UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALINE SIQUEIRA ALMEIDA

Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços e seus conhecimentos sobre políticas em Saúde mental

RIBEIRÃO PRETO
2014

ALINE SIQUEIRA ALMEIDA

Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços e seus conhecimentos sobre políticas em Saúde mental

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: políticas, saberes e práticas

Orientador: Antonia Regina Ferreira Furegato

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Almeida, Aline Siqueira

Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços e seus conhecimentos sobre políticas em Saúde mental. Ribeirão Preto, 2014.

95 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Antônia Regina Ferreira Furegato

1. Enfermagem Psiquiátrica. 2. Saúde Mental.
3. Recursos Humanos. 4. Serviços de Saúde Mental.
5. Políticas de Saúde.

ALMEIDA, Aline Siqueira

Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços e seus conhecimentos sobre políticas em Saúde mental

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico este trabalho ao meu pai, Raimundo Donato de Almeida que, embora tenha partido cedo demais acredito que acompanha todas as minhas conquistas e está sempre a torcer por mim. É a ele a quem devo tudo o que sou hoje, e toda a minha força para alcançar os meus propósitos de vida.

Dedico também a todas as pessoas que já foram chamadas de “loucas”, por não se encaixarem as normas do senso comum, por terem tido a vontade de gritar e forçadamente foram caladas, a todos que tiveram sua razão acusada, sua vida aprisionada e terem sofrido as consequências cruéis desse estigma. A elas dedico todo o meu esforço.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe e minha irmã por todo apoio que me deram ao longo desse trajeto por mais uma conquista.

À Prefeitura Municipal de Uberlândia, aos funcionários de todos os serviços de saúde mental do município pela participação e colaboração no estudo.

À Professora Antônia Regina Ferreira Furegato, por toda sua paciência, ensinamentos e confiança que teve comigo durante o período do mestrado.

Aos funcionários e colegas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pelos auxílios e experiências vividos.

E por fim, a todos que direta ou indiretamente fizeram parte para a concretização deste trabalho.

“Minha querida mamãe,
Um velho cozido de carne com molho engordurado
E amargo ao longo do ano inteiro,
Um prato de macarrões nadando em óleo,
Ou então um prato de arroz do mesmo tipo,
Resumindo, uma porcaria do começo ao fim.
Eis o que me dão pelos seus vinte francos por dia,
É realmente uma prova de loucura gastar assim esse dinheiro.
Quanto ao quarto é a mesma coisa, não tem nada!
Nem um edredom, nem uma bacia higiênica,
Nada!
Não quero de forma alguma continuar na primeira classe
E peço a você, que quando receber essa carta,
Faça que me voltem a por na terceira classe como antes
Já que você teima, apesar dos meus protestos,
A me deixar nessas casas de saúde, onde sou horrivelmente infeliz.
Desprezando qualquer espécie de justiça, ao menos, economize seu dinheiro.
Quais são suas intenções quanto a mim?
Será que pretende me deixar morrer nesses asilos para alienados?
Você é muito dura ao me recusar um abrigo em Villeneuve
Eu não faria nem um escândalo como você pensa.
Ficaria demasiada feliz só por retornar a vida comum, pra fazer qualquer coisa.
Não ousaria me mexer nunca mais, de tanto que já sofri.
Você disse que seria necessário alguém para cuidar de mim ? Como assim?
Nunca tive uma empregada em toda a minha vida, foi você que sempre precisou.
Se você me desse apenas o quarto da senhora Règnier e a cozinha,
Poderia fechar o resto da casa, eu não faria absolutamente nada de repreensível,
Já sofri demais para me recuperar.
Você não vê que eles sempre mentem de propósito, para tirar o seu dinheiro?
Recebi o chapéu... fica bem
O casaco... é admirável!
E o resto que você me mandou.

Beijos Camille”

(Carta sem data, escrita por Camille Claudel à sua mãe, durante internação em manicômio francês, onde permaneceu 30 anos até sua morte em 1943)

RESUMO

ALMEIDA, A. S. **Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços e seus conhecimentos sobre politicas em saúde mental**. 2014. 95 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2014.

A atual proposta de reestruturação dos serviços de saúde mental no país tem o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva, por meio de equipes interdisciplinares, a toda a população. Este estudo teve por **objetivo** Identificar o perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental de Uberlândia, conhecer as atividades desenvolvidas nestas equipes e sua opinião sobre a aplicação das políticas de saúde mental. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa exploratório descritiva. Faz parte de um amplo projeto, desenvolvido por pesquisadores do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas – EERP USP. Participaram do estudo 51 dos 135 profissionais de ensino superior que atuam nos serviços de saúde mental do município de Uberlândia. Para a coleta dos dados, utilizou-se um roteiro com duas partes: 1- informações de identificação, formação e sobre as praticas desenvolvidas pelos sujeitos nos serviços; 2- questões sobre politicas e formação em saúde mental. Os dados foram analisados pelo STATA para encontrar prováveis associações entre variáveis. O Teste exato de Fisher foi utilizado para analisar a não resposta. **Resultados e Discussão:** Dos 135 funcionários de nível superior de 09 serviços locais (01 enfermaria, 01 ambulatório, 01 Centro de Convivência e 06 CAPS) foram entrevistados 51, no período de janeiro a agosto de 2013. Em um dos CAPS todos (25) profissionais recusaram-se a participar. A maior parte dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental são psicólogos (45,2%), do sexo feminino (71,8%). A categoria com maior jornada e experiência de atuação na área também é a psicologia, com 63% tendo 10 anos ou mais de formados e 37,3% com mais de 15 anos. A categoria médica é a que predomina com 60 horas semanais de trabalho. Apenas 37,3% dos participantes possuem especialização em saúde mental, sendo predominante a categoria médica. A categoria de psicologia é a que tem menor remuneração (52,9%) o que pode explicar a maior quantidade desses profissionais atuando em mais de um serviço. Os psicólogos também predominam no atendimento a famílias, utilizando a abordagem psicanalítica. 25% dos profissionais afirmaram realizar a administração de medicação, sendo 01 deles psicólogo, 10 enfermeiros e 02 médicos. Ações para promover autonomia do paciente são realizadas por 80% dos participantes, sendo que 61% afirmam realizá-la após alta do paciente e apenas 39% afirmaram promovê-las durante toda a permanência do paciente na instituição. Pouco mais de um terço dos participantes considera que a instituição onde trabalha segue totalmente as politicas em saúde mental. A atuação da enfermagem em saúde mental é satisfatória para 45,1% dos participantes. 55% dos participantes considera que há falha na formação profissional de sua categoria tal como já foi evidenciado em estudos anteriores. **Conclusão:** Esse estudo possibilitou conhecer o perfil e a caracterização das equipes dos serviços de saúde mental do município de Uberlândia. Confirmou-se que os dispositivos de base comunitária em saúde mental enfrentam muitas dificuldades e, a maioria não consegue seguir as politicas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Descritores: Enfermagem psiquiátrica**,** Saúde Mental, Recursos Humanos, Serviços de Saúde Mental, Políticas de Saúde.

ABSTRACT

ALMEIDA, A.S. **Roles and profile of the professionals working and their knowledge of policies in mental health services.** 2014. 95 p. Thesis (Master) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2014.

The current proposal for restructuring of mental health services in the country is committed to provide integral and effective assistance through interdisciplinary teams, to the entire population. This study aimed to identify the profile of the professionals working in the mental health services of Uberlândia, knowing the activities of these team and their opinion on the implementation of mental health policies. **Methodology:** This is a descriptive exploratory research. It is part of a larger project, developed by researchers at the Department of Psychiatric Nursing and Human Sciences - USP EERP. The study included 51 of 135 higher education professionals working in mental health services in the city of Uberlândia. For collect the data, a script with two part was used: 1 - identifying information, education and on the practices developed by the subjects in services; 2 - questions about policies and training in mental health. Data were analyzed by STATA to find associations between variables. The Fisher exact test was used to analyze non-response. **Results and Discussion:** Of the 135 senior level officials from 09 local offices (01 ward, 01 outpatient, 01 Treatment Center and 06 CAPS) 51 were interviewed in the period January to August 2013. In one of the CAPS (25) all professionals refused to participate. Most professionals working in mental health services are psychologists (45.2 %), female (71.8 %). The category with the greatest journey and experience working in the field is also psychology, with 63 % have 10 years or more of graduates and 37.3 % over 15 years. The medical profession is the predominant 60-hour working per week. Only 37.3 % of participants have expertise in mental health, with prevailing medical category. The category of psychology is that with lower pay (52.9 %) which may explain the greater number of these professionals working in more than one service. Psychologists also predominate in serving families, using the psychoanalytic approach. 25 % of professionals reported receiving administration of medication, and 01 of them psychologists, 10 nurses and 02 physicians. Actions to promote patient autonomy are made by 80% of participants, while 61 % say realize it after patient discharge, and only 39 % said they promote them throughout the patient's stay in the institution. Just over a third of respondents considered that the institution where they work completely follows the policies in mental health. The role of mental health nursing is satisfactory for 45.1 % of the participants. 55 % of participants considered that there is failure in vocational training in its class as has been shown in previous studies. **Conclusion:** This study helped understand the profile and characterization of teams of mental health services in the municipality of Uberlândia. It was confirmed that devices of community-based mental health care face many difficulties and, most fail to follow policies recommended by the Ministry of Health

Keywords: Psychiatric Nursing, Mental Health, Human Resources, Mental Health Services, Health Policy.

RESUMEN

ALMEIDA, S.A. **Funciones y perfil de los profesionales y su conocimiento de las políticas en los servicios de salud mental**. 2014. 95 h. Disertación (Maestria) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2014.

La actual propuesta de reestructuración de los servicios de salud mental en el país se ha comprometido a brindar atención integral y eficaz a través de equipos interdisciplinarios, a toda la población. Este estudio tuvo como **objetivo** identificar el perfil de los profesionales que trabajan en los servicios de salud mental de Uberlândia, conocer las actividades de estos equipos y su opinión sobre la aplicación de las políticas de salud mental**. Metodología:** Se trata de un estudio exploratorio descriptivo. Es parte de un proyecto más amplio, desarrollado por investigadores del Departamento de Enfermería Psiquiátrica y Ciencias Humanas - USP EERP. El estudio incluyó a 51 de 135 profesionales con educación superior que trabajan en los servicios de salud mental en el municipio de Uberlândia. Para la recolección de datos se utilizó un guión con: 1 - identificación de la información , la formación y en las prácticas desarrolladas por los sujetos en los servicios; 2 - preguntas acerca de las políticas y la capacitación en materia de salud mental. Los datos fueron analizados utilizando STATA probabilidades de encontrar asociaciones entre variables. Se utilizó la prueba exacta de Fisher para analizar la falta de respuesta. **Resultados y Discusión:** De los 135 funcionarios de alto nivel de 09 oficinas locales (sala 01, 01 pacientes ambulatorios, 01 Living Center y 06 CAPS) 51 fueron entrevistados en el período enero-agosto 2013. En uno de los todos los CAPSm 25 profesionales se negaram a participar. La mayoría de los profesionales que trabajan en los servicios de salud mental son los psicólogos (45,2%), mujeres (71,8 %). La categoría con mayor experiencia de trabajo en el campo es también la psicología, con el 63% tiene 10 o más años de graduados y el 37,3 % mayores de 15 años. La profesión médica es la que trabaja más a la semana, siendo 60 horas predominante. Sólo el 37,3 % de los participantes tienen experiencia en salud mental, la categoría médica es la que prevalece. La categoría de psicólogo es la que tienne salarios más bajos (52,9%) que puede explicar el mayor número de estos profesionales trabajando en más de un servicio. Los psicólogos también son los que predominan en el trabajo con las familias utilizando el enfoque psicoanalítico. Un 25% de los profesionales informó que administram la medicación , de ellos 01 psicólogo, 10 enfermeras y 02 médicos. Las acciones para promover la autonomía del paciente se hacen en un 80% de los participantes, de ellos el 61% dice que lo hace alta del paciente, y sólo el 39% dijo que ellos lo promueven durante la estancia del paciente en la institución. Poco más de un tercio de los encuestados consideró que la institución en la que trabajan sigue por completo las políticas de salud mental. El papel de la enfermería de salud mental es satisfactorio para el 45,1% de los participantes. El 55 % de los participantes consideró que es debido al fracaso en la formación profesional de su clase, como se ha demostrado en estudios previos. **Conclusió**n: Este estudio ayudó a entender el perfil y la caracterización de los equipos de los servicios de salud mental en el municipio de Uberlândia. Se confirmó que los dispositivos de atención de salud mental basados en la comunidad enfrentan a muchas dificultades y la mayoria no consigue seguir las políticas recomendadas por el Ministerio de la Salud.

Descriptores: Enfermería Psiquiátrica, Salud Mental, Recursos Humanos, Servicios de Salud Mental, Políticas de Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais de acordo com a forma que atendem famílias 47

Gráfico 2 - Distribuição do tipo de atendimento familiar realizado de acordo com a categoriaprofissional 48

Gráfico 3 - Distribuição do tipo de abordagem utilizada pelos profissionais para atendimento a famíliares de portadores de transtorno mental 49

Gráfico 4 - Distribuição de categoria profissional segundo registro da observação dos pacientes 49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo segundo o serviço em que atuam 36

Tabela 2 - Distribuição dos funcionários, segundo categoria profissional e participação no estudo 37

Tabela 3 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo faixa etária 38

Tabela 4 - Distribuição dos participantes do estudo segundo tempo de formado na área 38

Tabela 5 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo tempo de trabalho na área de saúde mental 39

Tabela 6 - Distribuição dos participantes do estudo segundo tempo de trabalho na instituição 39

Tabela 7 - Comparação do tempo de formado e tempo de atuação na área 40

Tabela 8 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo categoria profissional e jornada de trabalho 41

Tabela 9 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo especialização 42

Tabela 10 - Participantes do estudo, segundo especialização e tempo de formado 43

Tabela 11 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo faixa salarial 43

Tabela 12 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo classe social a que pertencem 44

Tabela 13 - Distribuição dos participantes do estudo que tem outro emprego 45

Tabela 14 - Cuidados de enfermagem desenvolvidos pelos profissionais das equipes 46

Tabela 15 - Opinião dos profissionais dos serviços de saúde mental do município de Uberlândia quanto à politica, as práticas e formação 52

LISTA DE SIGLAS

PTI – Projeto Terapêutico Individual

CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPSad- Centro de Atenção Psicossocial ao usuário de Álcool e Drogas

PSF- Programa Saúde da Família

ESF- Estratégia Saúde da Família

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

HC-UFU- Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

UBS – Unidade Básica de Saúde

UAI- Unidade de Atendimento Integrado

SRS- Superintendência Regional de Saúde

USP- Universidade de São Paulo

TO- Terapeuta Ocupacional

SS- Serviço Social

ABEP- Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa

RH- Recursos Humanos

MS- Ministério da Saúde

CFM- Conselho Federal de Medicina

PS- Pronto Socorro

COREN- Conselho Regional de Enfermagem

CRM- Conselho Regional de Medicina

OPAS- Organização Pan - Americana da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15

2 REFERENCIAL TEÓRICO 18

A - Aspectos históricos 18

B - Estrutura atual dos serviços de saúde mental no Brasil 22

C - Humanização e avanços nos cuidados em saúde mental 29

3 OBJETIVOS 31

3.1 Objetivos específicos 31

4 METODOLOGIA 32

4.1 Local 32

4.2 População e amostra 32

4.3 Procedimentos éticos 33

4.4 Instrumentos de coleta de dados 34

4.5 Coleta de dados 34

4.6 Procedimentos de análise 35

5 RESULTADOS 36

5.1 Perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental do município de Uberlândia 36

5.2 Caracterização do papel dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental do município de Uberlândia 46

5.3 Opinião dos participantes do estudo sobre as politicas, a prática e sua formação na saúde mental 50

5.3.1 Conhecimento dos participantes do estudo sobre políticas em saúde mental . 61

5.3.2 Estrutura dos serviços de saúde mental no atual sistema de assistência.....63

5.3.3 Responsabilidades dos profissionais nos serviços.....65

5.3.4 Planejamento e estratégias previstas para os serviços de assistência.....66

5.4 Descrição da equipe de saúde mental: categorias atuantes e papéis desempenhados.....67

6 DISCUSSÃO 71

7 CONCLUSÃO 78

REFERÊNCIAS.....80

ANEXOS 88

1 INTRODUÇÃO

A existência das doenças mentais é tão antiga como a vida, mas não a sua compreensão, sua identificação e interpretação. Os diferentes modelos de assistência em saúde mental são determinados por esta percepção e isto se deve ao fato de que os valores agregados são determinados e influenciados culturalmente e dependem da visão de homem e do conceito de normalidade propagados por cada cultura. O que para uma sociedade pode ser considerado adequado e comum, para a outra pode ser considerado anormal, estranho ou desviante (ESPINOSA, 1998; FUREGATO 1999; TROVO et al, 2003; HELMAN, 2003; GARLA, 2010).

O tratamento asilar, por muito tempo vigente em nossa sociedade, caracterizado pelo isolamento do sujeito em grandes manicômios, bem como o desrespeito aos seus direitos humanos vão contra a política atual de atenção em saúde mental. Os serviços de base comunitária visam à integralidade do atendimento, o restabelecimento das relações afetivas e sociais do sujeito na reconquista de sua inserção na sociedade, com o desafio de quebrar estigmas sobre os conceitos de loucura (REINALDO, 2008; FIGUEIREDO, CAMPOS 2008; DIAS, SILVA 2010; PINHO, HERNÁNDEZ, KANTORSKI, 2010).

Nessa perspectiva, o indivíduo com transtorno mental deve ser considerado como um ser que possui particularidades, potencialidades e questionamentos que devem ser considerados pelas políticas e práticas de saúde (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2006; AMARANTE, 2007; FUREGATO; SILVA, SANTOS, MOREIRA, 2008; BRASIL, 2010; MOREIRA, 2012).

O atual processo de cuidado em saúde mental é importante, pois o adoecimento mental é uma das formas de sofrimento humano que mais tem deixado pessoas à margem do processo produtivo, implicando em sofrimento individual, familiar e problemas sociais (VENETIKIDES, MACENO, D'ANGELIS, VALENTINI Jr, 2001; GONÇAVES, KAPCZINNSKI, 2008; JARDIM, CARTANA, KANTORSKI, QUEVEDO, 2009). Eles estão entre os três fatores principais para obtenção de aposentadoria por invalidez (MOURA, CARVALHO, SILVA, 2007). Além disso, representam quatro das 10 principais causas de incapacidade, em todo o mundo (OMS, 2001).

Dessa maneira, a proposta atual é para que os portadores de transtornos mentais, usuários dos serviços psiquiátricos e de saúde mental, possam ter tratamento integral no sistema de saúde brasileiro, de forma humanizada e que a sociedade os respeite como seres humanos e como cidadãos que devem manter os seus direitos e deveres amparados (BRASIL, 2004).

Dentre as diversas transformações para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) está a qualificação de seus trabalhadores, o que pode contribuir para esse objetivo ou distanciar-se dele, conforme o desenvolvimento das práticas educativas (SILVA, EGRY, 2003). Dessa forma, é conveniente promover a formação de profissionais, voltada para o desenvolvimento do senso crítico, humano, em um contexto sócio-político de atenção à saúde (LUCCHESE, BARROS, 2008).

Importante considerar que o profissional da área da saúde, quanto mais consciente de sua condição pessoal e social, de seu papel de trabalhador e de cidadão neste sistema, mais apto estará para eleger instrumentos de trabalho que visem e proporcionem o resgate dessa mesma condição de sujeito-cidadão às pessoas com transtornos mentais (OLIVEIRA, ALESSI, 2003).

O profissional, sendo consciente da importância de seu papel na estrutura de serviços de saúde mental, sabendo que deve haver uma ligação e, muito mais do que isso, uma consonância entre as diversas categorias que atuam nesse setor, certamente executará atividades concernentes ao tipo de paciente atendido e mediatizará sua presença ali com a vida em sociedade, facilitando sua reinserção. Deve ter em mente também, que não é a quantidade de deveres que tem dentro do serviço que o classifica em “bom” ou “mau” profissional, mas a qualidade de suas ações para atender as necessidades do paciente.

A definição concreta do que seriam os deveres e responsabilidades dos profissionais de uma equipe de saúde depende também do contexto socioeconômico e político. O valor de uso de um bem ou de um serviço é em si mesmo, um produto social e histórico. Vale reafirmar que a subjetividade e a cultura das instituições são também influenciadas culturalmente pelo protagonismo dos grupos, ou seja, são passíveis de mudanças, por meio da ação humana (CAMPOS, 1999).

Nesse sentido, a formulação de politicas, bem como a organização de serviços e as práticas terapêuticas, deve se basear em informações atualizadas e idôneas, tendo como parâmetros a comunidade, as políticas que direcionam o

sistema de saúde, os indicadores de saúde mental, os tratamentos, as estratégias de prevenção e o perfil dos profissionais que atuam nas equipes de saúde mental para atender a demanda de cada localidade.

