesário

Thais Regis

Produção Editorial

Suelen Domenica Pereira

Julia Antoneli

Leandro Filho

Capa

Joel Ferreira dos Santos

SUMÁRIO

Conhecimentos Específicos

Psicologia enquanto prevenção e promoção da saúde.....	01
Psicodiagnóstico.....	02
O psicólogo atuando em equipe multidisciplinar.....	03
Psicologia social comunitária.....	07
Gestão da clínica em saúde mental.....	09
Psicologia hospitalar.....	13
O psicólogo e a alienação parental.....	16
Direitos humanos e atuação do profissional de psicologia.....	20
Desenvolvimento psíquico, motor e social do indivíduo, em relação à sua integração à família e à sociedade.....	24
Leis, regulamentações, estatutos e demais resoluções relativas ao exercício da atividade do psicólogo.....	31
Ética profissional e legislação pertinente.....	31
Psicometria.....	36
Diagnósticos psicológicos na prevenção da saúde mental.....	41
A utilização de medidas estatísticas na prevenção da saúde mental.....	43
Psicopatologias.....	44
Teorias e técnicas psicoterápicas.....	47
Psicologia da personalidade.....	52
Reforma Psiquiátrica, Rede de Atenção Psicossocial –RAPS e demais Redes de Atenção à Saúde.....	57
Intersetorialidade das ações em saúde mental.....	61
Projeto Terapêutico Singular.....	68
Matriciamento em Saúde Mental.....	69
Política de redução de danos.....	70
Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.....	74
Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.....	76
Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).....	78
Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.....	98
Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.....	108
Lei nº 12.151 –De 29 de julho de 1993 –Ceará. Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências.....	110
Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS –RAPS (república em 31.12.2011).....	111
Portaria Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).....	118
Portaria Nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.....	122
Portaria nº 148, de 31 janeiro 2012. Define normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.....	135
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).....	140
Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.....	151
Portaria nº 121, de 25 de janeiro 2012, Institui Unidade de Acolhimento –UA.....	154
Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Portaria de Consolidação Nº 1, 28 DE SETEMBRO DE 2017-DOU Nº 190, DE 03/10/2017.....	158
Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema	

SUMÁRIO

Único de Saúde. Portaria de Consolidação Nº 2, 28 DE SETEMBRO DE 2017-DOU Nº 190, DE 03/10/2017.....	163
Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.	163
Portaria de Consolidação Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017-DOU Nº 190, DE 03/10/2017.....	163
Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.	163
Portaria de Consolidação Nº 4, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017-DOU Nº 190, DE 03/10/2017.	163
Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.	163
Portaria de Consolidação Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017-DOU Nº 190, DE 03/10/2017.	163
Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.....	163
Portaria de Consolidação Nº 6 DE 28 DE SETEMBRO DE 2017-DOU Nº 190, DE 03/10/2017.	163
Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.	163
Portaria Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017 -Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.....	164
Retificação da Portaria nº 3.588, disponível em: http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/janeiro2018/dia22/retif3588.pdf	164
Resolução Nº 32, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017-Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	166
Portaria Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.	167
Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	170
Lei Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Dispõe sobre o ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, e dá outras providências.	170
Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.....	173
Portaria de Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.....	175
Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 (redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS, e atualiza as equipes habilitadas).	176

