

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

NATHÁLIA DOS SANTOS SILVA

**PANORAMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO INTERIOR DO
ESTADO DE GOIÁS**

GOIÂNIA, 2012

NATHÁLIA DOS SANTOS SILVA

**PANORAMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO INTERIOR DO
ESTADO DE GOIÁS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Integralidade do Cuidar em Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Gestão e formação de recursos humanos para a integralidade do cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth Esperidião Cardozo

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.

Si38p

Silva, Nathalia dos Santos, 1986-

Panorama dos serviços de saúde mental do interior do Estado de Goiás / Nathalia dos Santos Silva. -- Goiânia : [s.n.], 2012.

230 p. : il., figs, tabs.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elizabeth Espiridião Cardozo.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem.

Bibliografia.

Inclui lista de figuras, abreviaturas, siglas e tabelas.

Apêndices. Anexos.

1. Serviços de saúde mental. 2. Saúde mental.
3. Enfermagem psiquiátrica. 4. Gestão em saúde.
5. Recursos humanos. I. Cardozo, Elizabeth Espiridião.
- II. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU – 614.39

FOLHA DE APROVAÇÃO

NATHÁLIA DOS SANTOS SILVA

O PANORAMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO INTERIOR DO ESTADO DE GOIÁS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 21 de março de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Elizabeth Esperidião Cardozo – Presidente da Banca
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Prof^a. Dr^a. Antônio Regina Ferreira Furegato – Membro Efetivo Externo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade Federal de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Queiroz Bezerra – Membro Efetivo Interno
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Prof^a. Dr^a. Sueli Aparecida Frari Galera – Membro Suplente, Externo ao Programa
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade Federal de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Roselma Lucchese – Membro Suplente
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Ao meu esposo Renato Pessoa.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Elizabeth Esperidião pelas ricas orientações, pela compreensão, amizade, parceria e por ter me dado a oportunidade de desenvolver este trabalho tão importante para o Estado de Goiás. Seu exemplo de pessoa será sempre uma referência para mim;

À Prof^a. Dr^a. Ana Lucia Queiroz Bezerra por ter me acompanhando em todo o processo de elaboração do projeto, coleta de dados e correções de várias versões deste trabalho. Suas orientações foram muito pertinentes e o interesse pelo trabalho foi muito estimulante;

À Prof^a. Dr^a Roselma Lucchese por dividir a sua experiência e pelas orientações que muito contribuíram para a correção do trabalho na ocasião do Exame de Qualificação;

À minha mãe linda Walnice Siqueira, por sempre acreditar no potencial que a educação tem e, por isso, dedicar a sua vida aos nossos estudos. A senhora é uma guerreira e será sempre um exemplo de humildade, sabedoria e simpatia. Obrigada por todas as orações;

Ao meu esposo Renato Pessoa, pela parceria e companheirismo incondicional. Obrigada pelo incentivo, paciência, pelas orientações e por estar ao meu lado em todas as minhas escolhas. Você é a minha inspiração;

Ao meu irmão Rafael Siqueira, por torcer com muito entusiasmo e acreditar em mim sempre. Nossas horas e horas de discussão sobre Educação e outras conversas filosóficas me ensinaram muito;

À Prof^a. MS. Juliana de Oliveira Roque e Lima por ter me incentivado com muito carinho e auxiliado no processo seletivo para o mestrado;

Às acadêmicas de Enfermagem, minhas parceiras de pesquisa que me auxiliaram muito no desenvolvimento deste trabalho e construção dos artigos: Adrielle Souza, Kelly Kan Silva e Ana Caroline Cavalcante;

Às minhas professoras de graduação que sempre me apoiaram na decisão de seguir carreira acadêmica: Maria José Costa Sampaio Moura, Keila Cruz, Aparecida Mellin e Márcia Vieira;

À Enf^a. MS. Gelda Alves da Silva por ter dividido comigo a experiência de realização da pesquisa em Goiânia e por ter cuidado de mim na nossa maravilhosa viagem para o congresso em Maceió-AL;

À minha amiga Enf^a. Juliana Macedo Melo pela amizade e parceria no primeiro artigo deste trabalho;

À Prof^a. Dr^a Camila Caixeta pelo exemplo e incentivo sempre tão estimulante;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação/Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás pelos ensinamentos e contribuições para a minha formação como pesquisadora;

À Gerência de Saúde Mental do Estado de Goiás, representada na pessoa da minha amiga da Luciana Santana, por acreditar na proposta deste trabalho, pelo apoio político e disponibilidade para a realização da pesquisa;

Às todos os colegas de Mestrado (Turma 2010) pelo companheirismo, pelas trocas e pelos momentos de ansiedade e descontração que compartilhamos nesses dois anos. Especialmente, gostaria de agradecer o cuidado e a amizade das amigas: Érica Possidônea, Adriana Santana, Pollyanna Queirós, Thatyanny Panaguá, Alyne Nogueira, Leonora Pacheco, Myrian Peixoto e Dayane Melo;

Às minha amigas de graduação que torceram muito por mim e acompanharam todo o processo de escolha e preparação para o mestrado: Ana Lúcia Spazzapan, Camila Guimarães e Juliana Oraggio. Sinta muito a falta de vocês aqui pertinho de mim;

A todos os coordenadores e profissionais dos serviços de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás por terem me recebido sempre de forma muito acolhedora e curiosa. Muito obrigada pela importante contribuição e disponibilidade.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por financiar o projeto ao qual este trabalho está vinculado e que permitiu realizar a extensa coleta de dados;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa de pesquisa que me possibilitou a realização desta pesquisa com vínculo exclusivo.