Procurando conhecer como essas diretrizes estão sendo aplicadas na prática, vem sendo realizado um projeto institucional no Departamento de Enfermagem de Ribeirão Preto (DEPCH/EERP), intitulado “PAPÉIS E FUNÇÕES DOS PROFISSINAIS DE SERVIÇOS E POLITICAS DE SAÚDE MENTAL- PROJETO OPS/2003”, o que deflagrou várias pesquisas locais, regionais e em outros estados brasileiros tais como Goiás, Minas Gerais e Rio de Janeiro (MELLO, 2005; ESPERIDIÃO, CRUZ, SILVA, 2011; GARLA, FUREGATO, SANTOS, 2010; GALERA, FUREGATO, PITIÁ, PILLON, COSTA JUNIOR, 2010; FUREGATO, OSINAGA, GALERA, PILLON, 2009; FUREGATO, GALERA, PILLON, SANTOS PITIÁ, CARDOSO, 2010; SANTOS, 2014).

Para participar desse grupo de estudos, nossa proposta é inserir o município de Uberlândia, MG visando obter dados atualizados e idôneos deste local, ampliar esta avaliação, procurando caracterizar as equipes dos serviços locais a fim de identificar as possíveis dificuldades e potencialidades na efetivação de seus trabalhos frente às diretrizes que norteiam a Reforma psiquiátrica Brasileira.

Em vista do exposto, este estudo objetiva identificar o perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental no município de Uberlândia, conhecer as atividades desenvolvidas pelos profissionais destas equipes e sua opinião sobre as políticas de saúde mental.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A - Aspectos históricos

As sociedades primitivas consideravam os indivíduos que apresentavam distúrbios mentais como emissários da divindade e assim portadores de poderes sobrenaturais (BRASIL, 2004; FORTES, 2010; GARLA, 2010).

Hipócrates (460-380 aC) já associava quadros mentais a estados infecciosos, a hemorragias e ao parto. Foi o primeiro a tentar libertar a medicina dos ritos mágicos. Com ele, a concepção da loucura afastou-se dos conceitos divinos e a perda da razão passou a ser considerada como resultado das disfunções humorais (PESSOTI, 1994; CECCARELLI, 2005; FORTES, 2010; GARLA, 2010). O corpo humano era visto como um sistema de quatro humores essenciais: *sangue, fleugma ou pituíta, bílis amarela e bílis negra* e quando um desses humores entrava em desequilíbrio, ocasionava lesão no cérebro, que era considerado o órgão da loucura.

O médico romano Galeno, no segundo século da era Cristã, já tinha uma concepção fisiológica muito à frente da visão hipocrática. Dessa maneira, sua teoria das afecções do cérebro era muito mais clara e segura. Ele atribuía ao cérebro o papel controlador dos fenômenos mentais. Na era medieval, a ideia de possessão demoníaca foi retomada e ganhou força, aliada ao cristianismo que teve hegemonia na época (PESSOTI, 1994; SILVEIRA, BRAGA, 2005; CECCARELLI, 2005; FORTES, 2010; GARLA, 2010).

Entretanto, foi apenas no século XVIII que o fenômeno da loucura foi concebido como objeto do saber médico, caracterizando-o como doença mental e, portanto, passível de cura. Este foi o Século das Luzes, onde a razão ocupou lugar de destaque, pois foi através dela que o homem pôde conquistar a liberdade. Valorizou-se o pensamento científico e, em meio a esse contexto, surgiu o hospital como espaço de tratamento (SILVEIRA, BRAGA, 2005). A loucura codificada em doença mental diz respeito à verdade científica, à verdade do olhar psiquiátrico (OLIVEIRA, FORTUNATO, 2003).

Aos poucos, os “hospitais” da época foram se transformando em “asilos”. O isolamento do louco passou a ser a condição necessária para a restituição da liberdade da qual a loucura o privou, pois o “louco” passou a ter o estigma de

periculosidade social, e era herdeiro natural do internamento, por se considerar que ele não tinha capacidade para o trabalho e pela impossibilidade de realização do tratamento em domicílio (OLIVEIRA, FORTUNATO, 2003).

No espaço hospitalar, ocorreu a institucionalização das relações internas, tornando-se um mundo à parte, afastando cada vez mais o indivíduo de suas relações exteriores. Como afirma Goffman (2001), toda instituição tende ao fechamento.

A medicalização de contenção não se deu visando um olhar positivo sobre o doente ou a doença; foi uma forma de anulação dos efeitos negativos da doença. Dessa forma, o hospital estabeleceu-se como um lugar privilegiado à dupla função: de tratamento e de controle social (FOUCALT, 1979; SILVEIRA, BRAGA, 2005). Esta ideia acrescida ainda da teoria eugenista, que sustentava a proposta de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar (ARBEX, 2013).

Portanto, observa-se um paralelo entre o isolamento do indivíduo e o seu exílio no processo de tratamento, ou seja, anulação do sujeito em relação a sua própria saúde e seu corpo (COSTA-ROSA, 2000; GOFFMAN, 2001; SILVEIRA, BRAGA, 2005).

Por muito tempo, os portadores de doenças mentais foram considerados alienados e eram vistos como pessoas que viviam fora da realidade, sem capacidades para entender ou exercer seus direitos de cidadãos (BRASIL, 2004). A psiquiatria não os considerava como sujeitos ativos do seu tratamento, não envolvia a sua família (que em geral era considerada a causadora do mal) e não valorizava a sua história, sua cultura, sua vida cotidiana e sua qualidade de vida. O principal foco de atenção era uma doença sem perspectiva de cura (ANDRADE, PEDRAO, 2005)

A loucura passou a ser considerada uma patologia mental, iniciando os primeiros passos para o surgimento da psiquiatria, no século XVIII; até meados do século XX, a classificação das doenças mentais era baseada em uma visão puramente organicista da etiologia da loucura (PESSOTI, 1994).

O isolamento do louco no hospício justificava-se ao nível das causas da doença e do tratamento. Houve uma tentativa de considerar a possibilidade de se tratar a loucura, isolando e medicalizando, tal como qualquer outra doença. Estabeleceu-se então o poder médico sobre a loucura e sobre o sujeito considerado

louco. A constituição da psiquiatria como “ciência” médica foi produto da ruptura entre loucura e razão (MACHADO, LOUREIRO, LUZ, MURICY,1978; FOUCALT, 1978; ANDRADE, PEDRÃO, 2005).

Basaglia (1985), assim como outros pioneiros da desinstitucionalização, ao analisar a situação do sujeito internado, na segunda metade do século passado, afirmou que ele era um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê dos delegados da sociedade, como eram chamados os médicos que o afastavam e o excluíam da sociedade. O paciente era objeto de violência institucional e qualquer atitude que tivesse para contestar sua satisfação ali dentro, era definida dentro dos limites de sua doença. A vida na instituição tirava as possibilidades de ter expectativas, de aguardar novidades, de ter confiança ou fé na própria vida (PEREIRA, FUREGATO, 2000; CASTRO, 2007; ARBEX, 2013; COIMBRA, GUIMARÃES, KANTORSKI, SCATENA, SILVA, 2005).

Foi somente no período pós-guerra, com o número elevado de jovens que retornavam com algum sintoma psiquiátrico, a experiência do nazismo e da bomba atômica que se fez imprescindível o questionamento a toda espécie de violência e desrespeito aos direitos humanos, a recuperação da mão de obra invalidada pela guerra, os fatores socioeconômicos e a reconstrução das nações, incluindo questionamentos sobre a assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1995; GARLA, 2010). Nesta mesma época, começavam a serem introduzidos e aplicados os princípios de prevenção e de reabilitação para doenças em geral (LEAVEL, CLARK, 1976).

Estes questionamentos tinham diferentes origens sendo os principais da França, da Inglaterra, da Itália e dos Estados Unidos. Em 1961 o médico italiano Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália. No campo das relações entre a coletividade e a insanidade, ele assumia uma atitude crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do paciente psiquiátrico; ele defendia que o doente mental deveria voltar para o ambiente familiar e estimulou ações nesta direção (SILVEIRA, BRAGA, 2005; MESQUITA, NOVELLINO, CAVALCANTI, 2010).

Esses acontecimentos criaram o cenário propício para o surgimento dos movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade. A função puramente disciplinar do asilo e o abandono de suas funções terapêuticas passaram a ser denunciadas em alguns países da Europa Ocidental, e começavam a surgir, então,

questionamentos quanto ao modelo hospitalocêntrico, apontando para a necessidade de reformulação e ideias de desinstitucionalização começaram a surgir. Alguns desses movimentos colocavam em questão o próprio dispositivo médico psiquiátrico e as instituições a ele relacionadas (SILVEIRA, BRAGA, 2005; REINALDO, 2008; OLIVEIRA, FORTUNATO, 2003; GARLA, 2010).

Neste cenário, em 1990, aconteceu em Caracas na Venezuela a I Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica nas Américas. Nessa Conferência, foi aprovada a Declaração de Caracas, que foi um marco importante para a reestruturação da assistência em saúde mental, para que fosse mais atenta às necessidades e aos direitos das pessoas e mais integrada na comunidade e no sistema geral de saúde. Ela postulava a necessidade de se colocar a atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária, tirando o hospital psiquiátrico como componente central da atenção psiquiátrica e propondo a criação de uma rede de serviços comunitários (OPS/OMS, 1990; VILELA, 2002; BRASIL, 2004). A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS) foram os órgãos a tomar frente da Conferência e englobando também o IV Encontro Continental sobre Direitos Humanos, que tiveram participação de várias associações relacionadas à saúde mental, além de juristas, membros dos parlamentos e delegações técnicas dos países latino – americanos (GARLA, 2010).

A reforma psiquiátrica brasileira encontrou seus principais fundamentos teóricos na concepção de doença mental que passou a ser desconstruída para dar lugar a nova forma de perceber a loucura enquanto existência-sofrimento do sujeito em relação ao corpo social. Ela nasceu com o objetivo de superar o estigma, a institucionalização e a cronificação dos doentes mentais (ROTELLI, AMARANTE, 1992; SILVEIRA, BRAGA, 2005, ANDRADE, PEDRÃO, 2005; BICHAFF, 2006).

A reforma, entendida como um movimento social, está articulada a um conjunto de iniciativas operadas nos campos legislativo, jurídico, administrativo, cultural e no saber médico-psiquiátrico que visam transformar a relação entre sociedade e loucura (OLIVEIRA, FORTUNATO, 2003; BARROS, BICHAFF, 2006; BEZERRA JR,2007).

Dessa forma, entre os anos 1970 e 1980 do século passado, o hospital foi se transformando no lugar preferencial de tratamento e espaços como hospitais-dia, residências terapêuticas e ambulatórios começaram a surgir como alternativas à institucionalização. Há um deslocamento da atenção centrada no hospital

psiquiátrico para um modelo baseado no restabelecimento das relações afetivas e sociais dos sujeitos e na reconquista de seu poder social (AMARANTE, 1995; FIGUEIREDO, CAMPOS, 2008; BARROS, BICHAFF, 2008; GARLA, 2010; PINHO, HERNÁNDEZ, KANTORSKI, 2010).

B - Estrutura atual dos serviços de saúde mental no Brasil

Para entender a atual estrutura dos serviços de saúde mental, vale ressaltar que o início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do "movimento sanitário", nos anos 1970, que foi a favor de mudança nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde que visava à defesa e instituição da saúde comunitária e coletiva, equidade na oferta dos serviços, e participação ativa dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar (BRASIL, 2005).

Em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) no Rio de Janeiro, e no final do mesmo ano aconteceu o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental de Bauru, SP. Discutiram-se propostas de mudanças teóricas e éticas entre profissionais, sociedade, usuários e familiares para a assistência psiquiátrica, e lançou-se o lema *"Por uma sociedade sem manicômios"* (BRASIL, 2005; MESQUITA, NOVELLINO, CAVALCANTI, 2010; GARLA, 2010).

Paralelamente, com a reforma sanitária, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado. Os serviços deixam de ser restritos e passam a ser universais, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído na Constituição Federal em 1988 e seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde. Os três princípios básicos dos SUS são: Universalidade, Equidade e Integralidade (BRASIL, 2000).

Em 1989, um ano após a criação do SUS, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), o qual propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospícios no país. Porém, somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado foi aprovada apesar de

alterações no texto normativo original (BRASIL, 2005; MESQUITA, NOVELLINO, CAVALCANTI, 2010; FORTES, 2010).

Atualmente, existem vários dispositivos assistenciais que possibilitam a efetivação do modelo de atenção psicossocial em todos os níveis de atenção: primário, secundário e terciário: Estratégia Saúde da Família, Equipes Matriciais de Referência, Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), Ambulatórios de Saúde Mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cultura, Programa De Volta para Casa, Hospitais-Dia, Serviços de Urgência e Emergência, Leitos em hospitais gerais e hospitais especializados (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004; BRASIL, 2005).

Espera-se que esses serviços funcionem em rede com o SUS, sendo implantados de acordo com a população e demanda de serviço de cada município. A principal baliza prática para atenção e cuidado aos usuários do Programa de Saúde Mental é o Projeto Terapêutico Individualizado (PTI), um plano de cuidados que deve ser traçado de maneira singular para cada portador de transtorno mental, sua família e demais redes de suportes social, com vistas à ressocialização e resgate da autonomia do sujeito, considerando a história de vida de cada um, oferecendo respostas capazes de redimensionar sua situação (MORORÓ, COLVERO, MACHADO, 2011).

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação, tornou-se política pública no Brasil, a partir dos anos 1990, ganhando impulso a partir de 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005; 2012). Neste período, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) – primeiro processo avaliativo sistemático, anual, dos hospitais psiquiátricos no Brasil, instituído em 2002 – e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) – estratégia de redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro - hospitais, instituída em 2004 – foram os principais mecanismos de avaliação e redução de leitos psiquiátricos. Tais mecanismos, aliados à expansão de uma rede de atenção aberta e comunitária, permitiram a redução e a substituição significativa de leitos psiquiátricos, especialmente de longa permanência e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos até então em péssimas condições de funcionamento. Embora em

ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos efetivou-se em todos os estados brasileiros, sendo muitas vezes este processo o desencadeador do processo de mudança do modelo de atenção. Entre os anos de 2003 e 2006, foram reduzidos 11.826 leitos (BRASIL, 2007).

Para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a portaria GM 336/2002 traz alguns critérios mínimos para defini-lo e estabelece que eles possam constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSad e CAPSi definidos por ordem crescente de acordo com o porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002).

Os CAPSI são serviços para cidades de pequeno porte, que devem dar a cobertura total para os pacientes com transtornos mentais sejam eles crianças, adolescentes, adultos, idosos, ou pessoas com algum tipo de transtorno devido ao uso e abuso de álcool e outras drogas. Os CAPSII são serviços para cidades de médio porte, e atendem pacientes adultos. Os CAPSIII são serviços que funcionam 24 horas em cidades de grande porte, que atendem pacientes adultos. Os CAPSad são serviços para pessoas com problemas devido ao uso e abuso de álcool e outras drogas, geralmente estão disponíveis em cidades de médio porte e funcionam durante o dia; e os CAPSi (infantil) que fazem atendimentos de crianças e adolescentes durante o dia, em cidades de médio porte (BRASIL, 2004).

O tempo de funcionamento mínimo de um Caps é de 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os 5 dias úteis da semana (CAPSI, CAPSII, CAPSad e CAPSi); contudo, há aqueles que funcionam 24 horas, de segunda a segunda (CAPSIII). Realizam prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos severos e persistentes em sua área territorial. Funcionam em área física e independente de qualquer estrutura hospitalar, com equipes interdisciplinares próprias. Oferecem, dentre outros recursos terapêuticos: atendimentos individuais e em grupo, atendimento à família; atividades de suporte social e inserção comunitária; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares (BRASIL, 2004; SES-MG, 2006). Para sua implantação deve-se primeiro observar o critério populacional, cujos parâmetros são definidos da seguinte maneira:

- Municípios com até 20.000 habitantes – rede de atenção básica com ações em saúde mental;
- Municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes - CAPSI e rede básica com ações de saúde mental;

- Municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes – CAPSII, CAPS AD e rede básica com ações em saúde mental;
- Municípios com mais de 200.000 habitantes- CAPSII, CAPSIII e CAPSad, CAPSi e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU.

A partir destes serviços, integrados ao SUS, torna-se possível a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as (re) internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). O CAPS é um dispositivo estratégico na organização da rede de assistência a saúde mental e o serviço substitutivo com principal investimento da politica de saúde mental no Brasil (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2008). Os municípios com menos de 20.000 habitantes, segundo a lógica de organização proposta pelo Ministério da Saúde, podem estruturar sua rede de cuidados na atenção básica como o Programa Saúde da Família e Ambulatórios (BRASIL, 2007; GARLA, 2010).

Em geral, os ambulatórios de saúde mental prestam assistência, principalmente às pessoas com transtornos mentais menores o que representa cerca de 9% da população (incluindo todas as faixas etárias) e apresentam, em sua grande maioria, um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde. São dispositivos de referência para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia, mas sua resolutividade tem sido baixa, pois a maioria possui imensas listas de espera e as crises no seu funcionamento são frequentes devido à intensa demanda (BRASIL, 2007).

Os ambulatórios são necessários em municípios maiores que possuem maior demanda de atenção aos transtornos em geral, pois nestes lugares, junto a uma rede efetiva de outros serviços como o CAPS, os ambulatórios existentes certamente podem servir de suporte para o atendimento dos transtornos menos graves, buscando a articulação com as equipes da atenção básica em cada território. Sendo organizado dessa forma, espera-se diminuir a sobrecarga de atendimentos para um único serviço, possibilitando também a interlocução entre eles (BRASIL, 2007). A Portaria/SNAS n 224 - de 29 de janeiro de 1992 dispõe as normas para o atendimento ambulatorial especializado e que a equipe seja multiprofissional e composta por diversas categorias de profissionais qualificados.

Outro dispositivo criado para substituir a institucionalização e proporcionar a reintegração das pessoas com transtornos mentais são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) que surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde. Assim, os Serviços Residenciais Terapêuticos, residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, com o objetivo de responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não (BRASIL, 2005). Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contem com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (BRASIL, 2004). Os Serviços Residenciais Terapêuticos devem ser acompanhados pelos CAPS ou ambulatórios especializados em saúde mental, ou, ainda, equipe de saúde da família (com apoio matricial em saúde mental). A equipe técnica para trabalhar nestes serviços deve ser compatível com as necessidades dos moradores (BRASIL, 2004).

Ainda como serviço alternativo de cuidado em saúde mental, há o Hospital-dia, aprovado pela Portaria MS/GM nº44, de 10 de janeiro de 2001 que define como Regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas (BRASIL, 2007).

Os leitos de Atenção Integral, que são leitos de psiquiatria em diversos serviços tais como: em Hospitais Gerais, em CAPSIII, em serviços de emergência gerais, também são outros dispositivos de assistência criados para oferecer o acolhimento integral ao paciente em crise. Estes serviços devem estar articulados com outros dispositivos de referência para o paciente. A tendência é que essa rede de leitos de atenção integral se expanda e substitua a internação em hospitais psiquiátricos convencionais (BRASIL, 2007). A regulamentação para o funcionamento e habilitação dos leitos em Atenção Integral é realizada de acordo com a Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012.

O governo brasileiro, por meio da lei Federal nº 10.708 de 31 de julho de 2003, instituiu o auxílio à reabilitação psicossocial para pessoas portadoras de transtornos mentais que deixaram as internações em instituições fechadas; estimulando o processo de desinstitucionalização por meio do “Programa de Volta

Para Casa". O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de reinserção social dessas pessoas, e de ser capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, político e de cidadania. O Programa, em parceria com a Caixa Econômica Federal oferece auxilio para os beneficiários de R$ 240,00 mensais (BRASIL, 2003).

Entre os anos de 2003 e 2006, o Ministério da Saúde promoveu a avaliação da inclusão dos Centros de Convivência e Cultura nas redes de atenção à saúde mental das grandes cidades. É um dispositivo altamente potente e efetivo na inclusão social das pessoas com transtornos mentais em tratamento. A implantação dos Centros de Convivência e Cultura nos municípios necessita, como requisito, de resposta pública efetiva e consolidada para os transtornos mentais severos e persistentes. Tem como diretriz o desenvolvimento de atividades intersetoriais na interface saúde/educação/cultura/esportes/lazer que visam à inclusão e reabilitação psicossocial do usuário dos serviços de Saúde Mental (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde editou a Norma Operacional da Assistência à Saúde-01/2001, que, entre outros pontos, orienta a organização do Plano Diretor de Regionalização, determinando que o cidadão deva ter acesso, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às responsabilidades mínimas, dentre as quais o tratamento dos transtornos comportamentais e psicossociais mais frequentes (LANCETTI, 1991; REINALDO, 2008).

O desenvolvimento da estratégia Saúde da Família, nos últimos anos, marca um progresso indiscutível da política do SUS. Atendendo ao compromisso da integralidade da atenção à saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), criado na década de 1990, vem investindo na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças**,** alcançando resultados importantes para a saúde coletiva no país (BRASIL, 2005).

Também na década de 1990, o Ministério da Saúde incorporou conceitos da Reforma Psiquiátrica e normatizou a organização da assistência psiquiátrica oferecida nas unidades básicas de saúde. Destacou-se a necessidade dos atendimentos nesses serviços serem realizados por equipes especializadas de saúde mental. Somente com a ampliação do Programa Saúde da Família (PSF) a proposta de integrar o atendimento da atenção primária com o atendimento especializado começa a acontecer (MARQUES, 2009; GARLA, 2010).