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Psicólogo

Psicologia enquanto prevenção e promoção da saúde.....	01
Psicodiagnóstico.....	02
O psicólogo atuando em equipe multidisciplinar.....	03
Psicologia social comunitária.....	07
Gestão da clínica em saúde mental.....	09
Psicologia hospitalar.....	13
O psicólogo e a alienação parental.....	16
Direitos humanos e atuação do profissional de psicologia.....	20
Desenvolvimento psíquico, motor e social do indivíduo, em relação à sua integração à família e à sociedade.....	24
Leis, regulamentações, estatutos e demais resoluções relativas ao exercício da atividade do psicólogo.....	31
Ética profissional e legislação pertinente.....	31
Psicometria.....	36
Diagnósticos psicológicos na prevenção da saúde mental.....	41
A utilização de medidas estatísticas na prevenção da saúde mental.	43
Psicopatologias.	44
Teorias e técnicas psicoterápicas.....	47
Psicologia da personalidade.....	52
Reforma Psiquiátrica, Rede de Atenção Psicossocial –RAPS e demais Redes de Atenção à Saúde.	57
Intersectorialidade das ações em saúde mental.....	61
Projeto Terapêutico Singular.	68
Matriciamento em Saúde Mental.....	69
Política de redução de danos.....	70
Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.....	74
Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.	76
Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).	78
Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.....	98
Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.	108
Lei nº 12.151 –De 29 de julho de 1993 –Ceará. Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências.....	110
Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS –RAPS (república em 31.12.2011).	111
Portaria nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).	118
Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.....	122
Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.	135
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).	140
Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.	151
Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, Institui Unidade de Acolhimento –UA.....	154
Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Portaria de Consolidação Nº 1, 28 DE SETEMBRO DE 2017-DOU Nº 190, DE 03/10/2017.....	158
Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Portaria de Consolidação Nº 2, 28 DE SETEMBRO DE 2017-DOU Nº 190, DE 03/10/2017.....	163
Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.	163

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Psicólogo

Portaria de Consolidação Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017-DOU Nº 190, DE 03/10/2017.....	163
Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.	163
Portaria de Consolidação Nº 4, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017-DOU Nº 190, DE 03/10/2017.	163
Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.	163
Portaria de Consolidação Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017-DOU Nº 190, DE 03/10/2017.	163
Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.....	163
Portaria de Consolidação Nº 6 DE 28 DE SETEMBRO DE 2017-DOU Nº 190, DE 03/10/2017.	163
Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.....	163
Portaria Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017 -Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.	164
Retificação da Portaria nº 3.588, disponível em: http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/janeiro2018/dia22/retif3588.pdf	164
Resolução Nº 32, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017-Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	166
Portaria Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.	167
Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	170
Lei Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Dispõe sobre o ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, e dá outras providências.	170
Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.	173
Portaria de Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.....	175
Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 (redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS, e atualiza as equipes habilitadas).....	176

**PSICOLOGIA ENQUANTO PREVENÇÃO E
PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

Cezeresnia, citando Leavell & Clarck (1976:17), define a prevenção da saúde como: “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”.

Assim, a prevenção da saúde consiste intervenções que objetivam evitar o surgimento de doenças, procurando trabalhar com grupos de risco e utilizando uma abordagem direta e persuasiva, o que diminui a incidência e prevalência de enfermidades nas populações. Sinteticamente, a prevenção tem como foco doenças específicas, objetiva reduzir a sua incidência, exige ações antecipatórias e se baseia no conhecimento epidemiológico.

A promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade, ela transcende a concepção de prevenção e visa o emulsionamento da saúde e bem-estar em geral, assim não se dirigindo a uma doença específica. Suas estratégias proporcionam o aumento das condições de vida como um todo, em níveis sociais, pessoais e físicos, trazendo o conceito de um ser biopsicossocial. Sendo a responsabilidade da promoção da saúde de vários setores, sempre na busca do bem-estar universal.

As práticas da psicologia são um importante espaço de promoção e manutenção da saúde, assim como a prevenção e o tratamento das doenças. As práticas estão diretamente ligadas à percepção que se tem de saúde, quadro que só será plenamente desenvolvido quando o conceito de saúde estiver entendido em sua magnitude. A psicologia ainda tem deficiência sob este aspecto, sendo que ela normalmente inicia-se na formação do profissional em relação à área da saúde, vez que uma visão demasiadamente clínica ainda impera, fazendo com que seu campo de trabalho ainda não esteja completamente desvendado.

Fatores como a interdisciplinaridade têm sido cruciais para as práticas do psicólogo na área, pois somente com uma visão completa do ser humano pode-se atingi-lo como um todo. A sua inclusão na saúde pode-se atribuir características de cuidado, humanização e qualificação da atenção à saúde, possuindo ligação à prática educativa para habilitação da sociedade em conjunto aos seus semelhantes.

A psicologia na saúde preventiva

O senso comum aponta que a saúde pode se resumir a ausência de sintomas de uma doença (ex.: febre, náusea; manchas na pele, etc) e de sinais concretos de que o corpo não está “funcionando” direito (ex.: Pressão alta; taquicardia; falta de ar, etc). Mas, lembrando da definição de saúde preconizada pela OMS, devemos entender o homem de forma holística, sob pena de ignorar toda a vastidão que caracteriza a existência humana.