“Qualquer amor já é um pouquinho de
saúde, um descanso na loucura.”

Guimarães Rosa

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	14
LISTA DE TABELAS	15
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	16
RESUMO.....	17
ABSTRACT.....	18
RESUMEN	19
APRESENTAÇÃO	17
1 – INTRODUÇÃO	21
2 – OBJETIVOS.....	29
2.1 – GERAL	30
2.2 – ESPECÍFICOS	30
3 – REFERENCIAL TEÓRICO.....	31
3.1 – DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL	32
3.2 – A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	41
3.3– A ENFERMAGEM E A SAÚDE MENTAL NO BRASIL	50
4 – MATERIAL E MÉTODO.....	61
4.1 – TIPO DE PESQUISA	62
4.2 – LOCAL E PERÍODO.....	62
4.3 – POPULAÇÃO	65
4.4 – OS INSTRUMENTOS DA PESQUISA	65
4.5 – O CONTATO COM O CAMPO DA PESQUISA	67
4.6 – A ABORDAGEM DA POPULAÇÃO	68
4.7 – COLETA DE DADOS.....	68
4.8 – ANÁLISE DOS DADOS	69
4.9 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS	72
5– RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
5.1 – ARTIGO 1	77
<i>Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental: uma revisão de literatura</i>	<i>77</i>
5.2 – ARTIGO 2	95
<i>Perfil profissográfico de profissionais que atuam em serviços de Saúde Mental.....</i>	<i>95</i>
5.3 – ARTIGO 3	108
<i>A inserção dos enfermeiros em serviços de Saúde Mental públicos: perfil e atuação profissional.....</i>	<i>108</i>
5.4 – ARTIGO 4.....	122
<i>Percepção dos enfermeiros sobre os aspectos facilitadores e dificultadores da sua prática nos serviços de Saúde Mental</i>	<i>122</i>
5.5 – ARTIGO 5.....	139
<i>Compreensão dos coordenadores acerca da Política Nacional de Saúde Mental</i>	<i>139</i>
5.6 – ARTIGO 6.....	159
<i>Desafios para a efetivação da Política Nacional de Saúde Mental sob a ótica de coordenadores</i>	<i>159</i>
5.7 – ARTIGO 7	176
<i>Desenvolvimento de Recursos Humanos para atuar nos Serviços de Saúde Mental.....</i>	<i>176</i>
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	193
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	200
8 – APÊNDICES	209

APÊNDICE A.....	210
Questionário para identificar o perfil profissiográfico dos coordenadores dos serviços de saúde mental.....	210
APÊNDICE B.....	215
Folder informativo enviado aos coordenadores dos CAPS do interior do Estado de Goiás.....	215
APÊNDICE C	217
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	217
9 – ANEXOS	219
ANEXO I	220
Formulário auto-aplicável para os profissionais de Saúde Mental.....	220
ANEXO II.....	225
Roteiro para entrevistas com os coordenadores.....	225
ANEXO III	226
Questionário específico para Enfermeiros	226
ANEXO IV.....	227
Parecer favorável da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde do Estado de Goiás...	227
ANEXO V	228
Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás.....	228

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Municípios do interior goiano e seus respectivos serviços de atenção em Saúde Mental contemplados pela pesquisa. Goiânia, 2011.....	63
Figura 1. Mapa do Estado de Goiás e os municípios de referência para a pesquisa.....	64
Quadro 2. Demonstrativo dos instrumentos de coleta de dados de acordo com os objetivos e fonte de coleta. Goiânia, 2011.....	65
Figura 2. Procedimentos para análise qualitativa segundo Bardin (2010) com a utilização do software ATLAS.ti 6.2.....	71

Artigo 1

Quadro 1. Relação dos artigos que indicavam em seu conteúdo o assunto “avaliação de serviços de saúde mental”. Período 2001 a 2009. Goiânia – GO.....	83
--	-----------

LISTA DE TABELAS

Artigo 2

Tabela 1: Características de gênero e idade dos profissionais que atuam nos CAPS do interior do Estado de Goiás (N=100). 2011.....	99
Tabela 2: Características de formação dos profissionais que atuam nos CAPS do interior do Estado de Goiás (N=100). 2011.....	100
Tabela 3: Contextualização do trabalho dos profissionais que atuam nos CAPS do interior do Estado de Goiás (N=100). 2011.....	101

Artigo 3

Tabela 1: Atividades de Gestão do Serviço desenvolvidas pelos enfermeiros dos CAPS no interior do Estado Goiás (N= 21). Goiás, 2011.....	113
Tabela 2: Atividades de Gestão da Assistência desenvolvidas pelos enfermeiros dos CAPS no interior do Estado de Goiás (N= 21). Goiás, 2011.....	114
Tabela 2: Atividades interdisciplinares desenvolvidas pelos enfermeiros dos CAPS no interior do Estado de Goiás. (N= 21). Goiás, 2011.....	117

Artigo 4

Tabela 1: Aspectos facilitadores identificados pelos enfermeiros dos serviços de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás. Goiânia-GO, 2011.....	127
Tabela 2: Aspectos dificultadores identificados pelos enfermeiros dos serviços de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás. Goiânia-GO, 2011.....	130