Dados de uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2003 mostram que 56% das equipes de PSF referiram ter realizado alguma ação em Saúde Mental, mesmo que as equipes não estivessem capacitadas para atender a esta demanda (BRASIL, 2003; FIGUEIREDO, CAMPOS, 2008). Além disso, dados de um levantamento realizado pela OMS e pelo Ministério da Saúde no mesmo ano, estimaram que cerca de 80% dos usuários que eram encaminhados para os profissionais de Saúde Mental, não se constituíam, a principio, uma demanda especifica que justificasse a necessidade de uma atenção especializada (BRASIL, 2003; FIGUEIREDO, CAMPOS, 2008). Esse fator pode ocasionar uma ruptura no funcionamento do sistema devido ao aumento da demanda para um único serviço especializado, sobrecarga dos profissionais, a não efetivação das propostas do Ministério da Saúde, uma vez que os pacientes que não fossem atendidos poderiam ser encaminhados para enfermarias de Psiquiatria, onde poderiam ficar institucionalizados, o que iria contra os princípios da Reforma e do funcionamento em rede desses serviços.

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. No caso de municípios maiores, onde estão implantados CAPS ou outros equipamentos da rede de atenção à saúde mental, a lógica do apoio matricial é a mesma: a equipe do CAPS, juntamente com membros das equipes dos outros equipamentos, apoiam as diferentes equipes de Atenção Básica através de ações de supervisão, atendimento conjunto e específico e capacitação (BRASIL, 2005). Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) foram criados em 2008, para oferecer suporte as Equipes de Saúde da Família. São compostos por profissionais de diferentes categorias especializadas e são entendidos como dispositivos estratégicos para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das ESF (BRASIL, 2009).

Porém, a integração inadequada ou falhas na interpretação das orientações do Ministério da Saúde podem ocasionar problemas no sistema por excesso de demanda, com muitas reinternações, medicalização como forma única de assistência, falta de avaliações psiquiátricas eficazes, tratamentos psicoterápicos incoerentes com a real necessidade do sujeito e cronificação dos transtornos mentais. Dessa forma, os dispositivos que foram criados para facilitar e ampliar o atendimento em saúde mental, se utilizados de maneira inadequada, acabam

funcionando como uma teia na qual o usuário fica preso, sem acesso, perdido nos emaranhados da desresponsabilização. Uma rede efetiva é uma rede de salvamento e não de captura e impotência (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2008; GARLA, 2010; CASTRO, FUREGATO, 2010).

Há necessidade de uma rede pulsante e viva que se movimente para dar apoio às necessidades dos usuários, descentralizada e suficiente para agenciar as demandas e se transformar em um suporte efetivo para as possíveis dificuldades que os usuários encontrarem (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2008).

C - Humanização e avanços nos cuidados em saúde mental

Esta nova dinâmica de reestruturação dos serviços de saúde tem o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população. É garantido o acesso por meio de equipes interdisciplinares, com assistência direcionada às reais necessidades da população, a partir da identificação dos fatores de risco aos quais estão expostos e neles intervirem de forma apropriada. A reestruturação torna-se uma estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial centrado na qualidade de vida da comunidade (ROSA, LABATE, 2005; BRASIL, 2011; MOREIRA, 2012).

Juntamente com o surgimento dos serviços abertos de saúde mental foi necessário reorganizar os processos de trabalho e, consequentemente, o projeto terapêutico institucional. Nesse sentido, cabe aos profissionais da saúde afastar-se da atenção médico-centrada e assumir uma postura terapêutica, numa perspectiva humanista e de autonomia profissional (VILELA, 2002; DIAS, SILVA, 2010).

Na assistência humanizada, considera-se o processo terapêutico centrado na pessoa e em sua capacidade interna para conseguir resolver seus problemas. Na visão rogeriana, toda pessoa possui uma tendência positiva para se reorganizar, se restabelecer e se preservar. Nas situações de desequilíbrio, o profissional mediatiza o processo de identificação das necessidades da pessoa, bem como seus recursos internos que irão ajudá-la a lidar com o problema (FUREGATO, MORAIS, 2006; GARLA, 2010).

A formação de recursos humanos é também um desafio fundamental para o adequado funcionamento dos serviços substitutivos em saúde mental, especialmente porque a maior parte dos novos profissionais da rede é formada de

jovens que não passaram pelo processo de transformação ideológica que envolveu a criação do movimento antimanicomial (BEZERRA JR., 2007). Nesta perspectiva, deve-se considerar como um fator importante o conhecimento que o profissional tem a respeito da trajetória da saúde mental, para que não se repitam ações e atitudes do passado. Ele deve estar a par da importância de seu papel na assistência em saúde mental, agregando outros saberes além daqueles a que tradicionalmente se recorre, para que consigam articular as necessidades sócio - individuais dos usuários desses serviços, com a dinâmica da reprodução social de classe (BARROS, EGRY, 1994).

O profissional precisa estar consciente para atender a todas as necessidades dos pacientes, oferecer uma assistência humanizada, integral, que não reduza o sujeito a sua doença. Seu olhar deve ser totalizante para que sua assistência ultrapasse o sofrimento manifesto e apreenda outras necessidades dos sujeitos, que transcenda os limites impostos pela doença, pelo estigma, pelas condições de vida adversas, para construir outros modos de operar, mediante as situações específicas que se apresentam (HIRDES, 2009; ALVES, 2005; GARLA, 2010). Estes profissionais também devem trazer consigo ideais de liberdade, cidadania e a percepção da necessidade da participação da sociedade no cotidiano do seu trabalho, pois não basta modificar os locais de atendimento se não forem modificados os conceitos que os familiares, a comunidade e os próprios profissionais possuem sobre a loucura, fortalecendo um movimento que dissocie a loucura da violência, da improdutividade e da incapacidade de articulação social (MELLO, 2005).

Dessa forma, o desafio imposto pela Reforma exige a formação de profissionais dotados de capacidade de reflexão crítica – elemento indispensável para a superação das dificuldades inerentes ao trabalho e para a sustentação de uma prática de cuidado que se constitua como um exercício de transformação para todos os envolvidos: pacientes, profissionais e as redes sociais em volta deles. Só isto permite manter a esperança de construção de uma nova atitude epistemológica e ética frente ao fenômeno da loucura (BEZERRA JR., 2007).

3 OBJETIVOS

Identificar o perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental de um município mineiro, conhecer as atividades desenvolvidas pelos profissionais nestas equipes e sua opinião sobre as políticas de saúde mental.

3.1 Objetivos específicos

- Caracterizar os serviços de atenção à Saúde Mental no município de Uberlândia /MG.
- Identificar as categorias profissionais que atuam nos serviços de saúde mental no município, sua formação básica e opinião sobre as políticas de saúde mental.
- Identificar as atividades desenvolvidas pelas diferentes categorias profissionais nas equipes de saúde mental em hospitais psiquiátricos e em serviços abertos de atenção à saúde mental.
- Comparar as diferentes variáveis em relação aos serviços e categorias profissionais.
- Conhecer a opinião dos participantes do estudo sobre as politicas, a prática e sua formação na saúde mental.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratório descritiva para atender as políticas de serviços em saúde mental, visando contribuir com a saúde mental do município, por meio da análise dos serviços disponíveis à rede comunitária.

4.1 Local

Os dados do presente estudo foram levantados nas seguintes instâncias:

- Universidade Federal de Uberlândia (UFU) - Ambulatório e Enfermaria do Hospital de Clínicas da UFU e CAPSad.
- Centro de Atenção Psicossocial – CAPS: Oeste, Leste, Norte; CAPSi.
- Centro de Convivência e Cultura.

O município conta também com um CAPSad da prefeitura mas nenhum funcionário deste serviço aceitou participar do estudo devido a um atravessamento administrativo, mudança da empresa responsável pelos serviços de saúde do município, e como grande parte dos atuais funcionários eram contratados pela empresa anterior, estavam cumprindo aviso prévio e nenhum se dispôs a participar do estudo.

4.2 População e amostra

A OPAS/OMS propõe que se contextualizem as políticas de saúde mental no Brasil e se conheça o desempenho e a compreensão dos profissionais na prática tendo ainda como referência a formação desses profissionais. Foi escolhida a EERP/USP para coordenar este estudo por ser Centro Colaborador em Pesquisa da OMS, dessa forma, várias cidades do país estão sendo incluídas na amostra global com estes estudos (MELLO, 2005; ESPERIDIÃO, CRUZ, SILVA, 2011; GARLA, FUREGATO, SANTOS, 2010; GALERA, FUREGATO, PITIÁ, PILLON, COSTA

JUNIOR, 2010; FUREGATO, OSINAGA, GALERA, PILLON, 2009; FUREGATO GALERA, PILLON, SANTOS PITIÁ, CARDOSO, 2010, SANTOS, 2014).

Foi escolhida a cidade de Uberlândia para a coleta dos dados deste estudo, pois é uma cidade que conta com a atenção primária de saúde nas unidades de ESF, UBS, UAI, além dos demais programas e serviços da Secretaria Municipal de Saúde e, por apresentar também unidades e serviços especializados em saúde mental, com o objetivo de reduzir progressivamente o número de leitos de internação e garantir o tratamento humanizado e a atenção integral em saúde à pessoa com problemas psiquiátricos.

Todos os profissionais de nível superior que atuam nos serviços de saúde mental do município de Uberlândia fazem parte da população do estudo. Estimou-se que participariam 100 profissionais. Durante o período de coleta de dados (janeiro a agosto de 2013) apenas 51 de um total de 135 profissionais aceitaram participar. Houve 62% de perda devido a um grave problema administrativo, mencionado no item 4.1.

Para contextualizar a saúde mental local, foram entrevistadas três pessoas que ocupam cargos de coordenação junto aos órgãos que determinam as políticas públicas:

- Coordenador da Superintendência Regional de Saúde- SRS
- Coordenadora de Saúde Mental da SRS
- Coordenadora do Programa Municipal de Saúde Mental

4.3 Procedimentos éticos

O projeto institucional, realizado pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (DEPCH/EERP), intitulado "**PAPÉIS E FUNÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS E POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL – PROJETO OPS/2003"** foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP - **(Processo HCRP nº13282/2005)**. O presente estudo pretende ampliar os dados obtidos pelo grupo do projeto acima citado, e foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de São Paulo e está regularmente autorizado através do numero do protocolo n° 96.461/2012 e pelo coordenador de Saúde Mental da rede SUS do município de Uberlândia e também pelo diretor do Hospital de Clínicas da

Universidade Federal de Uberlândia (os documentos se encontram em Anexo). Os sujeitos que participaram voluntariamente do estudo, foram devidamente esclarecidos e firmaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo).

4.4 Instrumentos de coleta de dados

a) Para as entrevistas no nível político foi utilizado o Roteiro 1 que aborda questões sobre as politicas e práticas nos serviços de saúde mental, definidos pelo Ministério da Saúde.
b) Para as entrevistas com os profissionais que atuam na rede de serviços do município foi utilizado o Roteiro 2. Está organizado em 3 partes: questões de identificação do sujeito, responsabilidades/ atividades executadas pelos sujeitos e questões sobre politicas, práticas e formação na área de saúde mental.
c) As respostas do item III do Roteiro 2 foram gravadas a fim de se obter uma melhor análise a respeito das informações referentes à formação e prática dos profissionais que atuam em saúde mental.
d) Os roteiros foram complementados com dados obtidos de um documento para classificação econômica dos sujeitos do estudo - Critério de Classificação Econômica Brasil.

O roteiro de entrevistas e o documento para classificação econômica acima citado, se encontram em Anexo.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora junto aos profissionais dos serviços de saúde mental do município de Uberlândia.

Foi feito contato com o coordenador de cada serviço explicando o estudo, para que depois fosse apresentado aos profissionais e agendadas as entrevistas no próprio local de trabalho.

Os sujeitos entrevistados receberam as instruções e todas as informações concernentes ao estudo, segundo a resolução 96/196. Depois de esclarecidas as dúvidas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Responderam as questões dos roteiros e nem todos aceitaram que o item III do roteiro 2 fosse gravado; dessa forma, eles foram escritos por alguns e gravados por outros. O tempo de duração das entrevistas foi, em média, 30 minutos.

4.6 Procedimentos de análise

Foi feita a análise descritiva dos dados por se tratar de um estudo exploratório e descritivo. Os dados dos sujeitos que atuam nas Unidades de Assistência (Roteiro 2) foram objeto de um traçado sociodemográfico, indicando seu perfil. Estes dados foram transferidos para uma planilha do Excel e o tratamento estatístico realizado foi o STATA SE 13.0, para cruzar os dados e encontrar prováveis associações entre variáveis. O Teste exato de Fisher foi utilizado para analisar a não resposta, pois este método é utilizado para amostras pequenas. Este teste permite calcular a probabilidade de associação das características que estão em análise, ou seja, de elas serem independentes sob a hipótese nula de independência e considerando o nível de significância a 5%. Nas demais análises, foi utilizado o teste de Associação pelo Qui quadrado, que é um teste de hipóteses que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais e avaliar a associação existente entre variáveis qualitativas. O principio básico deste método é comparar proporções, isto é, as possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para certo evento.

Os dados levantados de acordo com o conhecimento dos sujeitos sobre as políticas de saúde mental (Roteiro 1) e sobre o trabalho das equipes (Roteiro 2 - parte III) intitulada “Políticas, Práticas e formação na Psiquiatria” foram transcritos e analisados segundo a análise de conteúdo temático, seguindo as questões propostas neste estudo. Os resultados foram discutidos com base na literatura do Ministério da Saúde e Ministério da Educação e demais publicações sobre este tema.

5 RESULTADOS

Os resultados foram analisados considerando três pontos: o perfil da amostra, o papel dos profissionais e suas opiniões sobre as politicas, a prática e sua formação na saúde mental.

Participaram do estudo 51 profissionais de nível superior, no período de janeiro a agosto de 2013. Houve 62% de perda devido a um problema administrativo já mencionado no item 4.1. A tabela abaixo mostra a quantidade de funcionários participantes e não participantes de acordo com os serviços em que atuam.

5.1 Perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental do município de Uberlândia

De acordo com os dados obtidos, a Tabela 1, a relação dos participantes do estudo de acordo com o serviço pesquisado.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo o serviço em que atuam. Uberlândia, 2014.

Serviço	Participaram	Não Participaram
Enfermaria	10	5
Ambulatório	5	3
CAPS-A	6	3
CAPS- B	8	8
CAPS-C	10	1
CAPS-D	0	28
CAPS-E	1	12
CAPS-F	5	21
Centro de Convivência	6	3
TOTAL	**51**	**84**

Dos 84 profissionais que não participaram 57 deles (67,9%) foi por recusa, 17 (20,2%) estavam de férias ou licença e 10 (11,9%) responderam em outro serviço, pois trabalham em mais de um serviço onde a pesquisa foi realizada. Do CAPS-D,

nenhum profissional aceitou participar do estudo. O procedimento de entrar em contato previamente com o coordenador do serviço foi realizado, mas o que dificultou ainda mais na adesão dos profissionais, foi o fato de a coordenadora deste serviço não aceitar que a pesquisadora pudesse conversar com cada profissional e apresentar o projeto com seus objetivos e interesses o que foi um ponto positivo nos outros serviços, por mostrar maior fidedignidade ao estudo, e era um momento em que as dúvidas poderiam ser sanadas com a própria pesquisadora. Como a coordenadora não autorizou e os questionários ficaram sob sua responsabilidade, a adesão dos colegas não foi positiva. Do quadro de funcionários deste serviço, três (10,7%) profissionais participaram em outro serviço, de forma que foram inclusos onde o questionário foi respondido.

Tabela 2 - Distribuição dos funcionários, segundo categoria profissional e participação no estudo. Uberlândia 2014.

Respostas	**Categoria**						
	Médico	**Enfermeiro**	**Psicólogo**	**Terapeuta Ocupacional**	**Serviço Social**	**Outro**	**TOTAL**
Sim	9	10	22	1	6	3	51
Não	20	12	39	0	10	3	84
TOTAL	**29**	**22**	**61**	**1**	**16**	**6**	**135**

A maioria dos profissionais que atua nos serviços de saúde mental é do sexo feminino 97(71,8%) e a categoria com maior número de profissionais é de psicologia 61 (45,2%), seguida da categoria médica 29 (21,5%), enfermagem 22 (16,3%), serviço social 16 (11,9%) e outras categorias 6 (4,4%). Em todo o município de Uberlândia, existe apenas 1 (0,7%) profissional Terapeuta Ocupacional atuando na saúde mental, e este atua em serviço fechado de assistência. Dos participantes do estudo, 22 (43,1%) são psicólogos, 10 (19,6%) são enfermeiros, 9 (17,6%) são médicos, 6 (11,8%) são assistentes sociais, 1 (2,0%) é terapeuta ocupacional e 3 (5,9%) são de outras categorias.

A faixa etária predominante dos participantes é de 30-39 anos com 19 profissionais (37,2%) sendo que 9 deles (47,3%) são psicólogos, seguido da faixa etária até 30 anos, com 11 profissionais (21,6%), como pode ser observado na Tabela 3, a seguir.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo faixa etária. Uberlândia 2014.

Formação acadêmica	**Idade**				
	Até 30	**30-39**	**40-49**	**50 e +**	**TOTAL**
Médico	4	4	1	0	9
Enfermeiro	3	3	1	3	10
Psicólogo	2	9	4	7	22
Terapeuta Ocupacional	0	0	1	0	1
Serviço Social	0	2	0	4	6
Outro	2	1	0	0	3
TOTAL	**11**	**19**	**7**	**14**	**51**

De acordo com a Tabela 4, pode-se verificar que dos participantes do estudo, 19 (37,3%) tem 15 anos ou mais de formados nas respectivas áreas de formação sendo que 11 (57,9%) são psicólogos, seguido por 17 profissionais (33,3%) que tem entre 6 e 14 anos de formado, sendo que 8 (47,0%) são também psicólogos. De 1 a 5 anos de formados somam 15 (29,4%) profissionais sendo que 5 (33,3%) são médicos, 5 (33,3%) são enfermeiros, 3 (20,0%) psicólogos e 2 (13,4%) de outras categorias.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes do estudo segundo tempo de formado na área. Uberlândia 2014.

Formação acadêmica	**Tempo de formado (anos)**			
	01 a 05	**06 a 14**	**15 e +**	**TOTAL**
Médico	5	3	1	9
Enfermeiro	5	3	2	10
Psicólogo	3	8	11	22
Terapeuta Ocupacional	0	0	1	1
Serviço Social	0	2	4	6
Outro	2	1	0	3
TOTAL	**15**	**17**	**19**	**51**

Dos 19 profissionais com 15 anos ou mais de formados, 6 (31,6%) são do CAPS-A. Entre 6 e 14 anos de formado, dos 17 profissionais, a Enfermaria, o CAPS-C e o CAPS-F tem 4 (23,5%) profissionais cada um. Entre 1 a 5 anos de formado, 5 (33,3%) profissionais trabalham na Enfermaria.

Na Tabela 5 observa-se a distribuição dos participantes do estudo de acordo com o tempo de trabalho na área.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo tempo de trabalho na área de saúde mental. Uberlândia 2014.

Formação acadêmica	**Tempo de trabalho na área**			
	Até 4 anos	**05 a 09**	**10 e+**	**TOTAL**
Médico	7	1	1	9
Enfermeiro	7	1	2	10
Psicólogo	3	7	12	22
Terapeuta Ocupacional	0	0	1	1
Serviço Social	0	3	3	6
Outro	3	0	0	3
TOTAL	**20**	**12**	**19**	**51**

Vinte profissionais (39,2%) trabalham na saúde mental há no máximo 4 anos (35% de médicos, 35% de enfermeiros, 15% de psicólogos e 15% de outras categorias), seguido de 19 (37,2%) que trabalham na área há 10 anos ou mais (63% de psicólogos, 16% de assistentes sociais,11% de enfermeiros, 5% de médicos e 5% de TO). Doze deles (23,6%) trabalham na área entre 5 a 9 anos (59% de psicólogos, 25% de assistentes sociais, 8% de médicos e 8% de enfermeiros). Dos 20 profissionais que trabalham na área há ate 4 anos, 7 (35%) são da Enfermaria, dos 19 que trabalham há 10 anos ou mais, 5 (26,3%) são do CAPS-A, dos 12 que trabalham de 5 a 9 anos na área, 4 deles (33,3%) são do CAPS-C.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes do estudo segundo tempo de trabalho na Instituição. Uberlândia 2014.