Doença e bem-estar não são inteiramente conceitos distintos: eles se sobrepõem, com o aumento de graus de bem-estar e da doença variando ao longo de um conti-

nuum, com um status neutro na média. Assim, o termo *saúde* refere-se a uma gama de estados positivos de bem-estar físico, mental e social – não apenas a ausência de lesão ou doença – caracterizada por variações nos sinais saudáveis e estilos de vida. Em estados de doença ou lesão, processos destrutivos produzem sinais característicos, sintomas, ou debilidades (BAUM, SUTTON, JOHNSTON, 2005).

Em seu livro *Psicologia da Saúde*, Straub (2005, p.23) nos diz: *Podemos concordar que um sujeito saudável esteja livre de doenças, mas é bem provável que ele não esteja desfrutando de uma vida vigorosa e satisfeita. A saúde vai além disso.*

Saúde e doença estão sujeitos às influências psicológicas. Nossas emoções, comportamentos e cognições são de uma forma quando estamos saudáveis, mas mudam de maneira significativa quando estamos doentes. Além disso, o ambiente no qual estamos inseridos tem um papel importante. Nossas relações com a família; trabalho; comunidade a qual pertencemos e cultura que criamos dizem muito sobre como compreendemos a vida e como damos sentido à realidade que nos cerca. Elementos como a personalidade têm forte influência na saúde do indivíduo. Pessoas com altos índices de ansiedade, depressão, raiva/ hostilidade ou pessimismo generalizado têm maior risco de desenvolver diversas doenças, como úlcera e cardiopatias (BAUM, SUTTON, JOHNSTON, 2005). Qualquer processo psicológico ou intervenção que leve a uma mudança de comportamento que vise o bem estar do indivíduo é de interesse da Psicologia. Sabe-se que o trabalho do psicólogo clínico esteve atrelado durante décadas ao modelo médico, onde temos alguém “doente” ao qual devemos atendê-lo de forma a proporcionar uma “cura”. Este modelo ainda continua em vigor e, obviamente, tem o seu valor. Afinal de contas, existiram, existem e sempre existirão pessoas em situação que demande a assistência psicológica. Mas é importante ressaltar que este modelo ainda foca a doença, o assistencialismo e o cuidado paliativo. O profissional psicólogo tem um formação muitas vezes (para não dizer totalmente) voltada para o atendimento individual. Mas em saúde coletiva, as práticas preventivas exigem que novas formas de atuação sejam utilizadas; técnicas sejam adaptadas ou desenvolvidas e novos referenciais teóricos sejam consultados.

Uma das grandes ferramentas da psicologia para a área de saúde preventiva é o *empowerment* – “empoderamento”, numa tradução literal do inglês. Tem como objetivo ensinar os sujeitos a tomar as redes de sua própria vida, através da consciência crítica em relação ao binômio saúde-doença. Podemos encontrar fundamento nesta ação na idéia de Promoção da Saúde, definida na Carta de Ottawa como: (...) *processo de capacitar as pessoas para aumentar o controle sobre, e para melhorar sua saúde. Para atingir um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com o ambiente*” (OPAS, 1986).

A todo instante passamos por situações estressantes, dilemas, angústias, perdas e danos. O caos faz parte de nossa vida. Se as pessoas não aprendessem, se adaptas-

sem, moldassem ou se deixassem moldar pelo ambiente, talvez a raça humana jamais tivesse evoluído para o seu estado atual. Seguindo essa linha de raciocínio, a psicologia da saúde irá se nortear pelos caminhos que “causam” saúde – fatores salutogênicos – do que pelos fatores que causam a doença – fatores patogênicos (WHO, 2005, p.50).