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ATLAS-ti** – *Archivfuer Technik, Lebenswelt und Alltagssprache. Text interpretation.*
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CAQDAS** – *Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*
- CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
- EERP/USP** – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo
- FEN/UFG** – Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Goiás
- GERHSEn** – Grupo de Estudos em Gestão e Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem
- MTSM** – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NASF** – Núcleo de Atenção Psicossocial
- NEPEGETS** – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem na Gestão, desenvolvimento de Pessoas e da Tecnologia de Grupo no Contexto do Trabalho em Saúde
- NEQUASE** – Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde e em Enfermagem
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OPAS** – Organização Panamericana de Saúde
- PEAD** – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
- PET** – Programa de Educação Tutorial
- PNASH/Psiquiatria** – Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria
- PNSM** – Política Nacional de Saúde Mental
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- REHUSAM** – Recursos Humanos em Saúde Mental
- SAE** – Sistematização da Assistência de Enfermagem
- SES-GO** – Secretaria Estadual de Saúde de Goiás
- SM** – Saúde Mental
- SPAIS** – Superintendência de Políticas de Ação Integral à Saúde
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UNASUS** – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
- WHO-AIMS** – *WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems*

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Reforma Psiquiátrica vem sendo construída no Brasil há mais de 20 anos e tem como um dos seus principais pilares a desinstitucionalização. No país, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) segue uma tendência mundial de organização de práticas comunitárias e de cuidado domiciliar em substituição aos procedimentos institucionalizados para tratamento. O trabalho em saúde mental representa grandes desafios, em virtude de sua complexidade, os quais vão da reestruturação dos serviços à qualidade da assistência prestada, passando pelas relações de trabalho e pela adoção de novas tecnologias, conhecimentos e práticas de trabalho. Esta pesquisa faz parte um do projeto multicêntrico coordenado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em parceria com a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, que propõe realizar estudos diagnósticos sobre assistência em saúde mental no Brasil. **OBJETIVO GERAL:** Apresentar o panorama dos serviços de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás. **METODOLOGIA:** Pesquisa descritivo-exploratória de abordagem quantitativa e qualitativa, realizado em todos os municípios do interior do Estado de Goiás que possuem serviços públicos de Saúde Mental, totalizando 19 municípios e 22 serviços. Foram sujeitos os profissionais que possuem nível superior de escolaridade, assim como os que atuam como coordenadores nos serviços. Os dados foram coletados por meio da utilização de formulários auto-aplicáveis e roteiro para entrevista oral. Para a análise quantitativa foram utilizadas frequências relativas e absolutas a fim de caracterizar os perfis dos profissionais, enfermeiros e coordenadores dos serviços de Saúde Mental. Os dados obtidos por meio das entrevistas foram submetidos à análise temática de conteúdo conforme propõe Bardin, com auxílio do ATLAS.ti. **RESULTADOS:** Os profissionais em geral, enfermeiros e coordenadores dos serviços de Saúde Mental no interior do Estado de Goiás possuem característica multidisciplinar, a maioria é jovem, com pouco tempo de conclusão da graduação e possuem restrita experiência na área de Saúde Mental, com raras exceções. Poucos possuem especialização na área, os vínculos empregatícios são precários e os salários são baixos. Quanto aos enfermeiros, a maioria das ações que eles desenvolvem nos serviços são predominantemente centradas nas atribuições gerais de enfermagem, com pouca contribuição com as ações terapêuticas propostas pelo modelo de atenção psicossocial. Os coordenadores dos serviços possuem uma compreensão condizente com a PNSM, apesar de ainda haver alguns conflitos com relação ao real sentido da desinstitucionalização. Os principais desafios apresentados por eles estão relacionados ao interesse da gestão municipal pela saúde mental; à estrutura dos serviços; à superação do preconceito; à necessidade de construção e ampliação de uma rede de serviços e recursos sociais; e a fundamental preparação e qualificação dos profissionais. **CONCLUSÃO:** O interior Estado de Goiás ainda não possui uma rede de atenção psicossocial porque faltam serviços e a articulação entre os já existentes é insuficiente. Os profissionais e coordenadores que atuam nos serviços ainda não possuem uma formação adequada para atuar na saúde mental. Os coordenadores apontaram desafios para implementação da PNSM que corroboram com o panorama nacional.

Descritores: Serviços de saúde mental; saúde mental, enfermagem psiquiátrica, gestão em saúde; recursos humanos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Psychiatric Reform is being built in Brazil for over 20 years and is one of its main pillars deinstitutionalization. In the country, the National Mental Health (PNSM) follows a global trend the organization of community practices and home care in place procedures institutionalized for treatment. The mental health work represents great challenges because of its complexity, which are in the restructuring of the quality of care, through the labor relations and the adoption of new technologies, knowledge and work practices. This research is part of a multicenter project coordinated by the School of Nursing of Ribeirão Preto, University of Sao Paulo in partnership with the School of Nursing, Federal University of Goiás, which proposes to perform diagnostic studies on mental health care in Brazil. **GENERAL PURPOSE:** To present an overview of mental health services in the state of Goiás **METHODOLOGY:** This is a descriptive-exploratory quantitative and qualitative approach, carried out in all municipalities in the state of Goiás who provide public mental health, totaling 19 municipalities and 22 services. The subjects were professionals who have higher education level, as well as those who act as coordinators in services. Data were collected through the use of self-administered forms and screenplay for oral interview. For quantitative analysis were used relative and absolute frequencies in order to characterize the profiles of professionals, nurses and coordinators of Mental Health services. The data obtained through the interviews were submitted to thematic content analysis as proposed by Bardin, with the help of ATLAS.ti. **RESULTS:** The general practitioners, nurses and coordinators of Mental Health services within the State of Goiás have a multidisciplinary character, the majority are young, with little time for completion of graduation and have limited experience in Mental Health, with rare exceptions. Few have expertise in the area, employment relationships are precarious and wages are low. As for nurses, most of the actions that they develop the services are predominantly focused on general nursing duties, with little contribution to the therapeutic actions proposed by the model of psychosocial care. The coordinators of services have an understanding consistent with the PNSM, although there is still some conflicts regarding the real meaning of deinstitutionalization. The main challenges posed by them are related to the interest of municipal management by mental health services to the structure, to overcome the prejudice, the need for construction and expansion of a network of social services and resources, and the basic preparation and qualification. **CONCLUSION:** The interior of Goiás State does not have a network of psychosocial care services because they lack the articulation between existing ones are insufficient. Professionals and engineers who work in services still lack adequate training to work in mental health. Engineers pointed challenges to implementation of PNSM corroborate the national scene.