Formação acadêmica	**Tempo de trabalho na instituição**			
	Até 4 anos	**05 a 09**	**10 e+**	**TOTAL**
Médico	8	1	0	9
Enfermeiro	6	0	4	10
Psicólogo	8	6	8	22
Terapeuta Ocupacional	0	0	1	1
Serviço Social	0	3	3	6
Outro	2	1	0	3
TOTAL	**24**	**11**	**16**	**51**

Dos 51 participantes do estudo, 24 (47,0%) trabalham na instituição há no máximo 4 anos. Dezesseis deles (31,4%) trabalham há 10 anos ou mais. E 11 (21,6%) trabalham entre 5 a 9 anos na instituição. A categoria médica é a que predomina em maior proporção na atuação com até 4 anos, contando com 8 profissionais (33,3%), sendo que a psicologia também conta com a mesma quantidade nessa faixa, porém também conta com 8 (50%) profissionais com 10 anos ou mais de instituição, enquanto que a categoria médica não possui nenhum funcionário nessa faixa. A enfermagem apresenta 6 (25%) profissionais com até 4 anos de instituição e 4 (16,6%) profissionais com 10 anos ou mais, não contando com nenhum profissional entre a faixa de 5 a 9 anos. O único profissional de Terapia Ocupacional atuante na saúde mental do município está na instituição há 10 anos ou mais.

Verifica-se por esses dados que a maioria dos profissionais não tem experiência na área de saúde mental.

A Tabela 7 observa-se mostra a relação entre o tempo de formado e o tempo de trabalho na área de saúde mental.

Tabela 7 - Comparação do tempo de formado e tempo de atuação na área. Uberlândia 2014.

Tempo de formado	**Tempo de trabalho na área**			
	Até 4 anos	**05 a 09**	**10 e+**	**TOTAL**
01 a 05	15	0	0	15
06 a 14	3	10	4	17
15 e +	2	2	15	19
TOTAL	**20**	**12**	**19**	**51**

De 1 a 5 anos de formado há 15 (100%) funcionários que trabalham na área há até 4 anos. De 6 a 14 anos de formado, há 3 (17,6%) funcionários que trabalham na área há até 4 anos, 10 (58,8%) funcionários que atuam entre 5 a 9 anos na área e 4 (23,6%) funcionários com 10 anos ou mais na área. De 15 anos ou mais de formado, há 2 (10,5%) funcionários que atuam na área há até 4 anos, 2 (10,5%) funcionários que trabalham entre 5 a 9 anos na área e 15 (79,0%) funcionários com 10 anos ou mais na área.

Tabela 8 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo categoria profissional e jornada de trabalho. Uberlândia 2014.

Formação acadêmica	**Jornada de trabalho/semana**					
	20	**30**	**36**	**40**	**60**	**TOTAL**
Médico	1	2	0	2	4	9
Enfermeiro	0	1	3	5	1	10
Psicólogo	12	2	0	8	0	22
Terapeuta Ocupacional	0	1	0	0	0	1
Serviço Social	0	5	0	1	0	6
Outro	0	2	0	1	0	3
TOTAL	**13**	**13**	**3**	**17**	**5**	**51**

Para uma jornada de trabalho de 20 e 30 horas semanais há 13 (25,5%) funcionários em cada uma. Para 36 horas semanais há 3 (5,9%) funcionários, para 40 horas semanais há 17 (33,3%) funcionários e há 5 (9,8%) funcionários nos serviços pesquisados que trabalham 60 horas semanais. A categoria médica com 4 funcionários (44,4%) predomina com 60 horas semanais. A enfermagem com 5 (50,0%) funcionários, predomina com 40 horas semanais. A psicologia com 12 (54,5%) funcionários predomina com 20 horas semanais. A Terapia Ocupacional (100%) trabalha 30 horas semanais. Serviço social com 5 (83,3%) funcionários, predomina 30 horas semanais. Outras categorias, com 2 (66,6%) funcionários também predomina com 30 horas semanais. A correlação entre formação acadêmica e jornada de trabalho semanal é significante (p=0,000). Entretanto a correlação entre tempo de trabalho na área e jornada de trabalho não é significante (p=0,120).

A jornada de trabalho de todos os profissionais varia em cada instituição de acordo com o seu horário de funcionamento e suas especificações. Dessa forma a correlação entre a jornada de trabalho e o tipo de instituição não é significante (p=0,179).

Tabela 9 - Participantes do estudo segundo especialização. Uberlândia 2014.

Tipo de especialização	**Formação Acadêmica**						
	Médico	**Enfermeiro**	**Psicólogo**	**Terapeuta Ocupacinal**	**Servico Social**	**Outros**	**TOTAL**
Saúde Mental	8	4	7	0	0	0	19
Outra	1	5	13	1	4	1	25
Saúde Mental e outra	0	0	1	0	1	0	2
Não tem/ não respondeu	0	1	1	0	1	2	5
TOTAL	**9**	**10**	**22**	**1**	**6**	**3**	**51**

Dos participantes do estudo, apenas 19 (37,3%) frequentaram cursos de especialização em saúde mental. Vinte e cinco (49,0%) frequentaram especialização em outras áreas, 5 (9,8%) deles não possuem especialização ou não responderam e 2 (3,9%) possuem especialização em saúde mental e em outra área. A categoria profissional que predomina com especialização em saúde mental é a médica (42,1%), seguida da psicologia (36,8%) e enfermagem (21,0%). A correlação entre categoria profissional e tipo de especialização é significante (p=0,013).

Dos 19 profissionais que possuem especialização em saúde mental, 10 (52,6%) deles estão na faixa etária entre 30-39 anos, seguida de 6 (31,6%) profissionais com idade até 30 anos, 2 (10,5%) deles na faixa de 50 anos ou mais e 1(5,3%) profissional entre 40-49 anos.

Dos participantes do estudo, 19 (37,3%) já frequentaram ao menos um curso de atualização, sendo que 8 (42,1%) são da categoria de enfermagem, seguida da psicologia com 5 (26,3%) profissionais. A correlação entre programas de atualização e categoria profissional é significante (p=0,009). A categoria médica possui apenas 1 (5,2%) profissional que já frequentou ao menos um curso de atualização.

Trinta e três (64,7%) profissionais já participaram de ao menos um curso, palestra ou treinamento. Sendo que 15 (45,4%) deles são psicólogos, seguida da enfermagem com 8 (24,2%) funcionários.

Tabela 10 - Participantes do estudo segundo especialização e tempo de formados. Uberlândia 2014.

Tipo de especialização	**Tempo de formado**			
	01 a 05	**06 a 14**	**15 e +**	**TOTAL**
Saúde Mental	9	7	3	19
Outra	2	8	15	25
Saúde Mental e outra	0	1	1	2
Não tem/ Não respondeu	4	1	0	5
TOTAL	**15**	**17**	**19**	**51**

A correlação entre tempo de formado e tipo de especialização é significante (p=0,004). Dos 19 participantes que tem especialização em saúde mental, 9 deles (47,4%) são formados entre 1 a 5 anos. Sete deles (36,8%) tem entre 6 e 14 anos de formado e 3 (15,8%) tem 15 anos ou mais de formado. Dos 25 participantes que possuem especialização em outra área, 15 (60%) deles tem 15 anos ou mais de formado. Dos 5 profissionais que não possuem especialização ou não responderam, 4 (80%) deles tem entre 1 a 5 anos de formado.

Tabela 11 - Distribuição dos participantes do estudo segundo faixa salarial. Uberlândia 2014**.**

Formação acadêmica	Salário						
	1 a 1,99	2 a 2,99	3 a 3,99	4 a 4,99	5 e +	NR	**TOTAL**
Médico	0	0	0	0	4	0	9
Enfermeiro	1	1	4	2	2	0	10
Psicólogo	9	9	0	2	0	2	22
Terapeuta Ocupacional	0	0	0	0	0	0	1
Serviço Social	3	3	0	1	0	2	6
Outro	2	2	0	0	0	0	3
TOTAL	**15**	**15**	**4**	**5**	**6**	**4**	**51**

A correlação entre categoria profissional e faixa salarial é significante (p=0,001). Dezessete (33,3%) participantes recebem entre R$ 1.000,00 e

R$ 1.999,00, 15 (29,4%) recebem entre R$ 2.000,00 e R$ 2.999,00, 6 (11,8%) recebem entre R$ 5.000,00 ou mais, 5 (9,8%) recebem entre R$ 4.000,00 e R$ 4.999,00, 4 (7,9%) recebem entre R$ 3.000,00 e R$ 3.999,00 e 4 (7,8%) não responderam. Dos 17 profissionais que recebem entre R$ 1.000,00 e R$ 1.999,00, 9 (52,9%) deles são psicólogos; dos 15 que recebem entre R$ 2.000,00 e R$ 2.999,00, 9 (60%) também são psicólogos, a enfermagem predomina na faixa salarial de R$ 3.000,00 e R$ 3.999,00 com 4 (40%) profissionais; a terapia ocupacional (100%) recebe entre R$ 1.000,00 e R$ 1.999,00; o serviço social, com 3 (50%) profissionais predomina na faixa de R$ 2.000,00 e R$ 2.999,00 e outras categorias, com 2 (66,7%) profissionais, também predomina na faixa de R$ 2.000,00 e R$ 2.999,00.

A correlação entre instituição e faixa salarial é significante (p=0,002). Três serviços onde a pesquisa foi realizada pertencem a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), ou seja, ao governo federal, enquanto que os outros cinco são ligados ao município.

Tabela 12 - Distribuição dos participantes do estudo segundo classe social a que pertencem. Uberlândia 2014.

Formação acadêmica	**Classe Social**			
	1.685 a 2.657 9.263 (C1 e B2)	**5.241 (B1)**	**5.241 a (A2)**	**TOTAL**
Médico	4	4	1	9
Enfermeiro	4	4	2	10
Psicólogo	11	7	4	22
Terapeuta Ocupacional	1	0	0	1
Serviço Social	2	3	1	6
Outro	2	0	1	3
TOTAL	**24**	**18**	**9**	**51**

De acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP) que é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau de escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população, pode-se

identificar a classe social a que pertencem os participantes do estudo. Segundo a tabela M acima, 24 (47,0%) profissionais pertencem à classe social C1 e B2, que abrangem a renda média bruta familiar entre R$ 1.685,00 e R$ 2.657,00 mensais. Dezoito (35,3%) profissionais pertencem à classe B1, em que a renda média bruta familiar é igual a R$ 5.241,00. E 9 (17,7%) pertencem a classe A2, em que a media bruta familiar está entre R$ 5.241,00 e R$ 9.263,00. Dos profissionais que possuem especialização em saúde mental, 9 (47,4%) pertencem a classe entre C1 e B2, 5 (26,3%) pertencem a classe B1 e 5 (26,3%) à classe A2. Dos que possuem especialização em outra área, 11(44%) pertencem a classe entre C1 e B2, 11 (44%) pertencem a classe B1 e 3 (12%) pertencem a classe A1. Os dois (100%) participantes que possuem especialização em saúde mental e em outra área possuem a classe entre C1 e B2

Tabela 13 - Distribuição dos participantes do estudo que tem outro emprego. Uberlândia 2014.

Formação acadêmica	**Outro emprego**			
	Sim	**Não**	**Não respondeu**	**TOTAL**
Médico	9	0	0	9
Enfermeiro	0	7	3	10
Psicólogo	13	9	0	22
Terapeuta Ocupacional	0	1	0	1
Serviço Social	2	4	0	6
Outro	1	2	0	3
TOTAL	**25**	**23**	**3**	**51**

De acordo com a tabela 13, 25 (49,0%) profissionais possuem outro emprego, sendo que 13 são psicólogos e portanto a maioria deles (52%); 9 (36%) são médicos, 2 (8%) são do serviço social e 1 (4%) de outras categorias. A correlação entre formação acadêmica e outro emprego é significante (p=0,001).

Dos 25 que possuem outro emprego, 14 (56%) possuem especialização em saúde mental e 10 (40%) possuem especialização em outra área. A correlação entre especialização e outro emprego também é significante (p=0,017).

5.2 Caracterização do papel dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental do município de Uberlândia

Dentre as atividades desenvolvidas pelos profissionais dos serviços de saúde mental do município de Uberlândia, podem ser visualizadas algumas ações de enfermagem que se distribuem de acordo com a tabela a seguir.

Tabela 14 - Cuidados de enfermagem desenvolvidos pelos profissionais das equipes. Uberlândia 2014.

Cuidados de enfermagem	**Resposta**			
	Sim		**Não**	
	N	%	N	%
Administração de medicação	13	25	38	75
Cuidados físicos	12	24	39	76
Conforto	6	12	45	88
Sinais vitais	10	20	41	80
Sono	8	15	43	85
Recreação	11	22	40	78
Observação	11	22	40	78
Anotação	11	22	40	78
Interações Terapêuticas	11	22	40	78
Atendimento familiar	42	82	9	18

Segundo os relatos dos profissionais que participaram desta pesquisa, a administração de medicação é feita por 13 (25%) profissionais sendo 10 enfermeiros, 2 médicos e 1 psicólogo. Cuidados físicos são executados por 12 profissionais (24%) sendo 1pelo médico, 1pelo psicólogo e 10 pela equipe de enfermagem. Conforto é executado por 6 (12%) profissionais, sendo eles todos enfermeiros. Os sinais vitais são realizados por 10 (20%) profissionais, sendo que destes, apenas 1 é médico e os outros 9 são da enfermagem. Os cuidados com o sono é exercido por 8 (15%) profissionais, sendo apenas 1 da psicologia e os outros 7 da enfermagem. Recreação é exercida por 11 (22%) profissionais, sendo apenas 1 da psicologia, 1 de TO e 9 da enfermagem. A observação dos pacientes é realizada por 11 (22%) profissionais, sendo 1

medico, 1 psicólogo e 9 enfermeiros. As anotações do estado do paciente são realizadas por 11 (22%) profissionais, sendo 1 profissional da TO, 1 médico e 9 pela enfermagem. As interações terapêuticas também são exercidas por 11 (22%) profissionais sendo apenas 1 da TO e dez da categoria de enfermagem. Percebe-se, por estes dados, que a enfermagem ainda é a categoria que predomina sob a responsabilidade pelos cuidados básicos dos pacientes nos serviços de saúde mental.

O atendimento familiar é realizado por 42 (82%) profissionais sendo que 25% deles referem fazer atendimento sozinho, 41% referem atender sozinho ou com outro profissional e 14% referem atender apenas com outro profissional.

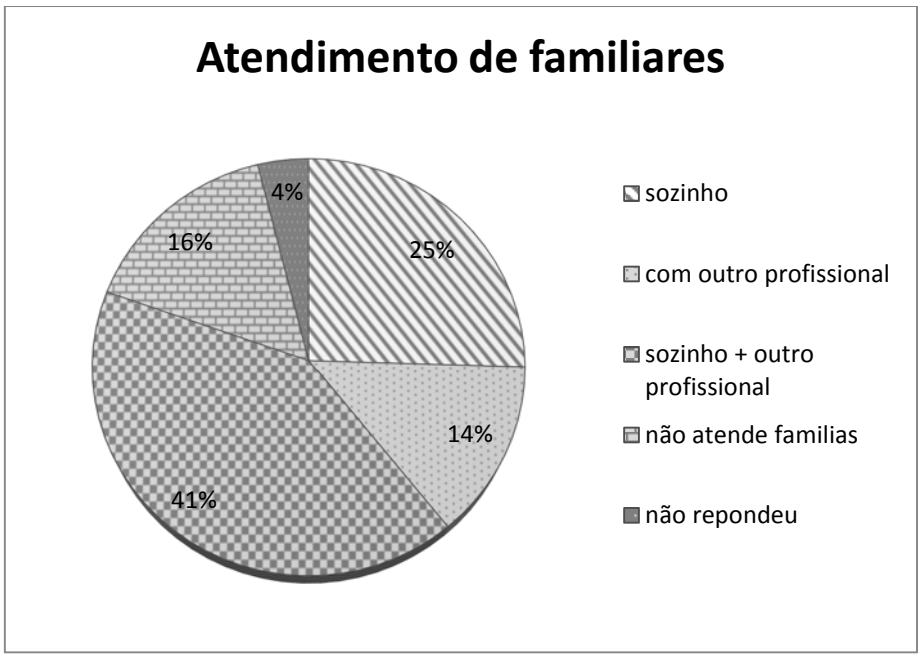


Gráfico1: Distribuição dos profissionais de acordo com a forma que atendem famílias. Uberlândia 2014.

O tipo de atendimento familiar realizado pelos profissionais pode ser observado no Gráfico 2 a seguir. Observa-se que a categoria profissional que predomina nos três tipos de atendimento é a de psicologia (44,4% que atendem grupo familiar, 36,4% que atendem uma família e 34,8% que fazem atendimento a um familiar). A categoria de enfermagem faz mais atendimentos com grupo familiar (50%), os médicos realizam mais atendimentos de um

familiar (55%). A Terapia Ocupacional só realiza atendimento a uma família (100%). O serviço social predomina com atendimentos a uma família (35%) e a um familiar (35%).

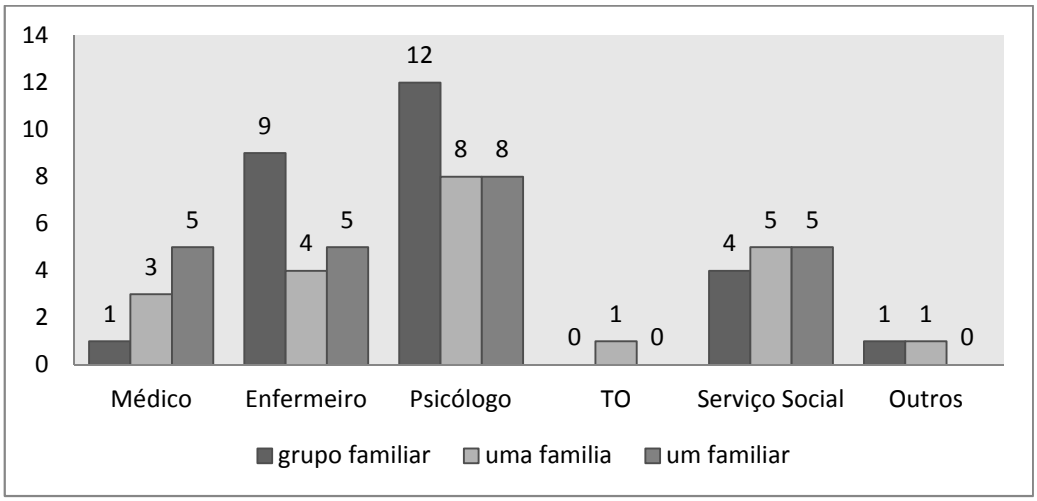
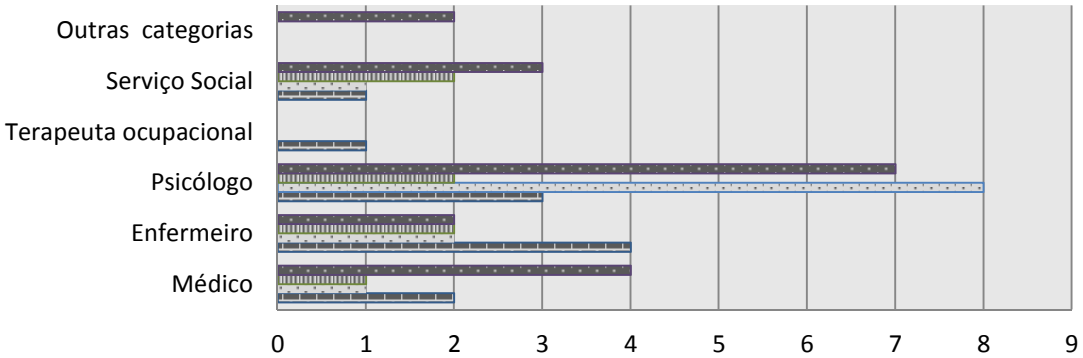


Gráfico 2 - Distribuição do tipo de atendimento familiar realizado de acordo com categoria profissional. Uberlândia 2014.

O tipo de abordagem realizada pelos profissionais para o atendimento familiar pode ser melhor visualizado no Gráfico 3. A abordagem cognitiva é mais utilizada por enfermeiros (36,4%) e psicólogos (27,3%). A abordagem psicanalítica é mais utilizada por psicólogos (66,7%), a abordagem sistêmica é utilizada igualmente por enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais (28,6%). A categoria de psicologia (38,8%) também utiliza de outras abordagens para seus atendimentos. A categoria médica (22,2%) predomina com o uso de outras abordagens para o atendimento, seguida do serviço social (16,7%). Observa-se então que 23% dos profissionais utilizam a abordagem cognitiva, 25% utilizam a abordagem psicanalítica, a abordagem sistêmica é utilizada por 14,5% dos profissionais e outras abordagens são utilizadas por 37,5% dos participantes.