Mesmo dotado de todo o conhecimento teórico e de técnicas de intervenção, o psicólogo da saúde precisa ainda ter em mente que não atuará só, mas muitas vezes em equipe multidisciplinar, onde discutirá propostas de intervenção junto a médicos, enfermeiros, nutricionistas e demais profissionais da área. Seu público alvo é diversificado: pacientes de hospitais ou clínicas de reabilitação; parentes que atuam como cuidadores de seus entes enfermos; trabalhadores de indústrias e pessoas que não adoeceram, mas estão num contexto de vulnerabilidade. *Indivíduos saudáveis ou em risco podem aprender comportamentos saudáveis preventivos. Frequentemente as intervenções desse tipo feitas por psicólogos da saúde concentram-se em mitigar o impacto negativo do estresse, promovendo mecanismos de enfrentamento ou um maior uso de redes de apoio social (STRAUB, 2005 p.46).*

Trazer informação de qualidade; fornecer orientações que tenham impacto e alto grau de resolutividade na realidade das pessoas são alguns dos muitos desafios do psicólogo que pretende atuar na área de saúde preventiva.¹

PSICODIAGNÓSTICO

No mundo atual, em que cada vez mais as pessoas tem sido compreendidas de uma forma global e não mais dentro da dicotomia corpo/mente, fica difícil para o psicólogo a tarefa de chegar a um diagnóstico que, muitas vezes, pode ser rotulante e avassalador para quem o recebe. A questão é que as exigências de convênios de saúde, locais de trabalho e instituições de ensino nos levam à obrigatoriedade de apresentar um diagnóstico fechado (MARQUES, 1989).

O psicodiagnóstico é um estudo profundo da personalidade, do ponto de vista fundamental clínico. É pouco mais que uma coleta de dados sobre a qual se organiza um raciocínio clínico que vai orientar o processo psicoterápico. Costuma ser um momento de transição, passaporte para o atendimento posterior, este sim considerado significativo no qual o cliente encontrará acolhida para suas dúvidas e/ou sofrimento. É um dos mais importantes diferenciais do trabalho do psicólogo em relação a outros profissionais. Pois quando bem realizado, pode ser tão terapêutico e esclarecedor para o paciente quanto o próprio processo psicoterápico.

Dessa forma, esse trabalho objetiva descrever o funcionamento do processo psicodiagnóstico clínico, relatando as etapas do atendimento. Assim, salienta-se a importância

¹ Adaptado de: www.redehumanizaus.net/www.redepsi.com.br / Fábio Fischer de Andrade

do mesmo para compreender de modo global a personalidade do paciente, para que sejam realizadas possíveis intervenções e encaminhamento conforme o caso.

Desenvolvimento

O psicodiagnóstico clínico é considerado uma prática bem delimitada, cujo objetivo é obter uma descrição e compreensão o mais profunda e completa possível da personalidade total do paciente ou do grupo familiar. Abarca os aspectos pretéritos, presentes (diagnóstico) e futuros (prognóstico) dessa personalidade (OCAMPO e ARZENO, 1975).

Assim, o o psicodiagnóstico é necessário a partir do enquadramento, que pode ser escrito, mais amplo, mais permeável ou plástico, conforme as diferentes modalidades do trabalho individual, ou também como refere Arzeno (1995) conforme as normas da instituição na qual o psicólogo trabalha.

Dessa forma, um dos meios de investigação utilizado nesse processo é a entrevista clínica, sendo um conjunto de técnicas usada em tempo delimitado dirigido por um entrevistador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos, em uma relação profissional, com o objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais ou sistêmicos, em um processo que visa a fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de intervenção em benefício das pessoas entrevistadas (Tavares, 2000).

Assim, no processo psicodiagnóstico Monachesi (1998), refere que estão envolvidos três figuras, sendo elas o cliente, a instituição e o psicólogo. As possibilidades de o cliente intervir no processo são praticamente nulas. As regras e a condição do processo estão a cargo da instituição e do psicólogo.

Diante a relação entre terapeuta e paciente, Lopes (2002) refere que esses se envolvem em pontos de vista diferentes, que são igualmente importantes, ou seja, na tarefa de construir os sentidos da existência de um deles. Com isto, o psicodiagnóstico não se presta apenas a preencher as necessidades de compreensão do psicólogo, com a consequente definição da patologia e indicação de medidas terapêuticas.

Além do mais, para Trinca (1984) a entrevista no processo psicoterapêutico ocupa um lugar relevante junto com a observação clínica e a aplicação de testes psicológicos, que são utilizados como auxiliares das entrevistas e demais técnicas de intervenção clínica, pois a entrevista é insubstituível.