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

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La Reforma Psiquiátrica se está construyendo en Brasil por más de 20 años y es uno de los pilares de su desinstitucionalización principal. En el país, la Nacional de Salud Mental (PNSM) sigue una tendencia mundial de la organización de las prácticas de la comunidad y la atención domiciliaria de procedimientos institucionalizados para el tratamiento. El trabajo de salud mental representa grandes retos debido a su complejidad, que están en la reestructuración de la calidad de la atención, a través de las relaciones laborales y la adopción de nuevas tecnologías, conocimientos y prácticas de trabajo. Esta investigación es parte de un proyecto multicéntrico coordinado por la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de Sao Paulo, en colaboración con la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Goiás, que propone para llevar a cabo estudios de diagnóstico sobre el cuidado de la salud mental en Brasil. **USO GENERAL:** Presentar una visión general de los servicios de salud mental en el estado de Goiás **METODOLOGÍA:** Este es un enfoque descriptivo-exploratorio, cuantitativo y cualitativo, llevado a cabo en todos los municipios en el estado de Goiás, que prestan servicios de salud mental pública, por un total de 19 municipios y servicios 22. Los sujetos fueron los profesionales que tienen mayor nivel educativo, así como aquellos que actúan como coordinadores de servicios. Los datos fueron recolectados a través del uso de la auto-administrados y las formas de escritura de guiones para la entrevista oral. Para el análisis cuantitativo se utilizaron frecuencias absolutas y relativas con el fin de caracterizar los perfiles de los profesionales, enfermeras y coordinadores de servicios de salud mental. Los datos obtenidos a través de las entrevistas fueron sometidas a análisis de contenido temático de Bardin, con la ayuda de ATLAS.ti. **RESULTADOS:** Los médicos generales, enfermeras y coordinadores de servicios de Salud Mental en el Estado de Goiás, tienen un carácter multidisciplinar, la mayoría son jóvenes, con poco tiempo para la finalización de la graduación y tienen una experiencia limitada en Salud Mental, con raras excepciones. Muy pocos tienen experiencia en el área, las relaciones de trabajo son precarias y los salarios son bajos. En cuanto a las enfermeras, la mayoría de las acciones que desarrollan los servicios se centran principalmente en trabajos de enfermería en general, con poca contribución a las acciones terapéuticas propuestas por el modelo de atención psicosocial. Los coordinadores de servicios tienen una comprensión coherente con el PNSM, aunque todavía hay algunos conflictos en relación con el verdadero significado de la desinstitucionalización. Los principales desafíos planteados por ellos están relacionados con el interés de la gestión municipal de los servicios de salud mental a la estructura, para superar los prejuicios, la necesidad de construcción y ampliación de una red de servicios sociales y recursos, y la preparación básica y la calificación. **CONCLUSIÓN:** El interior del Estado de Goiás no tiene una red de servicios de atención psicosocial, ya que carecen de la articulación entre las existentes son insuficientes. Los profesionales y los ingenieros que trabajan en los servicios aún carecen de una formación adecuada para trabajar en salud mental. Los ingenieros señalaron dificultades para la aplicación de la PNSM corroborar la escena nacional.

Palabras-clave: Servicios de Salud Mental, Salud Mental, Enfermería Psiquiátrica , Gestión en Salud, Recursos Humanos.

APRESENTAÇÃO

A psiquiatria traz ao longo da história marcos que nortearam o atendimento ao doente mental, como, a revolução de Pinel, a introdução dos psicofármacos e psicoterapia, o desenvolvimento de recursos terapêuticos, entre outros (AMARANTE, 1995a).

Em pleno século XXI, vivencia-se a Reforma Psiquiátrica brasileira, induzida pela tendência mundial que, baseada na Organização Mundial de Saúde (OMS) defende a desospitalização, a criação de dispositivos comunitários, de forma coordenada e estruturada, para que a desinstitucionalização possa ser eficiente (OMS, 2001).

É diante desta nova realidade que a Lei 10.216/2001 preceitua a criação de uma rede substitutiva em saúde mental no Brasil, composta, dentre outros serviços, pelos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), hospital-dia, hospital-noite, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, residências terapêuticas para os crônicos.

Nesse contexto de profundas transformações na assistência psiquiátrica brasileira, a OMS tem sugerido que os serviços de Saúde Mental sejam avaliados internacionalmente na tentativa de garantir a qualidade da assistência bem como de alcançar as metas do movimento da Reforma Psiquiátrica no mundo (OMS, 2001).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) propõe que se contextualizem as políticas de Saúde Mental no Brasil e se conheça o desempenho e a compreensão dos profissionais na prática, tendo como referência a formação destes profissionais e a estrutura física dos serviços especializados.