	Médico	Enfermeiro	Psicólogo	Terapeuta ocupacional	Serviço Social	Outras categorias
Outra Abordagem	4	2	7	0	3	2
Sistêmica	1	2	2	0	2	
Psicanalítica	1	2	8	0	1	0
Cognitiva	2	4	3	1	1	0

Gráfico 3 - Distribuição do tipo de abordagem utilizada pelos profissionais para atendimento a familiares de portadores de transtorno mental. Uberlândia 2014

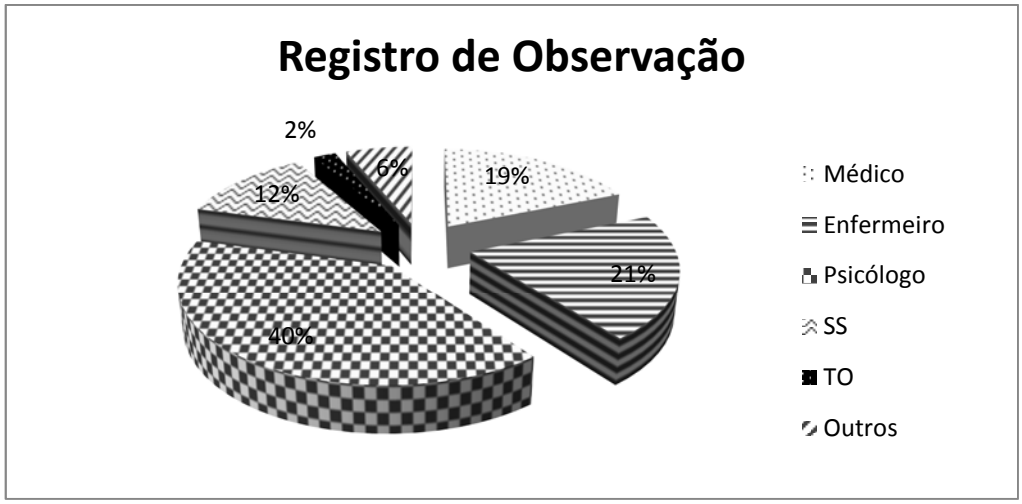


Gráfico 4 - Distribuição de categoria profissional segundo registro da observação dos pacientes. Uberlândia 2014.

Observou-se que 19% dos médicos, 21% dos enfermeiros, 40% dos psicólogos, 12% dos assistentes sociais, 2% de terapeutas ocupacionais e 6% de outras categorias profissionais realizam o registro da observação dos pacientes. Sendo que destes, 14 (29,2%) profissionais realizam o registro durante a interação com o paciente (4 médicos, 4 enfermeiros, 4 psicólogos, 1 de outra categoria e 1 assistente social). Quarenta e três (89,6%) profissionais referem fazer o registro da observação após o contato com o paciente (1 TO, 9 enfermeiros, 7 médicos, 18 psicólogos, 6 assistentes sociais e 2 de outras categorias). Houve profissionais (14,6%) que referiram fazer o registro nos dois momentos.

As ações visando promover a autonomia dos pacientes são realizadas por 41 (80,4%) profissionais, sendo que, 25 (61%) referiram promover estas ações após a alta do paciente e 16 (39%) referiram promover a autonomia do paciente durante toda a permanência dele na instituição.

5.3 Opinião dos participantes do estudo sobre as politicas, a prática e sua formação na saúde mental

Segundo os dados obtidos através da entrevista, com os profissionais dos serviços de saúde mental do município de Uberlândia, vinte (39,2%) deles consideram que a instituição em que trabalham segue totalmente a Politica Nacional de Saúde Mental e 28 (55,0%) profissionais consideram que sua instituição segue parcialmente as Políticas de Saúde Mental.

Trinta e sete (72,5%) profissionais referem que a maior dificuldade encontrada na área de saúde mental é financeira, seguida de 35 (68,7%) funcionários que consideram a maior dificuldade politica. Dezesseis (31,4%) deles consideram que as dificuldades da área de saúde mental são devidas a problemas financeiros, políticos e de pessoal.

A estrutura de relações de trabalho da equipe é considerada totalmente adequada para 39,2% dos funcionários e pouco adequada para 51,0% dos funcionários.

A atuação da enfermagem em saúde mental é satisfatória para 45,1% dos participantes. Vinte e oito (55,0%) funcionários consideram que há falha na formação profissional, das suas respectivas categorias.

Na opinião dos três participantes que ocupam cargos de coordenação junto aos órgãos que determinam as políticas públicas, todos eles afirmam que o município segue totalmente a Política Nacional de Saúde Mental. O coordenador da Superintendência Regional de Saúde- SRS considera que as maiores dificuldades encontradas na área de saúde mental são financeiras, de pessoal e politicas. Que a estrutura de relações de trabalho das equipes é adequada, a atuação da enfermagem é parcialmente satisfatória e considera que há falha na formação dos profissionais de sua categoria (médica).

A coordenadora de Saúde Mental da SRS considera que a maior dificuldade é de pessoal, pois ainda existe preconceito da sociedade e também dos trabalhadores de saúde, que muitas vezes não estão preparados para trabalhar nos serviços de saúde mental e acabam não seguindo as propostas de assistência do Ministério da Saúde. Afirma que a estrutura de relações de trabalho das equipes de saúde mental são pouco adequadas, que a atuação da enfermagem é parcialmente satisfatória e que há falha na formação dos profissionais de sua categoria (psicologia).

Já a coordenadora do Programa Municipal de Saúde Mental considera que as maiores dificuldades são financeiras e de pessoal. Financeiro, pois afirma que os CAPS são serviços muito caros e que o município é responsável por mais de 50% do seu custeio. Dificuldade de pessoal, pois há um descompasso entre práticas e teorias em saúde mental. Considera que a estrutura de trabalho das equipes não é adequada, que a atuação da enfermagem é parcialmente satisfatória e que há falha na formação dos profissionais de sua categoria (psicologia). Na Tabela 15, encontram-se os dados sobre a opinião dos profissionais dos serviços de saúde mental, levantados de acordo com a entrevista.

Tabela 15 - Opinião dos profissionais dos serviços de saúde mental do município de Uberlândia quanto à política, as práticas e formação. Uberlândia 2014.

Opinião dos sujeitos		Resposta	
		N	%
Política Nacional de Saúde Mental	Não segue	2	3,9
	Segue parcialmente	28	55,0
	Segue totalmente	20	39,2
	Não respondeu	1	1,9
Dificuldades encontradas	Financeiras	37	72,5
	Pessoais	35	68,7
	Políticas	28	55,0
	Outras	7	13,7
Estrutura de Relações de Trabalho	Totalmente	20	39,2
	Pouco	26	51,0
	Inexistente	5	9,8
	Não respondeu		
Atuação da enfermagem	Satisfatória	23	45,1
	Parcialmente	20	20
	Não	3	5,9
	Não respondeu	5	9,8
Falha na formação profissional	Sim	28	55,0
	Não	8	15,6
	Parcial	15	29,4

Na fala dos profissionais quanto às questões colocadas, especificadas na Tabela 15, foi comum relatarem que o serviço não segue a Politica Nacional de Saúde Mental pelo fato de não ser uma área de interesse do governo; a saúde mental não é prioridade para os gestores, de forma que a verba que deveria ser destinada a essa área, muitas vezes, é repassada para outras especialidades. Falta pessoal capacitado para trabalhar nestes serviços, dificilmente se encontram profissionais especializados na área, e que saibam como proceder em cada situação. O preconceito também foi diversas vezes citado como sendo um problema nesta área. Não só o preconceito social, mas principalmente o que existe pelos próprios trabalhadores desses serviços, uma vez que não entendendo o paciente e seu comportamento, dificilmente o profissional vai conseguir assisti-lo de maneira adequada. Foi colocado também, que é comum os profissionais escolherem a saúde mental por ser uma área mais “fácil”, sem muitos cuidados técnicos, com uma rotina

mais branda e sem muitas preocupações. E, dentro deste contexto de “facilitação” os profissionais acabam agindo com esses pacientes como se eles estivessem com sua saúde mental preservada e que o comportamento que eles mantêm nos serviços são “gracinhas” que fazem para chamar a atenção.

Esse total desentendimento do processo de doença mental por parte de alguns profissionais, pode ser considerado como um dos impasses existentes para que haja tantas lacunas na assistência e tantos pacientes estarem à margem do sistema, não podendo ser assistidos de maneira adequada. O atendimento que deveria ser em rede, acaba virando um emaranhado em que o paciente se vê preso e sem alternativas para sair.

A falha na formação profissional esteve presente nas falas dos participantes que relataram que, as faculdades não abordam a saúde mental da maneira como deveriam, não se preocupam em mostrar para os alunos a realidade dos serviços nem como proceder, e que a carga horária para esta disciplina é muito reduzida.

As respostas dos sujeitos a estas questões foram submetidas à análise do conteúdo temático.

- **Política Nacional de Saúde Mental**

A maior parte dos participantes (55,0%) considera que o serviço em que atuam segue parcialmente a Política Nacional de Saúde Mental. Para justificar esta resposta foram citados muitos pontos, tais como, inadequação da estrutura física, preconceito na área, falta de pessoal capacitado, dentre outros. Alguns profissionais referiram desconhecer a Política atual, embora estejam se especializando nesta área e esta informação seja de fácil acesso. No geral, pode-se perceber que os profissionais têm ideais desencontradas a respeito da legislação que rege a saúde mental no país e observa-se também que a Política Nacional de Saúde Mental é confundida com normas e regulamentos burocráticos que o serviço deve seguir.

Um ponto importante que foi relatado pelos profissionais foi de que o serviço de Centro de Convivência do município ainda não está credenciado no Ministério da Saúde, o que dificulta seu reconhecimento como uma unidade vinculada à área da saúde.

"Eu acredito que segue parcialmente. Bom segundo a Política... da Reforma Antimanicomial, aqui ainda é considerado como uma prisão, tem grades, os recursos físicos ainda são arcaicos, o prédio é um prédio totalmente inadequado, a estrutura mesmo de leitos, a estrutura de banheiros dos pacientes, os refeitórios e também os recursos humanos são deficientes (...) acho que é seguido parcialmente, acho que não atende assim, não atende as metas de recuperação do paciente como é preconizado pelo Ministério da Saúde".(RHL –S1)

"Eu não conheço totalmente a Política de Saúde Mental, mas acho que segue parcialmente (...)". (DFG – S1)

"Nosso serviço segue parcialmente, por não atender a demanda da população. Precisa de mais investimento para ampliar o atendimento e, para seguir realmente a politica tem que seguir aquelas diretrizes do SUS, ter ideia ai dos princípios de universalidade, equidade que eu acho que isso ainda esta deixando a desejar". (APBM – S3)

"Acho que segue totalmente dentro das nossas condições precárias de trabalho. Condições financeira, de apoio, de RH, mas nós cuidamos porque buscamos respeitar cada indivíduo com seus direitos, e acho que isso que é o essencial. Cada um tem seu plano terapêutico individualizado." (MAFL –S3)

"Eu percebo que a gente segue totalmente a Política Nacional de Saúde Mental. Principalmente baseado nas diretrizes do SUS e também a gente se orienta muito, que é baseado nosso trabalho, que é na Linha Guia de Saúde Mental." (MMM –S-4)

"Acho que segue totalmente, porque é uma instituição vinculada a uma Universidade Federal, é uma instituição que, na minha percepção, deveria seguir corretamente as políticas definidas pelo governo. Acredito que eles estejam atentos a isso ai, a direção do hospital, o serviço de psiquiatria." (BCV- S3)

"Ah eu acho que ela, dentro do que eu sei, segue totalmente porque, a gente segue as diretrizes sugeridas, a política de saúde mental mesmo , sugerida pelo SUS também". (LCA-S4)

"Acho que segue parcialmente, porque esta unidade de saúde ela não é credenciada ao Ministério da Saúde, então acho que é parcialmente, este credenciamento tem sido tentado, foram feitas algumas adequações no espaço físico e tem projetos de atuação do Centro de Convivência para que sejam feitos, realizados". (JMW-S4)

"Eu acho que segue parcialmente, porque, por exemplo, a unidade onde eu estou, ela ainda não é credenciada, então não existem recursos diretamente voltados para as ações desse serviço, então acho que ainda há falta de investimento para que haja o credenciamento desta unidade".(EABSE-S4)

"Eu penso que segue parcialmente e a gente segue as diretrizes do Ministério da Saúde do SUS e a Linha Guia de Saúde Mental do Estado". (MA –S5)

- **Dificuldades encontradas na Saúde Mental**

Trinta e sete (72,5%) profissionais referem que a maior dificuldade encontrada na área de saúde mental é financeira, seguida de 35 (68,7%) funcionários que consideram a maior dificuldade a nível político. Dezesseis (31,4%) deles consideram que as dificuldades da área de saúde mental são devidas a problemas financeiros, políticos e de pessoal. O preconceito e a falta de pessoal para constituir a equipe também foram apontados como dificuldades em saúde mental, como podem ser observados nos relatos a seguir:

"*Eu acho que tem dificuldades financeiras, a verba para a saúde mental ela é reduzida, de pessoal porque falta profissional na equipe e de políticas também, né, porque eu acho que a saúde mental ela é pouco favorecida na política aqui de Uberlândia". (EAO – S1)*

"Eu acredito que esse preconceito por parte dos profissionais, a falta de capacitação para esses profissionais, e a relação da instituição com a prefeitura, é uma relação difícil, na gestão anterior estava difícil, e acho que prejudicou muito o tratamento dos pacientes". (TMC –S1)

"É assim, a gente ainda tem muitas dificuldades, dificuldade financeiras, dificuldades de recursos humanos, dificuldade politica, mas acho que a maior dificuldade ainda continua sendo o preconceito. O preconceito que, de um modo geral, as pessoas tem da doença mental. Que é uma coisa que vem de muitos anos, né, muito tempo, e que as pessoas não conseguem superar ainda essa dificuldade". (RJCS – S2)

"Financeiro e de pessoal, porque, por exemplo, nós deveríamos ter um psiquiatra todos os dias, mas não, nós contamos com ele em alguns dias, em alguns períodos em alguns turnos, o clinico também, ele vem só uma vez por semana, então falta pessoal. Não temos um TO, que faz muita falta este profissional aqui. E financeiros porque os recursos que vem para nós fazermos as atividades, nós não temos, muitas vezes a gente lança mão dos recursos próprios (...)." (VRR- S5)

"Financeiro, recursos para material para oficina, infraestrutura, atualmente tem uma equipe mínima, mínima trabalhando com um numero grande de pacientes". (MAFL –S3)

"Financeiro no Brasil é sempre um problema em questão de saúde, em qualquer área, na psiquiatria nós temos a dificuldade também de preconceito, acaba que isso até interfere no preparo das equipes, as pessoas não se interessam por se dedicar ao estudo disto e ficou durante muitos anos uma área da saúde meio que marginalizada...". (BCV- S3)

"Eu acho que mais pessoal, porque eu acho que se a gente tivesse a oportunidade de estar discutindo mais a nossa atuação dentro da unidade favoreceria assim, o desenvolvimento de outras estratégias junto com o usuário, porque a gente precisa ficar buscando muito recurso fora, mas muitas vezes com o próprio usuário, então nesse sentido assim, a gente já fez varias tentativas de projeto de geração de renda mas não deu certo por quê? Por que tem um estigma do usuário de saúde mental de que ele não vai conseguir, de que não vai dar certo, e ai eu acho que a equipe fica meio, as vezes paralisada, no sentido assim de estar buscando outros recursos tanto com o usuário quanto..... principalmente com o usuário na lida com ele." (JMW- S6)

"Acredito que sejam políticas e financeiras porque, já existe em outros estados, mesmo dentro do estado de Minas Gerais locais em que os Centros de Convivência, eles já são credenciados, já tem uma participação mais efetiva e aqui, na cidade, de acordo com a politica do município, das gestões, isso ainda não foi possível, então acho que falta isso, tanto para o Ministério que encaminhe recursos financeiros, como os municípios também, distribuir isso também de uma maneira que seja importante para o serviço". (EABSE-S6)

"Acho que tem todas. Financeiras porque os CAPS estão sucateados, falta estrutura física, falta material de trabalho para as oficinas, falta uma série de coisas para gente poder oferecer um trabalho de qualidade. De pessoal, porque falta pessoal também, falta pessoal qualificado, o que tem não tem capacitação e com relação às politicas, também eu acho que nesse momento, principalmente, está sendo muito difícil seguir as diretrizes que a gente falou que segue, do Ministério e da Linha Guia do Estado, porque está ocorrendo uma série de atravessamentos políticos, no sentido de voltar a internar, criar mini manicômios, que a gente considera que são as comunidades terapêuticas, são manicômios voltando. A internação compulsória, não seguir a politica de redução de danos aos usuários de crack e outras substancias". (MA- S5)

"Eu poderia colocar como política, só que a questão política ela tem muito a ver com... se tivessem politicas mais adequadas, voltadas para a questão da saúde mental, porque eu acho que faltam politicas mais adequadas, a politica está muito distante da realidade, mas atualmente é o financeiro, falta dinheiro e falta pessoal, olha só, falta tudo então é difícil de falar assim, qual que é que falta mais, mas eu acho que começa pelas politicas, se tivesse uma politica adequada, não faltaria pessoal e não faltaria capacitação, financiamento, nada disso". (ABCM- S2)

"Aqui no serviço onde eu atuo, eu vejo muita dificuldade de pessoal, porque eu acho que as ações interpessoais ainda não estão muito coerentes com o processo de... de não ser mais manicomial, eu acho que as pessoas ainda têm a visão muito manicomial, apesar de todos os determinantes políticos e burocráticos para que não haja esta institucionalização, só para esclarecer com a questão anterior, não tem mais uma

institucionalização, por isso que eu acho que esta coerente com a politica, mas os profissionais ainda tratam as pessoas no momento que estão aqui há dez, quinze dias, como se houvesse, então por isso eu acho que não esta coerente de pessoal e eu acho que uma outra não adequação daqui, é quanto a estrutura física, porque os pacientes com transtornos muito diferenciados, por exemplo, dependência química e transtornos mentais ficam no mesmo ambiente, alas masculinas e femininas não tem separação...". (SBA-S1)

- **Estrutura das relações de trabalho**

A estrutura de relações de trabalho é considerada por 51% dos participantes como pouco adequada. A fragmentação da equipe foi bastante referenciada nas falas, uma vez que é dividida por categoria, cada profissional cumpre o seu papel, realiza as atividades que lhes são pertinentes e muitas vezes os outros membros da equipe não tem acesso ao que foi realizado com o paciente, o que dificulta a continuidade da assistência e a presença de um cuidado multiprofissional. Foi citado também que falta aos profissionais estabelecerem quais são os seus papéis dentro do serviço. As responsabilidades se chocam ou se anulam, refletindo no paciente que terá uma assistência inadequada devido a falhas de comunicação e no desempenho de suas competências. Os participantes que consideram a estrutura totalmente adequada, não tiveram uma explicação muito bem formulada para justificar sua opinião.

"Muitas vezes os profissionais não dão continuidade para o que os outros fazem, eu acho que falta continuidade no tratamento que foi dado anterior, tanto na internação, no Pronto Socorro, como... enfim e o encaminhamento para o CAPS, que é fragmentado, não fica uma estrutura única". (TMC-S1)

"Acho que aqui, funcionam bem, funcionam harmonicamente e o resultado final para os pacientes, geralmente é bom". (DFG – S1)

"Nossa equipe é muito reduzida, aqui dentro o que a gente observa é uma equipe de enfermagem, muitas vezes trabalhando separado do resto da equipe, muitas vezes isso acontece com a própria chefia separada da nossa chefia". (MAFL –S3)

"Eu acho que não é adequada. Por que ainda falta aos profissionais da área de enfermagem se dedicar mais aos seus recursos humanos que tem, é trabalhar mais para essas pessoas para que o serviço que eles prestam seja uma coisa que a gente possa confiar, entendeu? Infelizmente você não dá o que você não tem. Se o profissional que esta trabalhando ele não recebe afeto, não recebe carinho, não é reconhecido, como é que ele

vai dar conta de tratar o outro, se ele não recebe? Então eu acho que esta faltando muita coisa ainda, para o profissional da área de saúde mental trabalhar com o paciente e com os recursos que ele tem". (RJCS – S2)

"Acho que é adequada, mas é uma equipe que foi estruturada também para o tipo de serviço que é do Centro de Convivência, para esse tipo de atendimento, com perfil para esse atendimento". (LCA-S6)

"Acho que é adequada sim, no sentido assim, a gente tenta adequar de acordo com os recursos que a gente tem". (JMW- S6)

"Na minha unidade as relações são adequadas, embora às vezes ocorram algumas falhas de comunicação. Atualmente a gente ficou sem uma coordenação por um período, mas isso já foi ajustado e a gente esta reorganizando o serviço novamente". (EABSE-S6)

"Eu penso que é um pouco adequada, no caso especifico da nossa unidade, a gente trabalha procurando respeitar as categorias, quando a gente define Projeto Terapêutico Singular para os pacientes a gente leva em consideração a categoria, o vínculo, quando a gente faz uma distribuição das atividades durante o mês também a gente procura fazer com que estas relações sejam levadas em consideração, que haja interação entre os saberes e as equipes possam conversar, trocar experiência". (MA- S5)

"Sim, aqui onde eu trabalho ela é adequada, não posso falar que não é, mas ela ainda está em fase de construção, existem esforços de aprimorar, mas a gente normalmente tem um certo impedimento, uma dificuldade.... não é um impedimento essa questão financeira, que não é só na saúde mental é toda a área da saúde de um modo generalizado". (MLR- S6)

"Aqui internamente a gente tem um funcionamento bacana, a equipe dialoga e troca, compartilha coisas, é tranquilo. E a gente, eu acho que o problema também que você vai ouvir muito é que a gente instituiu há alguns anos atrás, talvez há uns quarto, cinco anos atrás a função do articulador de rede, então, que é um profissional que supervisiona a atuação do psicólogo na atenção primaria, então este profissional ele esta em um diálogo constante com os CAPS e com o Centro de Convivência, então isso é uma função assim que facilitou muito entre as equipes de saúde mental, mas sempre tem dificuldades, divergências, coisas assim de encaminhar o paciente e chegar lá e falarem "não, não é pra cá" e mandam de volta... que é o que eu acho que tem a ver com o que eu estava falando da formação continuada". (RABCP- S6)

"Eu acho que as relações de trabalho não são adequada, porque eu acho que não tem uma boa divisão do que é meu, do que é minha responsabilidade profissional e o que é responsabilidade do outro, então acho que algumas coisas acabam sendo passadas por cima e às vezes um profissional fazer o que é de responsabilidade do outro ou determinada ação não é feita por que o profissional que é responsável por ela não a toma para si". (SBA- S1)

- **Atuação da Enfermagem**

Dos seis serviços pesquisados, o Centro de Convivência não possui equipe de enfermagem atuando. Desta forma foram avaliados os relatos dos profissionais dos outros serviços e para 45,1% destes, a atuação da enfermagem é satisfatória. Muitos pontos foram citados como problemáticos para a atuação não satisfatória da enfermagem tais como, falta de capacitação, equipe de enfermagem reduzida para a quantidade de trabalho, falta de conhecimento do próprio profissional de qual o seu papel dentro de um serviço substitutivo em saúde mental, a falta de interesse e o desempenho pessoal de cada profissional também foi referido. Foi citada também a falta de autonomia que o enfermeiro tem dentro dos serviços de saúde mental e que outas categorias dominam esta área.