Dessa forma, tratando-se do psicodiagnóstico de crianças, relacionado a avaliação, a técnica utilizada é o brincar. Roza (1999), comenta que a brincadeira é uma maneira de comportamento própria da infância, e pertence a um conjunto de atividades que compõe a noção do jogo, relacionada a desenhos, e outras atividades que são projetadas no ato, como forma de expressar seus sentimentos, pensamentos e conflitos.

Tratando-se do psicodiagnóstico clínico, o primeiro passo seria o momento em que o paciente faz a solicitação da consulta até o encontro pessoal com o profissional.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Psicólogo

No entanto, no segundo momento ou nas primeiras entrevistas tenta-se esclarecer o motivo latente e o motivo manifesto da consulta, as ansiedades e defesas que o paciente mostra, a fantasia de doença, cura e análise que cada um traz e a construção da história do indivíduo e da família e questão.

Assim, na avaliação é interessante ressaltar que a bateria de testes em um psicodiagnóstico deve atender às necessidades específicas de cada caso (MACEDO e CARRASCO, 2005). A escolha deve considerar a idade, o sexo, escolaridade e especialmente o objetivo do que se quer avaliar. Com isso também é importante que no contrato que ocupa um lugar de destaque, deve ficar claro para o paciente e seus responsáveis qual será o objetivo do processo. Deve contemplar também o número de sessões, seu tempo de duração, informações a respeito de técnicas e testes que possam ser utilizados, a questão do sigilo e essencialmente, o motivo pelo qual o paciente ou seus responsáveis buscam ajuda.

Também ocorre no psicodiagnóstico as entrevistas de anamnese onde são realizadas com o próprio paciente ou com aqueles que puderem trazer mais informações sobre sua história de vida. Dentro do psicodiagnóstico todas as entrevistas podem ser consideradas de alguma forma anamnese. Isto acontece porque os dados referentes à história de vida do paciente são coletados desde a entrevista inicial até a entrevista de devolução.

Em casos de atendimento com crianças e adolescentes, antes de buscar informações sobre a história individual do paciente, é necessário conhecermos a história da união dos pais, pois essas informações revelam o clima familiar à época de seu nascimento e que irão refletir em seu desenvolvimento biopsicossocial.

Depois desse processo, deve-se a refletir sobre o material colhido anteriormente e sobre nossas hipóteses iniciais para planejar os passos a serem seguidos e os instrumentos diagnósticos a serem realizados: hora do jogo individual com crianças e púberes, entrevistas familiares diagnósticas, testes gráficos, verbais, lúdicos, etc. Em alguns casos é de-se incluir entrevistas com os membros que podem estar implicados na patologia do grupo familiar (LOPEZ, 2002).

Após estuda-se o material colhido para obter um quadro mais claro possível sobre o caso em questão. Assim, Arzeno (1995), comenta que é necessário buscar recorrência e convergências dentro do material, encontrar o significado de pontos obscuros ou produções estranhas, correlacionar os diferentes instrumentos utilizados, entre si e com a história do indivíduo e da família.

Após todo o processo, ocorre a entrevista de devolução de informação, que pode ocorrer em uma ou várias sessões. Arzeno (1995) comenta que essa geralmente é feita de forma separada: uma com o indivíduo que foi trazido como protagonista principal da consulta e outra com os pais e o restante da família. Se a consulta foi iniciada como família, a devolução e nossas conclusões também será feita a toda a família.

Lopez (2002) refere que essa última entrevista está impregnada pela ansiedade do paciente, da sua família e, por que não dizê-lo, muitas vezes também pela nossa, especialmente nos casos mais complexos.

Ao fim do processo o psicólogo deve ter a sensibilidade para determinar o que pode e o que não pode ser dito. Acreditamos que o profissional deve devolver tudo o que é possível aos pacientes que se submeteram ao psicodiagnóstico, bem como a seus responsáveis, quando for o caso e que venha em benefício deles. Para que a entrevista de devolução seja bem sucedida, é imprescindível que tenhamos um conhecimento profundo do caso, uma vez que, sendo esta a última entrevista do processo, devemos ter as respostas para as perguntas iniciais (MACEDO e CARRASCO, 2005).