O presente estudo integra um projeto multicêntrico, em andamento, coordenado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), que é o centro colaborador da OMS no Brasil. O referido projeto intitulado “Papéis e Funções dos profissionais de serviços e políticas de Saúde Mental no Brasil”, é uma parceria da EERP/USP, OPAS e do Ministério da Saúde do Brasil. Goiás integra este projeto sob a responsabilidade da docente da Área da Saúde Mental e Psiquiatria da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG), orientadora deste estudo.

A EERP/USP agrupará e analisará os resultados obtidos por meio de pesquisas que são realizadas em outras localidades brasileiras e que integram o projeto multicêntrico.

O Estado de Goiás, em especial, encontra-se em pleno processo de adequação dos serviços às recomendações da Política Nacional de Saúde Mental, (PNSM) visto que criam novos serviços substitutivos, que atende especificamente os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entretanto, não foi possível encontrar, até o presente momento, pesquisas sistematizadas acerca dos serviços de assistência em Saúde Mental, profissionais envolvidos, adequação e qualidade dos atendimentos dirigidos à população. Por outro lado, sabe-se da existência de serviços especializados na área que procuram atender os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) fundamentados na PNSM.

Neste sentido, a proposta desta pesquisa foi realizar um estudo diagnóstico exploratório nos serviços que oferecem atendimento em Saúde Mental no interior do Estado de Goiás. Buscou-se identificar as condições estruturais, os recursos humanos disponíveis nos serviços especializados, as ações desenvolvidas pelos profissionais e a sua compreensão sobre a política vigente que norteia a assistência em saúde mental, além do processo de trabalho dos enfermeiros que atuam nestes serviços.

Diante desta possibilidade, a Superintendência de Políticas de Ação Integral à Saúde (SPAIS) e a Área Técnica de Saúde Mental deste Estado foram procuradas pelas pesquisadoras deste estudo a fim de certificar o interesse dessas instâncias em estreitar parcerias na sua execução. A proposta foi integralmente aceita uma vez que a demanda em conhecer os serviços especializados em Saúde Mental no Estado é também uma necessidade que certamente foi correspondida ao final desta investigação. Esta parceria é uma boa oportunidade de convergir os interesses da FEN/UFG e da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

A SPAIS apoiou a pesquisa no sentido de facilitar e auxiliar a coleta de dados com apoio político e logístico por meio da disponibilidade dos serviços de telefones e fax para envio e recebimento de correspondências aos coordenadores/gestores dos serviços de Saúde Mental de cada município participante do estudo e, o auxílio no deslocamento da pesquisadora aos municípios que oferecem atendimento em Saúde Mental, no processo de coleta de dados, fundamentais na execução do projeto.

A presente proposta também conta com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio do Edital MCT/CNPq 014/2010 - Universal, e com o apoio de grupos de pesquisa cadastrados

como o Grupo de Estudos em Gestão e Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem – GERHSEn – FEN/UFG, Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde e em Enfermagem – NEQUASE – FEN/UFG, Núcleo de Pesquisa em Enfermagem na Gestão, desenvolvimento de Pessoas e da Tecnologia de Grupo no Contexto do Trabalho em Saúde – NEPEGETS – FEN/UFG e grupo Recursos Humanos em Saúde Mental – REHUSAM – EERP/USP.

Sendo assim, caracterizar os serviços e políticas de Saúde Mental em Goiás se constitui uma etapa importante e decisiva para a efetivação da assistência em saúde mental conforme preconiza o Ministério da Saúde e a OPAS.

Os resultados desta investigação oferecem elementos que contribuirão para a melhoria da atenção dispensada às pessoas que necessitam de assistência em saúde mental no Estado de Goiás, ao subsidiar a tomada de decisões, por parte gestores e coordenadores goianos ligados à Saúde Mental, baseadas em dados fundamentados e sistematizados.

Também os resultados irão integrar o banco de dados do estudo multicêntrico realizado em outras localidades brasileiras, contribuindo para o desenvolvimento de planos e metas locais na área de Saúde Mental, baseados em informações básicas e precisas identificadas por este estudo.

Para facilitar a compreensão por parte do leitor, faremos uma breve introdução com a proposta e justificativa de realização desta pesquisa. Em seguida, o referencial teórico foi dividido em três capítulos. No primeiro capítulo faremos uma contextualização da assistência em saúde mental no Brasil e seus marcos fundamentais, a importância da avaliação de serviços de saúde e no campo da saúde mental. O segundo capítulo discute o papel dos profissionais para o funcionamento dos serviços de saúde mental, destacando a atuação de cada um nestes serviços. Por fim, o terceiro capítulo destaca a atuação dos enfermeiros nos serviços de saúde mental.

Na sequência será apresentado o percurso metodológico de forma lógica, cronológica e com todos os detalhes que permitam a análise crítica dos dados encontrados. E, os resultados serão apresentados em formato de artigos, atentando para os objetivos da pesquisa e para os capítulos do referencial teórico.

1 – INTRODUÇÃO

A assistência psiquiátrica brasileira surgiu da função saneadora dos primeiros hospícios, assumindo um papel excludente, ao longo da história, envolvido no contexto de violência asilar. Até a década de 60, do século XX, os hospitais possuíam características asilares e eram quase que exclusivamente estatais ou filantrópicos sendo que na década de 70 observou-se grande expansão de rede hospitalar psiquiátrica privada (JORGE; FRANÇA, 2001; BORGES; BAPTISTA, 2008).