"Eu acho que é parcialmente em decorrência da quantidade de funcionários, por exemplo, para conter um paciente com agitação psicomotora, preconizam-se cinco pessoas, cinco profissionais, nem sempre nós temos essa quantidade de colaboradores aqui no momento, então, isso fica prejudicado, mesmo a enfermagem estando pronta para atender, pronta para atender esta crise, ainda assim a gente fica aquém porque como que vai ser protegida a integridade física desse paciente, a abordagem desse paciente nesse momento sendo que o profissional enfermeiro que deveria contribuir nesse momento ele tem que contribuir na contenção, porque deve-se proteger todas as partes do pacientes, então a atuação ela é parcialmente satisfatória na minha opinião"(RHL –S1)

"Na área de CAPS sim, é satisfatória. Na área hospitalar poderia usar mais recursos grupais e terapêuticos" (AHCR- S1)

"Acho que é parcialmente, porque, acredito que a enfermagem ainda tem que tomar para si o papel de avaliação de enfermagem, prescrição de enfermagem nesta área da psiquiatria, acho que isso deixa muito a desejar e a gente não tem muito bem desenvolvida a nossa autonomia profissional". (SBA-S1)

"Parcialmente. Falta capacitação nossa também, falta mais interação de grupo e faltam mais condições também, condições para gente poder trabalhar. A gente ate quer fazer alguma coisa, mas faltam politicas voltadas para isso". (ABCM-S2)

"Parcialmente. Eu acho que a enfermagem deveria ter um olhar holístico, que é ver o paciente como um todo e também ter um vasto conhecimento da politica da saúde mental, então, infelizmente eu acho que não é satisfatória a questão da saúde mental neste contexto, haja vista que... a gente percebe o seguinte, o profissional da área de enfermagem ele deixa muito a desejar no sentido de que ele não participa de toda a situação, do

movimento de saúde mental dentro de Uberlândia, o enfermeiro está sempre alheio a esta situação, porque no meu modo de ver uma outra categoria profissional domina esta área, então o enfermeiro que é um profissional tão importante, que deveria estar lá... ele fica um pouco marginalizado". (RJCS- S2)

"Bastante. Ela é nossa 'parceirona', ela não só fica focada na saúde mental do paciente, mas no paciente como um todo. Ela encaminha quando ela vê alguma coisa de diferente, para o pronto socorro, tenta marcar consulta para facilitar a vida do paciente, então assim, em relação a outros lugares que eu trabalhei com saúde mental.... a gente aqui tem uma senhora enfermeira". (CFC- S5)

- **Falha na formação profissional**

Vinte e oito (55,0%) funcionários consideram que há falha na formação profissional. Foi muito citada a questão dos currículos das universidades, que em relação à saúde mental não são atualizados de acordo com as propostas do Ministério da Saúde, e que a carga horária para esta disciplina é muito reduzida, o aluno sai sem uma visão do que são os serviços substitutivos em saúde mental, de como atuar e mesmo como eles funcionam. Muitos referiram também que deveriam ser oferecidos mais cursos de atualização e capacitação na área de saúde mental para os seus profissionais.

"As universidades que ainda não aderiram as propostas do Ministério da Saúde e desenvolveu um projeto pedagógico onde prepara os profissionais com um perfil para o SUS, este profissional sai sem condição de trabalhar, tanto em qualquer serviço do SUS, mas principalmente nos serviços de saúde mental, que geralmente não conhece os princípios, nem do SUS, nem da Reforma Psiquiátrica, não sabem que é um clinica Antimanicomial, como atuar no ponto de vista clinico e Antimanicomial, então eles chegam despreparados. Algumas universidades do país, várias já, já tem um projeto pedagógico tentando formar profissionais generalistas e com um perfil para o SUS, então estes chegam com um maior preparo para atuação." (MXX- S6)

"Totalmente. Hoje em dia o problema na UFU, eu tenho visto que os profissionais, da psicologia, tem trabalhado mais em questão de saúde publica, de SUS, que antes não tinha, então acho que falta um pouco nessa área da saúde pública, de SUS, de saúde mental, muito pouco, a formação é muito para a clinica e cada vez menos a clinica da subjetividade essa clinica da singularidade, de entender que ali tem um sujeito, como algumas abordagens cognitivo- comportamentais e muitas vezes não valorizam isso como eu acho

que deveria ser valorizado, a questão da subjetividade, de entender o paciente como um sujeito e ajuda-lo e tentar construir de alguma forma para que ele possa viver melhor no mundo, então acho que falha nisso". (RABCP- S6)

"Acredito que há falha na formação, acredito que precisa ser revisto e melhor estabelecido, acredito que os profissionais da minha área precisam ser mais bem treinados e ter uma atualização mais frequente"(RSF-S1)

"Acho, acho que a formação da psiquiatria para os profissionais de enfermagem é muito falha porque é recente a Reforma Psiquiátrica e os profissionais são formados ainda com a visão do modelo antigo e tem pouquíssimas atualizações nesse campo". (SBA –S1)

"Com certeza. Na área de nutrição falta muito, dentro da faculdade eu não vi, existem poucos cursos nesta área para nutrição, para nutricionista, como eu não tinha conhecimento, tem pouco tempo que eu estou no setor e eu vim para cá, porque aqui a gente percebe que no meio de tanto nutricionista, o preconceito ainda é muito grande e o medo de entrar e trabalhar com estes pacientes existe muito, então só vem para cá quem não tem medo, então foi mais por esse desafio". (GDR-S1)

"Sim, existe falha. Porque necessita-se de maior incentivo politico na área acadêmica para a formação dos profissionais, ou seja, nas próprias universidades não se fala em saúde mental, na psicologia não se fala, no serviço social não se fala eu sei disso porque eu tenho um relacionamento, uma interação na área acadêmica, no sentido da formação dos profissionais, e principalmente as próprias instituições, não se investe em cursos específicos nessa área, tal como assim, reciclagem, congressos, não tem essa formação (...)". (MLR-S6)

5.3.1 Conhecimento dos participantes do estudo sobre políticas em saúde mental

Em relação às prioridades em saúde mental na politica atual, as respostas foram diversificadas, alguns profissionais tem conhecimento de quais são as prioridades, enquanto outros não souberam responder ou deram respostas desencontradas. Foi citado como prioridade o atendimento em rede, a desinstitucionalização, o enfoque na autonomia do paciente, a politica de redução de danos, atendimento mais humanizado, politica de combate ao álcool e outras drogas, como também foi citado que as prioridades são cuidar de pacientes com

determinadas transtornos (psicóticos, neuróticos) e pacientes em crise. As respostas dos representantes de saúde mental do município também foram aqui transcritas e se mostram coerentes em relação às prioridades, pelo fato de estarem ligados diretamente à saúde mental, já a resposta do coordenador da Superintendência Regional de Saúde (SRS), tem certa dificuldade quando se fala em saúde mental, ele responde de uma forma generalizada não sabendo definir o que são prioridades nesta área específica.

"Reabilitação psicossocial do pacientes com enfoque para a autonomia e uma sociedade sem manicômios, com redução do tempo de internação e prioridade para atenção secundária – CAPS". (RHL- S1)

"Infelizmente o que atualmente se pode observar é que as prioridades com a saúde mental estão estagnadas, ainda continua a luta a favor das solicitações anteriores, tais como, melhoria da atuação da rede de saúde mental em Uberlândia; regulamentação dos casos de acolhimento ao doente mental; manutenção do LOAS; manutenção dos quesitos fundamentais da Reforma Psiquiátrica; humanização no atendimento ao doente mental e ; novas atitudes politicas com relação a redução de leitos e também em relação de outras maneiras de acolhimento, melhora do nível de conhecimento cientifico e técnico na área de saúde mental. Aumento do atendimento a domicílio; apresentação de projetos que possam valorizar o entendimento de que o preconceito com relação ao doente mental significa retardo na evolução do seguimento de tratamento na saúde do individuo, que é um direito universal". (RJCS- S2)

"Evitar institucionalização dos pacientes (internações prolongadas); tratar os pacientes em sofrimento agudo (crise); assistência psicossocial ambulatorial, fornecimento de medicações; atuações preventivas". (BCV- S3)

"A prioridade tem sido a reinserção do paciente da saúde mental na comunidade, tentando levar a ele um tratamento multidisciplinar em CAPS ou UBSF próximo a sua residência. O tratamento de dependentes de álcool e drogas tem sido prioridade, tendo ocorrido publicações do MS e CFM sobre o crack nos últimos anos". (HMM- S3)

"Tratamento de crise, tratamento individual, tratamento farmacológico". (MIN- S3)

"Pacientes psicóticos, neuróticos, em crise, dependentes de álcool e drogas". (CBS- S4)

"Atendimento e suporte psicoterápico a pacientes com sofrimento mental grave". (VRR- S4)

"Melhorar e ampliar os serviços de saúde mental". (DCF-C/SRS)

"Entendo que as prioridades da politica Nacional de saúde mental permanecem sendo a defesa de um cuidado de base comunitária, em meios abertos e pautados na posição de autonomia e protagonismo dos usuários. Há também uma prioridade da RAPS (portaria nº 3088) em sua implantação e consolidação como rede prioritária. Quanto à população, temos no centro da politica o cuidado integral à população ad e infanto-juvenil, sem minimizar o cuidado com outros transtornos".(MTP/SMS- SM)

"Trabalho em rede, com organização e interlocução dos serviços em Atenção primária e secundária (serviços especializados), trabalhando com serviços abertos, priorizando os sujeitos no território. O foco atual é álcool e outras drogas"(MLR/SRS-SM)

"De acordo com a linha guia em saúde mental a prioridade do cuidado em saúde mental está no atendimento aos portadores de transtornos mentais graves e ou crônicos, pacientes expostos a situações de violência e exclusão social, crianças e adolescentes em situação de risco, usuários apresentando uso nocivo de substâncias psicoativas, tentativas de auto- extermínio". (LY- S5)

"Atendimento em serviços abertos territorializados a pessoas com transtorno mental severo persistente, tanto em momentos de crise como posteriormente". (EABSE- S6)

5.3.2 Estrutura dos serviços de saúde mental no atual sistema de assistência

Esteve presente nas respostas dos participantes que o atendimento em saúde mental se estrutura em três níveis de atenção, contando com ações de saúde mental na atenção primária, com cuidados especializados nos CAPS e os casos de necessidades específicas contam com o apoio dos hospitais, para internação. Porém, nem todos profissionais tem esta visão dos serviços em estrutura de rede, responderam que a porta de entrada do paciente no sistema é pelo Pronto Socorro para internação na Enfermaria de Psiquiatria. Outros profissionais não souberam ou não responderam a esta questão e algumas respostas se encontram em desacordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Algumas das respostas foram transcritas a seguir.

"*Se estruturam em rede: serviços substitutivos de atenção dentro da lógica da Reforma Psiquiátrica. Centros de Atenção Psicossocial, infantil, I, II, III e álcool e drogas, funcionando como serviços de atenção ambulatorial dentro da lógica territorial. Residências*

terapêuticas, ESF, leitos de internação em hospital geral e serviço de emergências psiquiátricas em Pronto Socorro geral para intervenção na crise quando os serviços comunitários se apresentam ineficientes. É de destaque a presença na rede de atenção a saúde mental o meio social de origem dos indivíduos, englobando família, emprego e sociedade". (SBA-S1)

"*Em níveis primários, secundário e terciário. No nível primário tem-se unidades básicas de saúde tendo muitas vezes um psiquiatra como tutor. A população é atendida por um clinico geral. Casos mais complexos, em geral, são encaminhados a centros ou ambulatórios especializados. No nível terciário temos as enfermarias de psiquiatria, geralmente dentro de um hospital geral". (APBM- S3)*

"Estrutura: no atual sistema, em Uberlândia, contamos com o hospital de clinicas no setor de psiquiatria, CAPS e atendimentos ambulatoriais".(SSS- S4)

"No Hospital de Clínicas a porta de entrada para a enfermaria de Psiquiatria é o Pronto Socorro e o paciente vem encaminhado pelo CAPS ou outros serviços de saúde do município. Também pode ser trazido pela policia ou corpo de bombeiros ou demanda espontânea. Após avaliação no Pronto Socorro pode receber alta ou ser transferido para internação na enfermaria de Psiquiatria permanecendo no máximo 45 dias, em casos particulares por mais tempo. Após alta é encaminhado para o CAPS de referência de sua região para poder seguir com o tratamento".(EAO-S1)

"Os serviços de saúde mental se estruturam em leis, portarias, intervenções judiciais". (GDR- S1)

"O paciente dá entrada no Pronto Socorro, havendo a necessidade de internação o mesmo é encaminhado para a enfermaria para estabilizar (sair da crise), após alta é encaminhado ao CAPS de referência para dar continuidade ao tratamento". (CLAS- S1)

"Por descentralização de esfera federal para estadual e municipal".(ACVM-S2)

"De forma precária, falta estratégias e objetivos daqueles que abraçam esta causa. Por que esta é uma parte da medicina que devido sofrer preconceitos de diversas formas, não consegue alavancar intensões de melhorias para este segmento". (RJCS- S2)

"No atendimento às crises e pós- seguimento, com embasamento na intersetorialidade".(LXX- S4)

"A atual rede de atenção em saúde mental está estruturada da seguinte forma: CAPS: acompanhamento de pacientes em situação de crise e sem suporte familiar. Hospital psiquiátrico: para pacientes em situação de crise". (LY- S5)

"Basicamente em rede, atenção primária, CAPSII e III, centro de convivência e todos os dispositivos de inserção cultural, artística, geração de renda. Existe uma hierarquia dos CAPS (I, II, III) definida ou por critério populacional ou por diferenciação na permanência do usuário do serviço". (MA- S5)

"Hierárquico – atenção primária e atenção secundária". (DCF-C/SRS)

"Estamos implantando ações na Atenção Primária de Saúde, qualificando CAPS para outras modalidades, implantando novos CAPS na região e leitos de saúde mental em hospital geral (qualificação)". (MLR/SRS-SM)

"Em três níveis prioritários de atenção contando com as ações de saúde mental na atenção primária. Cuidado especializado nos CAPS (crise) e urgência e emergência com retaguarda hospitalar para os casos com necessidades especificas de internação psiquiátrica e ou hospitalar". (MTP/SMS- SM)

5.3.3 Responsabilidades dos profissionais nos serviços

Sobre o que define as responsabilidades dos profissionais nos serviços de saúde mental, percebe-se que esses não tem uma opinião definida a respeito; foram citados vários pontos como definidores destas responsabilidades (a ética, a formação profissional, os órgãos que regulamentam a profissão – COREN,CRM- o coordenador da equipe, etc.), alguns profissionais não responderam ou não souberam responder a esta questão. Não há uma consonância de opiniões quanto a esta questão; dentro de uma mesma equipe houve respostas muito diversificadas, sendo este um fator importante que pode estar relacionado com as atitudes do profissional frente ao paciente, e como ele trabalha dentro desta equipe. Se ele não conhece o que define seu papel dentro de um serviço de saúde mental, muitas vezes este papel não é executado ou o é, mas da maneira como ele próprio considera adequado.

"*Existe uma Linha Guia da Saúde Mental que orienta as formas de atendimento normatizando-as".(EAO- S1)*

"Atualmente o que define as responsabilidades é a demanda do paciente". (TMC-S1)

"A capacidade de trabalho multiprofissional com habilidades no saber ouvir e tomar conduta não punitiva para com o paciente".(RHL-S1)

"As responsabilidades dos profissionais em saúde mental são garantir segurança, qualidade de vida, assegurar as leis que devem ser cumpridas, garantir melhora do quadro do paciente, evitar riscos de vida ao paciente e garantir que viva em sociedade". (GDR- S1)

"Acolher o paciente e familiar, dar um suporte emocional e um bom atendimento na internação. Atender às necessidades do paciente e familiar na medida do possível". (CLAS-S1)

"São as leis que regem os estatutos, são as normas federais, municipais, e estaduais, são os compromissos profissionais que cada servidor tem com seus conselhos, tipo COREN, CRM, etc. o caráter e o seu entendimento do que ética". (RJCS- S2)

"A demanda e protocolos do serviço, principalmente". (APBM- S3)

"Existe um plano de ação para profissionais de CAPS e ou ambulatório construído juntamente com o coordenador do serviço de saúde mental". (RSR- S4)

"Existe dentro do setor o coordenador principal que delega aos responsáveis técnicos as obrigações de cada um que repassam para seus auxiliares". (HLLD- S5)

"O profissional tem a responsabilidade de acolher, elaborar projetos terapêuticos, acompanhar o caso, buscar articulações na rede de saúde mental e articulações intersetoriais. Estas ações devem ser feitas sempre em conjunto com a equipe. Para além das responsabilidades técnicas e administrativas, considero que o cuidado se sustenta no vinculo com os profissionais e com a possibilidade do laço social oferecido pelas instituições".(RABCP- S6)

"O que define são as portarias" (DCF-C/SRS)

"Os princípios do SUS e da Reforma são os definidores das responsabilidades dos trabalhadores de saúde mental como: acolhimento incondicional, escuta, encaminhamento implicado, gestão de caso, entre outras". (MTP/SMS- SM)

"As legislações base da saúde mental, a portaria 854/12 e discussões regulares sobre organização dos serviços. São feitas reuniões a cada 2 ou 3 meses na SRS para acompanhamento dos serviços e visitas aos mesmos. As reuniões são feitas com os coordenadores e referências principais em saúde mental".(MLR/SRS-SM)

5.3.4 Planejamento e estratégias previstas para os serviços de assistência

Este ponto é muito importante para discutir e conhecer a visão que os profissionais tem da assistência em saúde mental para o futuro. Os poucos participantes que responderam a esta questão citaram vários pontos, que podem ser considerados importantes ou dispensáveis, tais como reforma da estrutura da unidade para melhoria da assistência, atendimento em grupos, reabilitação

psicossocial do sujeito, criação de novos protocolos e criação do Projeto Terapêutico Individual para cada sujeito.

A resposta mais completa encontrada foi obtida por um dos representantes em saúde mental do município:

"*Em Uberlândia, em 2013 há metas pactuadas como:*
-redução em 5% do número de internações;
-verificação de novos possíveis beneficiários do Programa de Volta para Casa;
- criar e monitorar no mínimo dois indicadores de qualidade em CAPS;
- implantar casa de acolhimento infanto-juvenil;
-iniciar processo credenciado de dois CAPS do município em funcionamento.
- repactuar o fluxo de saúde mental entre os diversos atores envolvidos" (MTP/SMS-SM)

Esta foi a única resposta encontrada que atende de maneira adequada ao que foi questionado e mostra um distanciamento dos profissionais da saúde mental em planejar e conhecer quais os rumos que a assistência pode seguir, e mostra também qual a expectativa que os usuários desses serviços podem ter.

5.4 Descrição da equipe de saúde mental: categorias atuantes e papéis desempenhados

Sobre as categorias profissionais que atuam na assistência em saúde mental, a grande maioria dos participantes indicou que a equipe deve ser formada por psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, serviço social. Alguns ainda citaram outros profissionais como nutricionista, educador físico, farmacêutico e artesão.