É preciso ter em mente que, no decorrer de todo o processo, somos depositários de tudo o que o paciente trouxe, tanto no que diz respeito à palavra quanto a observação e resultados de testes, quando estes forem utilizados.

Conclui-se que o processo psicodiagnóstico se faz importante para auxiliar na compreensão global da personalidade, como forma de investigação através das diversas técnicas como entrevistas, aplicações de testagem psicológica e também através do brincar (a hora do jogo).

Sendo assim, faz-se necessário referir que o psicodiagnóstico trata-se do processo de avaliação psicológica, através do que se obtém as informações relevantes acerca da estrutura e do dinamismo psíquico do paciente, suas funções cognitivas, potenciais além de outras funções mentais, bem como traços de personalidade que instrumentalizam o terapeuta na formulação de hipóteses diagnósticas mais precisas.

Assim, busca-se analisar todo o conteúdo para que sejam feitas possíveis intervenções, como encaminhamento, e até mesmo dar continuidade ao atendimento psicológico. Tudo isso dependerá do caso em questão.

Salienta-se que o processo precisa ser bem conduzido por um terapeuta, pois somos depositários de todo o conteúdo projetado pelo paciente. Além do comprometimento ético e das informações que serão repassadas as pessoas referentes ao psicodiagnóstico.²

O PSICÓLOGO ATUANDO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.

A interdisciplinaridade ganha relevância no mundo ocidental a partir da década de 1960. Fazenda (2001), ao historicizar a evolução do conceito, demarca três passagens: na década de 1970, buscava-se uma definição de interdisciplinaridade; na década de 1980, tentava-se construir um método para a interdisciplinaridade e a partir da década de 1990, tenta-se a construção de uma teoria da interdisciplinaridade.

O conceito de interdisciplinaridade se relaciona com outros termos, tais como: disciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade. É importante entender esses termos.

Japiassu (1976) conceitua disciplinaridade como área homogênea de estudo com fronteiras bem delimitadas. É necessário explicitar a relação de poder que subjaz a disciplinarização, colocando-a como forma de controle da pro-

2 Fonte: www.unifra.br - Por Micheli Viera de Mello/ Lauren Machado Oliveira/ Vânia Fortes

dução do discurso. A disciplinarização cria, ilusoriamente, uma identidade que perpetua e reatualiza constantemente as regras.

A multidisciplinaridade implica uma justaposição de diversas disciplinas. Não pressupõe, necessariamente, trabalho em equipe e coordenação. Na multidisciplinaridade, bem como na pluridisciplinaridade, não se acordam conceitos e métodos. A segunda implica um nível maior de relação entre as disciplinas.

A interdisciplinaridade é conceituada pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas; desse processo interativo, todas as disciplinas devem sair enriquecidas. Não basta somente tomar de empréstimo elementos de outras disciplinas, mas comparar, julgar e incorporar esses elementos na produção de uma disciplina modificada.

A transdisciplinaridade iria mais além: não se restringiria às interações e à reciprocidades entre as disciplinas, uma vez que propõe a ausência de fronteiras entre elas. Muitos pesquisadores situam a saúde nesse campo.

Apesar de ser teoricamente correto considerar a saúde como campo transdisciplinar, pela complexidade de seu objeto, ao observarmos os serviços de saúde que contam com atendimento de equipe multiprofissional, percebemos que a organização de serviços se faz de forma fragmentada. Não queremos fazer coincidir aqui, a terminologia trabalho em equipe multiprofissional com interdisciplinaridade ou transdisciplinaridade, mas o trabalho de equipe multiprofissional pode expressar a possibilidade de integração das disciplinas científicas, pois elas se apóiam e se operacionalizam em tecnologias que se refletem no fazer cotidiano. Peduzzi (2001) comenta que o trabalho coletivo não é feito pelo trabalhador, mas pelo usuário, que peregrina de sala em sala e, até mesmo, de serviço em serviço. No plano da retórica, o trabalho em equipe é considerado o ideal das práticas em saúde e, miticamente, assume o lugar de solução apaziguadora para os conflitos entre as diversas áreas profissionais inseridas nesse contexto.