No entanto, nesta década, ocorreram mudanças no campo da Saúde Mental (SM) que foram conquistadas a partir do processo de Reforma Psiquiátrica e que resultaram em um movimento de construção de uma atenção psicossocial em substituição ao modelo hospitalocêntrico vigente em todo o país.

Na realidade, o processo de Reforma Psiquiátrica vem sendo construído no Brasil há 30 anos e tem como um dos seus pilares principais a desinstitucionalização. No país, as políticas de Saúde Mental seguem uma tendência mundial observada em todas as áreas de assistência à saúde, de organização de práticas comunitárias e de cuidado domiciliar em substituição aos procedimentos institucionalizados para tratamento. Ainda, organismos internacionais como a OMS e a OPAS, desde 1990, têm orientado esta tendência (PEREIRA; COSTA, 2007).

Conforme documentos do Ministério da Saúde, a PNSM busca consolidar um modelo de atenção à Saúde Mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Tem como uma das suas principais diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos de baixa qualidade assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

A possibilidade de se romper com o modelo assistencial excludente promove a necessidade de avaliar o atendimento dos novos serviços de Saúde Mental. Daí a importância de um acompanhamento crítico e pertinente da assistência em todos os níveis de atendimento.

Como ocorre em outros aspectos da atenção à saúde, a tarefa de proteger e melhorar a Saúde Mental é complexa e envolve múltiplas decisões. De acordo com a OMS, diferenças sensíveis nos recursos financeiros e humanos disponíveis aos

países influem no modo como as questões de Saúde Mental são tratadas (OMS, 2005). Com efeito, as necessidades manifestadas pelos usuários, familiares e profissionais dos serviços de Saúde Mental, além dos demais trabalhadores da saúde, dependem muito do contexto histórico-cultural da assistência, sendo que as expectativas das pessoas variam consideravelmente de país para país.

Quando se analisa a realidade da área de Saúde Mental é possível perceber dificuldades para concretizar as metas de desinstitucionalização propostas pelo novo modelo assistencial no Brasil. As dificuldades encontram-se na redução desta proposta a um processo de desospitalização sem a real desconstrução do hospital psiquiátrico e o deslocamento completo da atenção em Saúde Mental para serviços substitutivos, já que estes atendem à demanda em Saúde Mental da população (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

No entanto, esta não é uma peculiaridade brasileira. A OMS lançou um Atlas de Saúde Mental em 2011 que mostra que os recursos para a Saúde Mental na maioria dos países continuam a ser insuficientes. Apesar das melhorias modestas, desde 2001, alguns países dispõem de serviços adequados, enquanto que em outros os serviços estão disponíveis somente para alguns segmentos da população. (WHO, 2011).

Em todo o mundo, os gastos com a saúde mental é menos de dois dólares americanos por pessoa, por ano e menos de 25 centavos em países de baixa renda. Segundo a OMS, os recursos para a saúde mental são distribuídos desigualmente, sendo que apenas 36% das pessoas que vivem em países de baixa renda estão abrangidos pela legislação de saúde mental. Além disto, os recursos são ineficientes já que, 63% dos leitos psiquiátricos estão localizados em hospitais psiquiátricos e 67% dos gastos em saúde mental são dirigidos a essas instituições. Embora os recursos estejam concentrados em hospitais psiquiátricos, um decréscimo modesto nos leitos de hospitais mentais foi encontrado. Sendo assim, a institucionalização de transtornos mentais pode estar diminuindo lentamente (WHO, 2011).

Os enfermeiros representam o grupo profissional mais prevalente que trabalha no setor de saúde mental, sendo a taxa média 5,8 enfermeiro população de 100.000. Para todos os recursos humanos, há um padrão claro no qual as maiores taxas de recursos humanos são observadas em países de renda mais alta. Por exemplo, há uma taxa média de 0,05 psiquiatras (por 100.000 habitantes) em países

de baixa renda, 0,54 em países de baixa renda média, 2,03 nos países de renda média-alta e 8,59 nos países de alta renda (WHO, 2011).

Sessenta por cento dos países relatam ter política de saúde mental específica, 71% possuem um plano de saúde mental; e 59% relataram ter legislação de saúde mental. Uma porcentagem grande de países com alta renda relataram ter uma política, plano e legislação de países de baixa renda (WHO, 2011).

Em 2001, o Brasil estabeleceu uma legislação que trata especificamente sobre a assistência em Saúde Mental, por meio da lei 10.216/2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b). Neste sentido salienta-se que o país tem seguido as recomendações da OMS em elaborar legislação específica que norteia a assistência na área (OMS, 2001).