A respeito da quantidade de cada profissional para formar uma equipe adequada, as respostas variaram muito, pois cada profissional referiu o serviço onde trabalha, e como no estudo foram inseridos a enfermaria de psiquiatria, o ambulatório, o Centro de Conivência e os CAPS, e para cada um desses serviços é preconizado um número especifico de profissionais, as respostas foram

diversificadas. Para tanto, foram comparadas as respostas dos participantes considerando o serviço em que atuam. Dessa forma, na enfermaria de psiquiatria encontrou-se várias respostas, dentre elas que o numero de profissionais varia de acordo com a quantidade de pacientes internados, que é preciso um enfermeiro para cada dez pacientes e um técnico em enfermagem para cada cinco pacientes; os demais respondem as categorias necessárias, mas a quantidade de cada uma no serviço foi variada. No CAPS- A, apenas um participante citou as quantidades que considerava necessárias de cada categoria, os outros não responderam ou não soube responder. No ambulatório, nenhum participante especificou a quantidade de profissionais, uma vez que lá só existe o atendimento médico. No CAPS-B, apenas foram colocadas duas respostas, os outros participantes não souberam ou não responderam. No CAPS-C, a maioria dos participantes respondeu a questão com a quantidade de profissionais que acredita ser o suficiente. No Centro de Convivência apenas um participante colocou a quantidade de profissionais necessários; os outros não responderam ou apenas citaram as categorias necessárias, sem colocar a quantidade de cada uma. No CAPS-F nenhum participante especificou as quantidades, apenas citaram as categorias profissionais.

Esta questão é importante para dar uma visão do conhecimento dos profissionais que atuam em saúde mental a respeito da formação de sua equipe. Se ele tiver conhecimento de quais categorias profissionais são preconizadas para trabalhar em seu tipo de serviço e a quantidade exigida para cada uma, fica mais fácil de ele perceber se o serviço segue com o preconizado pelo Ministério da Saúde ou não. E, uma vez que se conhece isso, existe uma chance maior desse profissional questionar o motivo de o serviço não cumprir com a lei, e lutar pelos direitos do usuário de ter um atendimento multiprofissional. Então, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) para cada tipo de CAPS (I, II e III) é preconizado uma equipe mínima atuando:

- **CAPSI** - 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

- **CAPSII -** 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.
- **CAPSIII -** 2 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior, 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.
- **CAPSi** - 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde menta, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão,
- **CAPSad** - 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Em relação às atividades executadas pelos profissionais nos CAPS, de acordo com a Cartilha CAPS (BRASIL, 2004) são:

- Atendimento individual (prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação);

- Atendimento em grupo (oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal);
- Atendimento para a família (atendimento nuclear e a grupo de familiares);
- Atendimento individualizado a familiares (visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares), Atividades comunitárias (atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral).

Segundo o mesmo documento, estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tem que ficar a maior parte do tempo dentro do CAPS. As atividades podem ser desenvolvidas fora do serviço, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderá iniciar-se ou ser articulada pelo CAPS, mas que se realizará na comunidade, no trabalho e na vida social.

Na visão dos participantes, evidencia-se que há carência no preparo para sua atuação em equipe e desconhecimento da importância dessa equipe na assistência ao paciente. Na opinião dos participantes, cada categoria tem um papel especifico e que, muitas vezes, foi considerado o senso comum para julgar suas funções dentro desse serviço. Por exemplo, foi muito comum julgarem o papel do médico o de diagnóstico e a prescrição de medicamentos. Do enfermeiro, a administração de medicamentos, os cuidados básicos ao paciente. Somente à categoria de psicologia coube a função de escuta, grande parte dos profissionais acreditam quem esta função seja especifica desta categoria, o que limita a função dos outros profissionais, uma vez que a escuta é a principal elo entre o profissional e o paciente, e quando o paciente percebe que o profissional esta aberto para ouvi-lo, cria-se um laço de confiança muito grande e possibilita uma qualidade melhor do atendimento e reabilitação desse indivíduo.

6 DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos vê-se que a maior parte dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental são psicólogos do sexo feminino. Este dado corrobora com outros estudos desenvolvidos na área, onde a força de trabalho adulta é predominantemente feminina, na enfermagem havendo uma associação entre o trabalho feminino e o cuidado em saúde (FILIZOLA, MILIONI e PAVARINI, 2008; FUREGATO et al, 2009).

O enorme contingente de psicólogos encontrado nos serviços de saúde é um fenômeno atual. Entretanto, muitos deles não estão preparados para assumirem sozinhos a escuta, a gestão, a coordenação dos Projetos Terapêuticos Individuais e Institucionais.

A faixa etária predominante é de 30-39 anos, sendo que destes a maioria são psicólogos. A categoria com maior jornada e experiência de atuação na área também é a psicologia com 10 anos ou mais de formados e o que lhes confere, proporcionalmente, maior experiência na área de saúde mental.

A enfermagem predomina com profissionais de 1 a 5 anos de formados, o que fala a favor de que é uma categoria jovem, sem experiência de atuação, pois provavelmente é o primeiro emprego conquistado e há certo despreparo em lidar com o público alvo desses serviços. Isto explica o fato de a saúde mental ser considerada “fácil” em relação às outras especialidades e serviços de atuação profissional, pois uma vez que não se compreende a importância destes dispositivos na sociedade, dificilmente o papel da enfermagem ou de qualquer outra categoria será cumprido de maneira adequada. De acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS são os dispositivos fundamentais do modelo de atenção psicossocial, ressaltando sua função estratégica de articulador da rede de serviços, e a necessidade de potencializar parcerias intersetoriais e de intensificar a comunicação entre os CAPS, a rede de saúde mental e a rede geral de saúde, contemplando as dimensões intra e intersetoriais (SUS, 2010). De modo que, o profissional que atua nestes serviços tem que conhecer a importância dos serviços na sociedade para que o tratamento dos pacientes seja eficiente.

A categoria médica é a que predomina com 60 horas semanais de trabalho, a enfermagem predomina com 40 horas semanais e a categoria de psicologia

predomina com 20 horas semanais. Há uma relação significante entre formação acadêmica e jornada de trabalho. A maioria da categoria de psicologia possui outro emprego. Apenas os profissionais da enfermagem não possuem outro emprego.

Apenas um terço dos participantes possui especialização em saúde mental, sendo que a categoria predominante é a médica, pelo fato de a medicina exigir residência para o profissional se tornar especialista em outras áreas. Isso mostra que grande parte dos profissionais que atuam em saúde mental não busca se especializar para melhor prestar seus serviços nesta área. A qualificação profissional é uma condição estruturante para o trabalho em Saúde Mental, segundo a lógica psicossocial, em virtude da reorganização do modelo assistencial proposto pela Política Nacional em Saúde Mental e porque os cursos de graduação formam apenas generalistas (SILVA, ESPERIDIÃO, BEZERRA, CAVALCANTE, SOUZA, SILVA, 2013). Cursos de atualização já foram frequentados por um terço dos enfermeiros, enquanto que apenas um médico, referiu já ter participado desses cursos.

Esses profissionais, geralmente, são contratados por 40 horas semanais de trabalho no local. Entretanto, a maioria tem outros empregos e consultórios particulares. Portanto, uma questão que deve ser levantada é se eles, de fato, cumprem as 40 horas semanais no serviço público.

A categoria de psicologia é a que tem menor remuneração com salários entre R$ 1.000 e R$ 1.999, o que pode explicar a maior quantidade desses profissionais atuando em mais de um serviço. De acordo com a Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas, grande parte dos participantes pertencem a classe social que abrange a renda média bruta familiar entre R$ 1.685 e R$ 2.657.

Quanto às ações de enfermagem realizadas nos serviços, um quarto dos profissionais afirmou realizar a administração de medicação, sendo que destes, um é psicólogo, ou seja, não tem a formação necessária para exercer tal função, visto que não tem um conhecimento amplo a respeito das ações e efeitos das medicações no organismo, e tal fator, é muito vulnerável a ocorrência de erros de dosagens e até mesmo acontecer a administração do medicamento errado. As outras ações de enfermagem são executadas em sua maioria por enfermeiros, o que demonstra e reafirma a responsabilidade desta categoria direcionada aos cuidados básicos do paciente. Outro profissional não está preparado para fazer as tarefas da enfermagem.

Quanto à equipe de enfermagem, ainda pode-se perceber a visão de que este profissional seja responsável apenas pelos cuidados técnicos do paciente (medicação, conforto, sinais vitais, etc.). E se estes procedimentos estiverem sendo realizados de maneira adequada, ele é um bom profissional e sua atuação é satisfatória. Porém, poucos participantes se referiram ao despreparo da equipe de enfermagem ao prestar serviços em saúde mental, afirmando que falta conhecimento especifico para atuar nesta área.

Sabemos que a atuação do enfermeiro em saúde mental vai muito além da preocupação apenas com os cuidados básicos, e como afirma Rotelli (1991) ao afirmar que o novo campo terapêutico aberto pela desinstitucionalização é um locus no qual deve constituir-se um novo saber, agregando outros saberes além daqueles a que tradicionalmente se recorre, para que deem conta de articular as necessidades sócio individuais dos usuários dos serviços com a dinâmica de reprodução social de classe. Dessa forma, o cuidado não é apenas para o indivíduo de maneira isolada, mas ele deve ser eficaz ao ponto de poder transformar o indivíduo como ser social.

Em todo o município existe apenas um funcionário de Terapia Ocupacional trabalhando em saúde mental, e que realiza ações de recreação e interações terapêuticas com os. A categoria profissional que predomina no atendimento a famílias é a psicologia, e utilizam, em sua maioria, a abordagem psicanalítica. O conhecimento aprofundado sobre os fundamentos filosóficos e técnicos que cada abordagem pode oferecer gera liberdade e flexibilidade para o profissional direcionar o atendimento, de acordo com a demanda de cada paciente, respeitando a individualidade e a estrutura interna particular como agente de seu tratamento. A escolha consistente das modalidades técnicas coerentes com as necessidades do paciente pressupõe a concepção de uma assistência centrada na integralidade e modifica o modelo de atenção centralizado no profissional, exigindo a “adequação” do paciente ao tratamento (GARLA, 2010).

Um ponto importante a considerar é em relação às ações realizadas nos serviços, a fim de promover a autonomia do paciente; quase todos os participantes referem realizá-las, sendo que a maior parte afirmou realizar estas ações após a alta do paciente, e poucos afirmaram promover estas ações durante toda a permanência do paciente na instituição, o que mostra que a postura da maioria dos profissionais é de não preparar o individuo para se reinserir na sociedade e não

ajudá-lo a viver sem o serviço. Esta ideia é passada ao paciente quando ele já esta prestes a deixar o serviço, o que pode significar uma quebra no processo de tratamento, pois, o paciente que tinha a instituição como ponto de apoio, se vê desamparado e se sentem isolados novamente. O que foi criado para facilitar na reabilitação e reinserção do paciente passa a ser visto como um problema. Enquanto o paciente frequentava o serviço ele estava amparado, e ele só vai começar a se preocupar com sua posição social e de cidadão quando este já não fizer mais parte de sua vida, uma questão que vai totalmente contra o objetivo principal desses serviços.

Quanto a opinião dos participantes sobre as politicas em saúde mental, a menor parte considerou que a instituição onde trabalham segue totalmente as politicas em saúde mental, referindo que não existe mais a institucionalização do paciente e que seu tratamento é realizado na comunidade.

A atuação da enfermagem em saúde mental é satisfatória para parte dos participantes. Um dos serviços estudados não conta com a categoria de enfermagem em sua equipe. A maioria dos participantes considera que há falha na formação profissional de sua categoria. Referiram também que a saúde mental não é prioridade politica, e desta forma a verba sempre é menor que o necessário para um bom funcionamento dos serviços. Na opinião da representante municipal em saúde mental, os CAPS são serviços muitos onerosos, e que o município é responsável por mais de 50% de seu custeio.

A falta de pessoal também foi muito presente nas falas dos participantes, uma vez que o preconceito ainda existe, tanto por parte dos profissionais, quanto por parte da sociedade. Isso significa a necessidade de produção de uma nova cultura que comporte a loucura, não como tolerância, mas, como gesto da aceitação de uma condição inerente ao ser humano, para a qual urge buscar, incansavelmente, respostas técnicas e científicas que não desqualifique ou puna quem já enfrenta limites para compreender o mundo. Esse sentido que a loucura adquire - o de uma realidade humana que faz interseção com os diversos campos do universo da existência - precisa ser cultivado, ou seja, produzido como cultura e assumido não como assistencialismo, mas como direito de cidadania (SILVA, AMARANTE, GOMES, BRAGA, VALENÇA, PADILHA, 2012)

A estrutura de relações de trabalho é considerada adequada para grande parte dos participantes. Existe muita fragmentação da equipe, o que dificulta a

continuidade da assistência, pois cada categoria, muitas vezes, trabalha isoladamente e há pouca ou nenhuma comunicação sobre o acompanhamento do processo de cuidado de cada paciente, o que dificulta também na criação do Projeto Terapêutico Individual (PTI) para cada um, inclusive, o PTI esteve pouco presente nas falas dos profissionais, o que é um indicador que poucos deles o executam. As responsabilidades se chocam ou se anulam por falta de conhecimento dos próprios profissionais de quais são suas responsabilidades.

Quanto às prioridades em saúde mental, os participantes não conseguiram ver consenso nem defini-las. As respostas foram muito diversificadas, e grande parte não conseguiu responder a esta questão. Atendimento em rede, a desinstitucionalização, o foco no atendimento do paciente, a politica de redução de danos, atendimento humanizado, politica de combate ao álcool e outras drogas, foram pontos citados pelos participantes, assim como também foi citado que as prioridades em saúde mental são de cuidar de pacientes em crise e de pacientes que possuem determinados transtornos mentais.

SILVA (2003) atenta para o perigo de se incorrer ao que ela chama de *Reformismo* do modelo tradicional da assistência. A autora se refere a uma mudança cosmética, que se anuncia como Reforma Psiquiátrica, mas, por não transformar a essência do modelo clássico, somente atualiza- o - mediante um aperfeiçoamento técnico e/ou estrutural - porque não permite a reciprocidade entre os sujeitos envolvidos. Assim reproduz e alimenta, modernizando, a mesma relação no modelo que se afirma pretender mudar.

Vale ressaltar que durante o período de coleta de dados o município estava passando por um atravessamento politico de mudança de gestão, e a Fundação Maçônica, que era responsável há muitos anos pelos serviços de saúde juntamente com a prefeitura, foi retirado para que somente a gestão publica ficasse responsável pelo serviço. Como esta instituição havia contratado muitos profissionais para trabalhar nos serviços de saúde, inclusive os de saúde mental, foi aberto um concurso publico para que estas vagas fossem todas preenchidas de acordo com os princípios legais de seleção. E, uma vez que os profissionais contratados estavam discordando dessa ação da nova administração, muitos se recusaram a participar do estudo alegando indignação, outros consideraram que este estudo tinha alguma ligação com a prefeitura, e que estava sendo utilizado para levantar dados a respeito da capacitação que eles tinham para atuar nestes serviços. Mesmo tendo sido

esclarecido que este estudo não tinha vinculo nenhum com a prefeitura, e estava sendo realizado para coleta de dados de projeto de mestrado vinculado a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, alguns profissionais não mudaram de opinião e não participaram.

Pode-se notar que a maioria dos profissionais que atuavam na saúde mental do município era contratada seguindo critérios desconhecidos, no caso, os frequentadores da maçonaria, por exemplo. Outro fato ocorrido foi que dois CAPS estavam funcionando em um mesmo local. A defesa civil impediu que um dos CAPS continuasse funcionando no local onde estava instalado, por motivos de precariedade e risco de desabamento, dessa forma, um outro CAPS que funcionava em uma casa maior, está sendo sede dos dois serviços. Mesmo essa casa sendo considerada “melhor”, foi relatado pelos profissionais que lá trabalhavam como perigosa, por possuir dois andares e uma janela grande sem proteção nenhuma, que poderia ser um risco para os pacientes sofrerem queda de uma altura considerável.

O coordenador da Superintendência Regional de Saúde, sendo indicado pela secretaria do município, portanto, indicação politica e não de competência, pode ser responsável por muitos problemas nesses novos serviços. Uma vez que por meio deste estudo pode-se observar que seu posicionamento e conhecimento a frente das politicas em saúde mental são bem desatualizadas e não acompanha de fato, o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. A representante de saúde mental da Superintendência Regional de Saúde e Coordenadora municipal em saúde mental já possuem opiniões mais concernentes ao que está preconizado pelo Ministério, e elas, de fato, estão em consonância com estas mudanças e conseguiram indicar o que esta adequado ou não no munícipio e quais os passos a seguir, para que se tenha uma assistência em saúde mental de melhor qualidade no município.

A desinstitucionalização vai além do fechamento de manicômios e de criar novos serviços de saúde. É necessário reconstruir ideais e valores que realmente atinjam a sociedade, seus cidadãos e todo profissional que escolhe o cuidado como objetivo (GARLA, 2010). Todo profissional de saúde deve repensar seu papel transformador na assistência e redescobrir o potencial que existe em sua função na edificação de valores na sociedade.

As novas formas de organização das equipes, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de

responsabilização ou interpelação do sujeito, todos esses são temas cruciais para a formação de profissionais capazes de levar adiante o processo de transformação defendido pela Reforma Psiquiátrica (BEZERRA JUNIOR, 2007).

Vale repensar também que as práticas de atenção em saúde mental devem considerar o direito dos usuários de compreender os processos a que estão submetidos para que a desinstitucionalização aconteça na perspectiva da integralidade e incentivo a autonomia do sujeito, diminuindo, assim, o risco de uma nova institucionalização nas práticas de cuidado ditas substitutivas (OLIVEIRA, ANDRADE, GOYA, 2012).

7 CONCLUSÃO

Esse estudo possibilitou caracterizar as equipes dos serviços de saúde mental do município de Uberlândia, trazendo também o perfil dos recursos humanos que neles atuam e sua opinião a respeito das politicas em saúde mental.

Observou-se que a maioria dos profissionais é jovem e sem experiência na área de saúde mental. Poucos procuram se especializar na área ou participar de cursos de atualização. A maioria não tem uma opinião abalizada a respeito das politicas em saúde mental, as desconhece, o que é um fator negativo para a execução de uma assistência humanizada e integral e de acordo com os preceitos do SUS.

A formação das equipes deve ser revista, há um inchamento de profissionais de uma mesma categoria atuando dentro dessas equipes, e falta de outras categorias que também são muito importantes para o tratamento do paciente, e seriam de grande importância para ter novos olhares e uma nova perspectiva de tratamento.

Falta troca de conhecimentos entre as categorias que trabalham, pois em sua maioria, cada um atua isoladamente. Dessa forma, como podem implementar o Projeto Terapêutico Individual? Um fator que esteve muito presente nas atitudes dos profissionais, foi de criticar as outras categorias. A psicologia, por exemplo, por ser a área que mais trabalha com a mente e comportamento do ser humano, é uma categoria que se vê no comando, por assim dizer. Foi comum observar que alguns não aceitam, por exemplo, que o enfermeiro participe das oficinas terapêuticas com os pacientes por que não cabe a eles a observação e analise do comportamento do paciente durante esse momento. Atitudes como esta foram percebidas em todos os serviços pesquisados, em maior ou menor grau. Há total domínio dessa categoria na saúde mental do município.

Dessa forma as nota-se que as equipes estão centradas em si próprias e não nos pacientes/ usuários do serviço.

É urgente a realização de reuniões de equipe, e que o coordenador seja capaz de esclarecer aos colegas de trabalho, a importância de cada categoria atuante na área e que devem trabalhar juntos, para que consigam um só objetivo: o

de tratar o paciente com humanização e integralidade, a fim de reinseri-lo na sociedade.

Outro achado do estudo foi a correlação positiva que existe entre a formação acadêmica e outras variáveis como o tempo de atuação na área, a jornada de trabalho semanal, a faixa salarial, a presença de outro emprego.

Dessa forma, há necessidade de se investir na formação de recursos humanos especializados para que a visão manicomial não exista mais, e em seu lugar haja a visão da assistência psicossocial que considere as potencialidades do paciente, sua capacidade de estabelecer projetos para si próprio e para que tenham uma perspectiva de futuro, e ainda para que se considerem agentes ativos no processo de tratamento. Chegando a este comportamento do paciente em relação a seu tratamento, estaremos caminhando a favor da humanização do cuidado, reconstruindo no individuo o seu papel de cidadão e tendo uma assistência em saúde mental que valorize o ser humano como um todo.

REFERÊNCIAS

ALVES,V.S. Um modelo de educação em saúde da família para o Programa Saúde da Familia: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**., v.9, n.16, p39-52, set. 2004/fev.2005.

AMARANTE, ,P. **Saúde mental e atenção psicossocia**l. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P**. Loucos pela vida – A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro. Panorama ENSP, 1995.

ANDRADE, P.L.R., PEDRÃO, J.L. Algumas considerações sobre a utilização de modadlidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência psiquiátrica; **Revista Latino- Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v.13, n.5, p.737-742, 2005.

ARBEX, D, **Holocausto Brasileiro**. 1ed., São Paulo; Geração Editorial, 2013.

BARROS, S., EGRY,E.Y. A enfermagem em saúde mental no Brasil: a necessidade de produção de novos conhecimentos; **Saúde e Sociedade**, Ribeirão Preto, v.3, n.1, p.79-94, 1994.

BARROS, S.,BICHAFF, R. **Desafios para a desinstitucionalização: Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo**, São Paulo, Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, Fundap, 2008.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico**. 3 ed. , Rio de Janeiro; Graal, 2001.

BEZERRA JÚNIOR, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. PHYSIS; **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro ,v. 17, n.2, p.243-250, 2007.