No Brasil, a partir da década de 70, diante das políticas de cunho racionalizador adotadas pelo setor de saúde, as equipes ganham destaque como forma de alcançar os objetivos propostos.

Com o movimento da Reforma Sanitária e as propostas de mudança do modelo assistencial, que se processaram no fim dos anos 80 e têm tentado se efetivar desde a década de 90, as equipes ganham relevância como forma de buscar a integralidade das ações e melhor qualidade dos serviços. Peduzzi (2001) nos alerta que, apesar de encontrarmos, em inúmeros trabalhos, relatos sobre equipes que atuam no campo da saúde, é necessário problematizar a ação parcelar que ainda existe no trabalho nessa área, que é contrário ao conceito de equipe. Um conjunto de pessoas que trabalham juntas só se torna equipe quando há elemento de identificação (de natureza simbólica) que as una, seja física ou virtualmente.

Pensamos esse elemento como resultante de um processo de inter-relação entre os trabalhadores em saúde e deles com os usuários na produção da saúde. Tal processo aponta a existência de redes de significados compartilha-

dos culturalmente e socialmente que sustentam a construção da significação de episódios patológicos. Essas redes de significados são constituídas por elementos cognitivos, afetivos e experiências, aglutinados nas relações sociais e nas configurações culturais.

O trabalho em equipe, quando visto como processo, demanda o repensar dos papéis, das relações de poder e dos conteúdos já instituídos. O trabalho assim organizado superaria a inércia burocratizada dos serviços públicos de saúde e interviria na divisão vertical do processo de trabalho, considerada impeditiva da resolubilidade dos serviços. Fica claro que o trabalho em equipe nos serviços de saúde só se efetivará quando forem trabalhadas as relações de poder, que se expressam, também, por meio da disciplinarização desse campo. Assim, reencontramos nosso tema - a interdisciplinaridade - agora como necessidade interna desse campo, seja devido à complexidade de seu objeto ou como forma de relativizar e trabalhar as relações de poder implícitas na disciplinarização.

Ao historicizar essa questão, Luz (2000) afirma que o campo da saúde pública se torna interdisciplinar, em meados do século XX, quando a crise político-ideológica que imperava no setor impulsionou modificações no conceito de saúde e foram introduzidos, gradualmente, outros saberes para pensar seu campo. A introdução de disciplinas como Direito, Ética e Ciências Sociais reforça e apóia outras ciências, até então sufocadas por disciplinas biologicistas, ligadas somente à preservação da vida. Luz (2000) enfatiza:

uma possível interdisciplinaridade no campo da saúde, incluindo as ciências sociais (e sua produção), está sendo construída a partir das exigências institucionais de gestão envolvendo o adoecimento das populações, que atingiram, nesta conjuntura de capitalismo globalizado, uma complexidade inimaginável. [...] a saúde passa a ser vista agora como um domínio de conhecimento e intervenção, domínio compartilhado com outras disciplinas, e não mais como um mero objeto, por mais complexo que seja esse objeto (LUZ, 2000, p. 62).

Corroborando as colocações de Luz, Gomes e Deslandes (1994) acreditam que a ampliação do conceito de saúde exige nova postura na produção do conhecimento e na práxis em saúde. Eles demarcam o campo da saúde pública como campo de correlação de forças no qual disciplinas se articulam, tendo, como pano de fundo, a consciência social e política que emerge no confronto das práticas.

Os autores pontuam, ainda, quatro obstáculos que a interdisciplinaridade enfrenta nesse campo: a tradição positivista e biocêntrica; os espaços de poder que o encastelamento disciplinar propicia; a falta de comunicação entre as instituições de ensino e pesquisa; as dificuldades próprias à interdisciplinaridade - operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas.

Nunes (1995) aponta que a possibilidade de haver interdisciplinaridade está na articulação entre o conhecimento do fato humano e a prática. Para ele, não existe desejo puro de saber, um saber descontextualizado. É necessário um projeto no qual os profissionais invistam seus esforços para a transformação de suas práticas cotidianas e a construção de novas formas de saber. Apesar de otimista