A partir de algumas mudanças, no Brasil é possível encontrar uma situação pouco menos alarmante, já que o país lançou diversos programas e serviços inovadores e de intervenções, que devem ser organizadas em rede, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência, hospitais-dia, Núcleos de Atenção Psicossocial (NASF), oficinas terapêuticas e através de inclusão de beneficiários no Programa de Volta para Casa. Em pouco mais de uma década, centenas de serviços foram criados e mais serviços foram revistos de acordo com orientações gerais da PNSM para maximizar os recursos que são limitados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Em relação à ampliação da rede, destaca-se o incremento da cobertura de CAPS, que começa a estender-se a áreas menos assistidas, como a Amazônia Legal e o Centro-Oeste, atingindo 66% de cobertura/Brasil. Entretanto, a abertura de CAPS III permanece como um dos desafios mais importantes a serem adequadamente superados para efetivar a PNSM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Merece enfatizar o papel dos leitos em hospitais gerais na composição da rede de assistência em saúde mental. A PNSM preconiza a redução de leitos em hospitais psiquiátricos de grande porte e a abertura de leitos em hospitais gerais para atender situações clínicas e psiquiátricas agudas, com tempo de internação reduzido. Também como uma forma de promover desospitalização e reinserção social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

No início de 2012, foi publicada uma portaria nº 148 que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a

peessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Esta portaria pode incentivar a implantação dos referidos leitos em hospitais gerais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As unidades psiquiátricas em hospital geral têm importante papel no estabelecimento de uma relação de tolerância com o doente mental, num espaço de tratamento preferencialmente ocupado pelos demais sujeitos acometidos por patologias clínicas (MACHADO; COLVERO, 2003).

Sendo assim, o número de leitos em hospitais psiquiátricos está em declínio, uma vez que muitos casos graves estão sendo tratados em hospitais gerais e na comunidade, buscando equilibrar o fechamento de leitos com a oferta de serviços substitutivos suficientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Apesar disto, assim como acontece com a ampliação do número de CAPS III, também os leitos em hospitais gerais ainda é insuficiente e possuem pouca visibilidade (CARVALHO, 2011). As principais dificuldades para a implantação das unidades psiquiátricas é o estigma (MACHADO; COLVERO, 2003; CARVALHO, 2011) e a falta de uma política afirmativa para essas unidades (LUCCHESI; MALIK, 2009).

Ainda, pelo impacto do grave problema do aumento do consumo de crack em todo o país, a política de álcool e outras drogas, conduzida no SUS pela saúde mental, foi fortemente marcada pelas variadas ações de planos emergenciais, como o Plano Emergencial de Ampliação das Ações de Atenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), de 2009, e o Plano interministerial do Crack, em 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Neste cenário, atualmente, vivencia-se um período próspero em inovações e mudanças devido a alguns avanços conquistados na assistência em saúde mental. No entanto, os serviços são distribuídos desigualmente entre as regiões do país e não há dados sólidos para mostrar o impacto de uma mudança política em termos de custo-efetividade (WHO-AIMS, 2007). Fundamentados em tal movimento, Silveira e Braga (2005) recomendam que esse processo não pode ser refletido como simples modificações de estruturas físicas, mas sim a reelaboração de concepções, de dispositivos sob uma ótica mais comprometida com os interesses daqueles a quem se presta assistência.

Os serviços e as estratégias de promoção da saúde mental e prevenção do transtorno psiquiátrico devem ser coordenados entre si e com outros serviços da rede de saúde, bem como com os serviços de segurança social, a educação, o emprego e a habitação. As ações para a Saúde Mental devem ser monitoradas e analisadas para que as decisões possam ser constantemente ajustadas, respondendo aos desafios que se apresentam (OMS, 2001).

Entretanto, o campo da Saúde Mental vem enfrentando uma variedade de desafios, dentre eles, a necessidade de integração e operacionalização dos novos serviços, em substituição ao modelo assistencial tradicional, e uma interação entre a prática e as áreas de conhecimento que compõem o sistema de saúde como um todo.

Estudo da OMS, em 2001, traz uma tentativa abrangente e sistemática para compreender a situação de Saúde Mental em todo o mundo. No entanto, os países que participaram do estudo, também, estão carentes de informação sobre a Saúde Mental, visto que mais de 27% deles não têm um sistema de recolha e comunicação dos indicadores de Saúde Mental. Para muitos outros, o sistema de informação é extremamente limitado com relação à confiabilidade e alcance da real situação em que se encontram, dificultando o desenvolvimento de políticas de Saúde Mental. Outro agravante é que, em todo o mundo, inúmeros profissionais de saúde não têm acesso ao menos às informações mais básicas sobre como detectar e tratar transtornos mentais, comprometendo o tratamento de quem precisa para acompanhar o processo da sua execução e avaliar as alterações pretendidas (OMS, 2001).

A avaliação é um processo extremamente importante para a obtenção de informações que possibilitem entender e explicar determinadas situações acerca do serviço e da assistência em saúde. Estas informações são imprescindíveis ao possibilitar a tomada de decisões assertivas e resolutivas a fim de melhorar as condições de trabalho dos profissionais e o nível de saúde dos usuários dos serviços de Saúde Mental (NOVAES, 2000; KANTORSKI *et al.*, 2009b).

Ante o exposto se faz necessário identificar a compreensão dos profissionais sobre a proposta da PNSM e avaliar as ações destes profissionais, no sentido de caracterizar a qualidade da assistência oferecida pelos serviços de Saúde Mental. A qualidade do serviço oferecido depende da interação entre os diversos profissionais da equipe e das relações deles com os pacientes e a comunidade, no sentido de

evitar a reprodução de um modelo manicomial (PELISOLI; MOREIRA; KRISTENSEN, 2007).

Almeida e Escorel (2001), no entanto, comentaram sobre os impasses para a avaliação de serviços de saúde, que incluem os serviços de Saúde Mental, como a falta de institucionalização da função avaliação no Brasil, da ausência de um modelo teórico definido em relação a programas e serviços públicos de saúde e ainda, a inexistência de indicadores capazes de quantificar e ou qualificar os programas e serviços de Saúde Mental.