BICHAFF, R. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica.** 2006.217p**.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-17102006-121439/pt-br.php. Acesso em 15 de março de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **De volta para casa: Manual do Programa,** Brasília DF, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde Mental, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf. Acesso em 18 de novembro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília DF, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em 18 de novembro de 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n° 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Regulamenta a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas modalidades (CAPSI, CAPSII,CAPSII, CAPSi e CAPSad). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf. Acesso em 10 de abril de 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 10**, Ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf. Acesso em 16 de setembro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e politica de Saúde Mental no Brasil.** Brasília DF, Conferência Regional de Reforma dos Serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf. Acesso em 23 de março de 2013.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferencia Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf. Acesso em 18 de fevereiro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde**. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção**. Brasília, DF. Disponível em: 2007.http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. Acesso em 10 de abril de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília DF. Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf. Acesso em 11 de abril de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de gestão da atenção Básica**. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília DF, 2003. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf. Acesso em 23 de abril de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. Álcool e Outras drogas. **Saúde Mental no SUS**: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília DF, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf. Acesso em 30 de abril de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília DF, Série F Comunicação e Educação em Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso em 02 de março de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Secretaria de Atenção à Saúde – Legislação em Saúde mental 1990-2004**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SUS Princípios e Conquistas**. Brasília DF, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em 24 de março de 2013.

CAMPOS, G.W.S. Equipe de referência e apoio especializado matricial: Um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v.2, n4, p. 393-403, 1999.

CASTRO, T.M. **Atuação do enfermeiro em Centro de Atenção Psicossocial**. 2007.115p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-12032008-094631/pt-br.php. Acesso em 23 de março de 2013.

CASTRO, S.A. FUREGATO, A.R.F. SANTOS, J.L.F. Características sociodemográficas e clínicas em reinternações psiquiátricas; **Revista Latino–Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto v.18, n.4,p. 800-808, 2010.

CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, set./dez. 2005.

COIMBRA, V.C.C.; GUIMARÃES, J. ; KANTORSKI, L. P.; SCATENA, M. C. M.; SILVA, M.C.F. Reabilitação Psicossocial e Família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n.01, p. 99-104, 2005.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In. AMARANTE, P. **Ensaios: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade**. Rio de Janeiro; Fiocruz, 2000.

DIAS, C,B., SILVA, A.L.A O perfil e a ação profissional do (a) enfermeiro (a) no Centro de de Atenção Psicossocial; **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.44 n. 2, p. 469-475, 2010.

ESPERIDIAO, E., CRUZ, M.F.R., SILVA, G.A. Perfil e atuação de enfermeiros da rede especializada em saúde mental de Goiânia-GO; **Revista eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.13, n.3, p. 493-501, 2011.

ESPINOSA, F. A. **Guia prático de enfermagem: psiquiatria**, 1ed, Rio de Janeiro; Mc Graw- Hill Interamericana do Brasil, 1998.

FIGUEIREDO, M.D., CAMPOS, R.O Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica; **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.32, n.78/79/80, p. 143-149, jan./dez 2008.

FORTES, H.M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas; **Rev. Bras. Saúde Materna Infantil,** Recife, v. 10 , n 2, p.321-330 dez., 2010.

FILIZOLA, C.L.A., MILIONI,D.B., PAVARINI, S.C.I. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe; **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Carlos, v.10, n. 2, p.491-503, 2008. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a20.pdf. Acesso em março de 2014.

FOUCALT, M**.** **História da Loucura na idade clássica**. São Paulo; Editora Perspectiva, 1978.

FOUCALT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro; Edições Gerais, 1979.

FUREGATO, A.R.F **Relações Interpessoais Terapêuticas na Enfermagem**. Ribeirão Preto; Scala, 1999.

FUREGATO, A.R.F., MORAIS, M.C. **Bases do relacionamento interpessoal em enfermagem** in: Programas de atualização em enfermagem– Saúde do Adulto-PROENF. Porto Alegre; Artmed/ Panamericana Editora, 2006.

FUREGATO, A.R.F.,PEREIRA,M.A. A negação dos direitos humanos do doente mental. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.1,n.2,p. 89-94, 2000.

FUREGATO, A.R.F., SILVA, E.C., SANTOS, J.L., MOREIRA, G.D.C. Comparing the profile and presence of depression among nursing students from diurnal and afternoon courses. In.Hernandez, P., ALONSO, S. (Ed) **. Womam and depression**. Nova York; Nova Science Publishers. Cap.17, p. 471-483, 2008

FUREGATO, A.R.F., GALERA, S.A.F., PILLON, S.C., CARDOSO, L. Prácticas profesionales em servicios de salud mental. **Revista de Salud Pública** , Ribeirão Preto, v.14, n. 6, 2012.

GALERA, S.A.F., FUREGATO, A.R.F., PITIÁ, A.C.A., PILLON, S.C., COSTA JÚNIOR, M.L. Characterizing mental healthcare service teams. **Revista salud pública** [online], Ribeirão Preto v. 12, n. 5, 2010.

GARLA, C.C**. Perfil dos Profissionais de ambulatórios de saúde mental, suas práticas e opiniões sobre as politicas**. 2010. 88p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-27092010-161045/pt-br.php. Acesso em 14 de fevereiro de 2013.

GARLA, C.C, FUREGATO, A.R.F, SANTOS,J.LF. Profissionais de ambulatório de saúde mental: Perfil, Práticas, e opiniões sobre as políticas; **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 2, n.4-5, p.74 – 93, 2010.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Ed.7., São Paulo, Editora Perspectiva, Coleção Debates, 2001.

GONÇALVES, D.M., KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família; **Caderno Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1641-1650, 2008.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**, 4ed, Porto Alegre, Artmed, 2003.

HIRDES, A. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Uma (re)visão ; **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1,p.297-305, 2009.

JARDIM, V.M.R. et al. Avaliação da politica de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial**; Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 241-248, 2009.

LANCETTI, A., et al. **Saúde loucura**. 2ª ed. São Paulo; Hucitec, 1991.

LEAVEL, H., CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. Mcgraw- hill, São Paulo, 1976.

LUCCHESE, R, BARROS,S. A epistemiologia da enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessidade de construção de competências na formação do enfermeiro**; Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38,n.3, p.350, 2004.

MACHADO, R, LOUREIRO, A., LUZ, R., MURICY, K. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro; Edições Graal, 1978.

MARQUES, J.M.A. **Detecção e diagnóstico de transtornos mentais pela equipe de saúde da família**. 2009. 172p. Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. http://pgsm.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2011/11/DOUTORADO-JO%C3%83O-MAZZONCINI-DE-AZEVEDO-MARQUES.pdf. Acesso em 18 de novembro de 2013.

MELLO, R., **Identidade social de usuários, familiares e profissionais em um centro de atenção psicossocial no Rio de Janeiro**. 2005. 240p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

MESQUITA, J.F., NOVELLINO, M.S.F., CAVALCANTI, M;T. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. Trabalho apresentado no **XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP**. Caxambu, de 20 a 24 de setembro de 2010.

MOREIRA, G.C.D. **Opinião dos profissionais das equipes de um município paulista sobre a assistência psiquiátrica**. 2012. 91p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-05112012-164516/pt-br.php. Acesso em 18 de fevereiro de 2013.

MORORÓ, M.E.M.L., COLVERO, L.A., MACHADO, A.L. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.5, p.1171-1176, 2011.

MOURA, A.A.G., CARVALHO, E.F., SILVA, N.J.C Repercussão das doenças crônicas não - transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social; **Ciência & Saúde Coletiva**, Recife, v.12, n. 6, p.1661-1672, 2007.

Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo** 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf. Acesso em 02 de março de 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R.T., FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde; **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1053-1062, 2006.

OLIVEIRA, B.G.A., ALESSI, P.N. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais; **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.3, p. 333-340, 2003.

OLIVEIRA, F.B., FORTUNATO, M.L. Saúde Mental: reconstruindo saberes em enfermagem; **Revista Brasileira em Enfermagem,** Brasília, v. 56, n.1, p. 67-70, 2003.

OLIVEIRA, R.F., ANDRADE, L.O.M, GOYA,N. Acesso a integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental**; Ciência & Saúde Coletiva**, Fortaleza, v. 17, n.11, p 3069-3078, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OMS/OPS). **Declaração de Caracas**. Caracas, OMS/OPS, 1990.

PESSOTI, I. **A loucura e as épocas**, 2ed. Rio de Janeiro; Editora 34, 1994.

PINHO, L.B., HERÁNDEZ, A.M.B., KANTORSKI, L.P Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades**; Ciencia Cuidado Saude**,v.9, n. 1, p. 28-35, 2010.

REINALDO, A.M.S. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária**; Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v.12 n.1, p. 173 - 178, 2008.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; Amarante, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica,** Rio de Janeiro; Relume-Dumará, 1992.

ROSA, W.A.G., LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência; **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.13,n.6, p.1027-1034, 2005.

SANTOS, R.C.A. **Papéis e funções dos profissionais dos serviços e política de saúde mental em Natal (RN)**. 2014. 165 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Linha Guia em Atenção em Saúde Mental: Saúde em Casa.** Belo Horizonte MG,1ed., 2006. Disponível em: http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_saude_mental.pdf. Acesso em 11 de abril de 2013.

SILVA A.T.M. **A Reforma Psiquiátrica em João Pessoa – PB: limites e possibilidades de transformação do trabalho para produzir saúde mental**, [Tese de Doutorado] 2003, 180p. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

SILVA, A.T.M.C., AMARANTE, P., GOMES, A.L.C., BRAGA, J.E.F., VALENÇA, A.,M.,G., PADILHA, W.W.N., A propósito da diversidade, cultura e saúde mental: Novas dimensões para a compreensão da loucura; **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.16, n. 3, p. 435-438, 2012.

SILVA, C.C.S., EGRY, E.Y Constituição de competências para a intervenção no processo saúde-doença da população : desafio ao educador de enfermagem. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 11-16, 2003.

SILVA, N.S., ESPERIDIÃO, E., BEZERRA, A.L.Q., CAVALCANTE, A.C.G., SOUZA, A.C.S., SILVA, K.K.C. Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.5, p. 745-752, 2013.

SIVEIRA, L.C. BRAGA, V.A.B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental**. Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v.13, n.4, p.591-595, 2005.

TROVO, M.M. et al. Terapias alternativas/ complementares no ensino público e privado: Análise do conhecimento aos acadêmicos de enfermagem; **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** São Paulo, v.11, n.4, p.483-489. jul./agost. 2003.

VENETIKIDES, C.H. et al. **Cadernos de Texto- III Conferência Nacional de Saúde Mental**, Saúde Mental: Mais atenção para quem precisa, Brasília, 2001

VILELA, S.C. **Assistência de enfermagem em serviços abertos de saúde mental: construindo a prática**. 2002.184p. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.

ANEXOS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 162/2012

Ribeirão Preto, 13 de setembro de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 13 de setembro de 2012.

Protocolo CAAE: 03343712.5.0000.5393

Projeto: Papéis e perfis dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental e seus conhecimentos sobre políticas em saúde mental.

Pesquisadores: Antonia Regina F. Furegato
Aline Siqueira de Almeida

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Antonia Regina F. Furegato
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

"Declaro ter lido e concordar com o parecer de ética emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as resoluções CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar."

Professor Dr. Helio Lopes da Silveira

Diretor Clínico do HCU - UFU

Hospital de Clínicas de Uberlândia
Prof. Helio Lopes da Silveira
Diretor Clínico
CRM-MG 7681 – CPF: 203.661.166-49

DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | PREFEITURA DE UBERLÂNDIA UMA CIDADE EDUCADORA

Uberlândia, 22 de janeiro de 2013.

TERMO DE ENCAMINHAMENTO PARA PESQUISA

Autorizamos a realização da pesquisa intitulada ***"Papéis e perfis dos profissionais que atuam nos serviços de Saúde Mental e seus conhecimentos sobre políticas em Saúde Pública",*** a ser realizada no período de **janeiro a agosto/2013**, no Centro de Convivência e Cultura e nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS: Oeste, Leste, Norte, AD e CAPS-i, pela pesquisadora Aline Siqueira de Almeida, orientada pela docente Profª. Drª. Antônia Regina F. Furegato da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

A pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética e Pesquisa e está regularmente autorizada através do protocolo nº96.461/2012 e pelo coordenador de Saúde Mental da Rede SUS do município de Uberlândia.

Flávia Alves de Almeida
PSICÓLOGA
Diretoria de Gestão de Pessoas, do Trabalho e Educação em Saúde / SMS - Uberlândia - MG.

Flávia A. Almeida
Núcleo de Estágios e Pesquisas
Diretoria de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde

p/ Flávia Alves de Almeida
Dr. Welington Muniz Ribeiro
Diretor de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde

1 - Roteiro para as entrevistas sobre políticas em saúde mental

1 - Existe uma política nacional de saúde mental e a legislação correspondente. Com base nesta premissa, é importante saber sua posição sobre as seguintes questões:

a) Quais são as prioridades da saúde mental na política atual?
b) Como se estruturam os serviços de saúde mental no atual sistema de assistência?
c) O que define as responsabilidades dos profissionais nos serviços de saúde mental?
d) Quais são os entraves que afetam os serviços de saúde mental? (Caso o entrevistado não especifique, perguntar em relação a custos, recursos humanos, distribuição da população urbana e rural, estigma, acesso dos grupos marginalizados: velhos, deficientes, etc).
e) Qual é o planejamento e quais são as estratégicas previstas para os serviços de assistência?

2 - Quais são as patologias mais freqüentes nos serviços de psiquiatria?

3 - Quais são as categorias de profissionais que atuam na assistência psiquiátrica?

a) Para cada categoria, indique o papel, as responsabilidades e descrição do trabalho desses profissionais.
b) Qual é o número de profissionais necessário em cada categoria numa equipe mínima?
c) Qual é a remuneração média de cada categoria profissional?

4 – O que você acha da interação entre a legislação, as políticas e a prática neste momento de transição?

Roteiro para entrevista com profissionais de saúde mental

Código da Instituição: ☐ Código do sujeito: ☐

I - CONTEXTUALIZAÇÃO

1. Idade: _____anos
2. Sexo: 1.F ( ) 2.M ( )
3. Formação acadêmica: ☐ 1. médico ☐ 2. enfermeiro ☐ 3. psicólogo ☐ 4. fisioterapia ☐ 5. terapeuta ocupacional ☐ 6. serviço social ☐ 7. outro

4. Tempo de formado _____anos.

5. Especialização: ☐ 1. saúde mental ☐ 2. outra ☐ 3. não

6. Tempo de trabalho na área:_____anos.
7 - Tempo de trabalho na instituição: _____anos.
8. Jornada de trabalho na instituição: _____horas.
9. Faixa salarial: _____
10. Tem outro emprego? ☐ 1. na saúde mental ☐ 2. outros ☐ 3. não
11. Programas educacionais freqüentados - quantidades.
   a. ( ) Especialização (mais de 360 hs) b. ( ) Atualizações (menos de 360 hs)
   c. ( ) cursos, palestras, treinamentos
12. Para Cursos de Especialização especifique o enfoque:
1. assistência ☐ 2. discussão de caso ☐ 3. supervisão ☐ 4. teórico ☐ 5. outro ☐
Obs:_____

II – O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL

Assinale suas responsabilidades/atividades neste serviço:
13. Atendimento individual: ☐ 1. médico ☐ 2. de psicologia ☐ 3. de enfermagem ☐ 4. de TO ☐ 5. de SS ☐ 6. Outros: _____

14. Atendimento em grupos: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 3. Tipo: _____

15. Prescrição: ☐ 1. médica ☐ 2. enfermagem ☐ 3. psicologia 4. Outros: _____
16. Cuidados de enfermagem (múltipla escolha):
   ☐ 1. medicação ☐ 2.cuidados físicos ☐ 3. conforto ☐ 4.sinais vitais ☐ 5. sono ☐ 6. recreação ☐ 7. observação ☐ 8. anotação ☐ 9. interações terapêuticas
17. Atendimento aos familiares (em caso negativo vai para a questão 18) ☐ 1. Sim ☐ 2. Não
   17 a. ☐ 1. Sozinho ☐ 2. Com outro profissional
   17 b. Com outro profissional especifique: ☐ 1. Méd. ☐ 2. Enf. ☐ 3. Psicol. ☐ 4. TO ☐ 5. SS ☐ 6. Outros:_____
   17 c. Tipo de atendimento: ☐ 1. grupo de familiares ☐ 2. uma família ☐ 3. um familiar
   17 d. Tipo de abordagem: ☐ 1. Cognitiva ☐ 2. Psicanalítica ☐ 3. Sistêmica ☐ 4. Pichon
Outra: _____
18. Faz observação do comportamento do paciente? ☐ 1 Sim ☐ 2. Não
   Especifique:_____
19. O registro rotineiro das observações dos pacientes que você atende é feito:
☐ 1. durante a interação ☐ 2. após o contato com o paciente ☐ 3. apenas no final do plantão ☐ 4. somente no livro de anotações gerais ☐ 5. não faço nenhuma anotação
20. O registro das suas condutas terapêuticas é feito:
   ☐ 1. durante a interação ☐ 2. após contato com o paciente ☐ 3. apenas no final do planta ☐ 4. somente no livro de anotações gerais ☐ 5. não faço nenhuma anotação

21. Para pacientes internados em unidades de agudos e de emergência, você faz preparo para a alta: ☐ 1. após alta médica ☐ 2. durante a permanência dele na instituição ☐ 3. não faz
22. Para os pacientes em acompanhamento (Ambulatório, NAPS, CAPS), as ações visando aumento da autonomia é realizada de que forma?
☐ 1. após alta médica ☐ 2. durante a permanência dele na instituição ☐ 3. não faz
23. Ocupou cargo de gerente em unidade de saúde mental?
☐ 1. Não ☐ 2. Sim ☐ 3. Período:_____
24. Exerce (eu) atividades de gerenciamento da equipe de enfermagem: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não
25. Supervisão da equipe de auxiliares: ☐ 1. de enfermagem ☐ 2. de TO ☐ 3. de SS ☐ 4. de psicologia ☐ Outro: _____ Obs:_____

III – POLÍTICAS, PRÁTICAS E FORMAÇÃO NA PSIQUIATRIA

26. Como sua instituição segue a política nacional de saúde mental?
☐ não segue ☐ segue parcialmente ☐ segue totalmente
Justifique:_____

27. Quais são as principais dificuldades nessa área?
☐ financeiros ☐ de pessoal ☐ políticas outras:_____
Descreva: _____

28. A estrutura de relações de trabalho das equipes de saúde mental no seu serviço é adequada? ☐ totalmente ☐ pouco ☐ não ☐ sim

Qual sua percepção sobre esta estrutura? _____

29. A atuação da enfermagem nessa área é satisfatória? ☐ sim ☐ parcialmente ☐ não
Especifique: _____

30. Você considera que há falha na formação dos profissionais da sua categoria para exercer este trabalho? ☐ sim ☐ parcialmente ☐ não
Justifique:_____

Critério de Classificação Econômica Brasil
Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de classes econômicas.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de itens				
	1	2	3	4	5 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	0
Primário completo/ Ginasial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginasial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º. Grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º. Grau completo	4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado senhor (a),

Eu, Aline Siqueira de Almeida, enfermeira e mestranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **"Papéis e perfis dos profissionais dos serviços de saúde mental e seus conhecimentos sobre política em saúde mental"**. Sob orientação da Profª. Drª. Antonia Regina Ferreira Furegato, do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas – EERP – USP. Tendo por objetivo geral identificar os perfis e papéis dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental no município de Uberlândia e seus conhecimentos sobre políticas em saúde mental.

Para obter esses dados, você está sendo convidado (a) a responder o questionário e permitindo que sejam gravadas as respostas às questões abertas. Asseguramos que as informações fornecidas serão sigilosas e utilizadas para fins de ensino e pesquisa, que não haverá risco ou problemas de qualquer ordem e que uma cópia deste Termo lhe será entregue e a outra será seguramente arquivada juntamente ao material coletado da pesquisa sem qualquer tipo prejuízo pessoal, despesa ou gratificação. Estará garantido o direito de esclarecimento de eventuais dúvidas antes, durante e após o desenvolvimento deste trabalho. Os colaboradores do estudo tem liberdade de negar-se a continuar participando, caso julgue necessário, sem sofrer qualquer dano.

Antecipadamente, agradecemos sua colaboração.

Eu,_____
_____,_____ anos, concordo em participar voluntariamente da pesquisa a afirmo que fui convidado e esclarecido de que receberei resposta para qualquer pergunta ou dúvida que possa surgir durante a pesquisa. Estou ciente de que, em nenhum momento, serei identificado nem exposto a riscos devido à minha participação nesta pesquisa. Sei também que, a qualquer momento poderei recusar-me a continuar, sem qualquer prejuízo para minha pessoa. Fui informado que não terei nenhum, tipo de despesa nem receberei nenhuma gratificação ou pagamento pela minha participação nesta pesquisa. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

_____ _____
Assinatura Nº do documento

Uberlândia, MG, 01 de Janeiro de 2012

Aline Siqueira de Almeida
(pesquisadora)
linejm@yahoo.com.br
Telefone: (34) 9135-2844

Antonia Regina F. Furegato
(orientadora)
furegato@eerp.usp.br
Telefone: (16) 3602-3422