Essas discussões, portanto, vêm ao encontro com a sugestão da OMS (2001) de que os serviços de Saúde Mental sejam avaliados internacionalmente na tentativa de garantir a qualidade da assistência bem como de alcançar as metas do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Em Goiás, existem serviços especializados e habilitados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES-GO) aos usuários com transtornos mentais, que seguem a Política Nacional de Saúde Mental. Porém não se encontrou, até o momento pesquisas que identifiquem o seu funcionamento, os profissionais envolvidos, a adequação e qualidade dos atendimentos dirigidos à população, ou ainda focadas na estrutura física desses serviços.

Acreditamos que a caracterização de determinado serviço ou ações é um primeiro passo importante para o processo avaliativo. No entanto, o ponto de partida para quaisquer intervenções em saúde é o real conhecimento e o diagnóstico amplo e preciso em que se encontram os serviços e a assistência do SUS.

Por meio desta investigação acredita-se que os resultados atendam a premente necessidade de conhecer ordenadamente os serviços de Saúde Mental existentes e o detalhamento do seu funcionamento e, desta forma, ampliem a possibilidade de atender às demandas da PNSM e de se atingir a excelência do atendimento nos serviços de Saúde Mental tanto em Goiás quanto em todo o País. É igualmente importante repensar os resultados com vistas ao processo de formação acadêmica e educação continuada dos profissionais.

O enfoque na formação de profissionais de saúde capacitados para atuar em Saúde Mental é um requisito relevante para efetivar a PNSM estabelecida no Brasil. Sobre este aspecto, é imprescindível o desenvolvimento de metodologias para gestão e formação visando a mudança de paradigmas relacionada à Saúde Mental

que atendam às expectativas da reforma psiquiátrica e às propostas governamentais de educação e saúde.

Esta medida também é útil para monitorar o progresso na implementação das ações propostas pela Reforma Psiquiátrica brasileira, como a prestação de serviços à comunidade, envolvendo usuários, familiares, trabalhadores, além de outros segmentos sociais interessados na promoção da Saúde Mental, prevenção, tratamento e reabilitação (WHO-AIMS, 2007)

Diante destas considerações e da necessidade de oferecer suporte ao Estado de Goiás para redirecionar os eixos filosóficos da Reforma Psiquiátrica e considerando o período de transição e adequação das práticas assistenciais em Saúde Mental do Estado em atendimento à PNSM, elegeu-se algumas questões norteadoras de pesquisa: Qual o modelo de atenção que sustenta a assistência em Saúde Mental no interior do Estado de Goiás? Qual o perfil sócio-econômico e a formação dos profissionais que atuam nos serviços públicos de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás? Como funcionam os serviços públicos de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás em relação à estrutura física e organizacional?

Também, pelo presente estudo integrar um Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, acreditamos ser oportuno aprofundar a investigação sobre a atuação dos enfermeiros nos serviços de Saúde Mental públicos do interior do Estado de Goiás, no sentido de oferecer subsídios para direcionar o processo de formação em enfermagem. Sendo assim, elegemos a seguinte questão: Quais são as práticas profissionais dos enfermeiros dos serviços públicos de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás?

Com vistas a responder estas questões, a presente proposta de investigação delimitou alguns objetivos apresentados a seguir.

2 – OBJETIVOS

2.1 – Geral

Apresentar o diagnóstico de organização e funcionamento dos serviços de Saúde Mental públicos no interior do Estado de Goiás.

2.2 – Específicos

1. Identificar nas publicações brasileiras os diferentes objetos de avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil, por meio da revisão integrativa da literatura.
2. Caracterizar o perfil profissiográfico dos profissionais de nível superior e dos coordenadores que atuam nos serviços de Saúde Mental públicos no interior do Estado de Goiás;
3. Analisar as atividades práticas que integram o trabalho dos enfermeiros que atuam nos serviços de Saúde Mental públicos no interior do Estado de Goiás;
4. Identificar os aspectos facilitadores e dificultadores na prática profissional dos enfermeiros que atuam nos serviços de Saúde Mental públicos no interior do Estado de Goiás;
5. Analisar a compreensão dos coordenadores que atuam nos serviços de Saúde Mental públicos no interior do Estado de Goiás sobre a Política Nacional de Saúde Mental.
6. Analisar os desafios para efetivação da Política Nacional de Saúde Mental sob a ótica de coordenadores dos serviços de Saúde Mental públicos no interior do Estado de Goiás;
7. Analisar os aspectos relacionados à formação e capacitação dos profissionais que atuam nos serviços de Saúde Mental no interior do Estado de Goiás-Brasil, sob o ponto de vista dos coordenadores destes serviços.

3 – REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 – Da assistência psiquiátrica à atenção psicossocial no Brasil

O hospital psiquiátrico já não é mais o centro da assistência, da organização das políticas e da formação e da formação profissional, da mesma forma como não se considera que os centros de internação de doentes mentais sejam eficientes para a recuperação das pessoas em grave sofrimento psíquico (LANCETTI; AMARANTE, 2006, p. 615).

A Saúde Mental é definida pela Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as próprias habilidades, pode lidar com os estresses normais da vida, é capaz de trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade” (DECS, 2011). A definição ainda abrange o entendimento da OMS de que Saúde Mental “é mais do que ausência de doença mental”, o que se reflete na sua própria definição de saúde (OMS, 2001, p.30).

O termo Saúde Mental, de acordo com Montanari (2005), é utilizado para designar o conjunto de planejamento e ações voltadas para atuar junto aos portadores de transtornos psiquiátricos e seus familiares. Nesta concepção, o termo compreende o tratamento especializado, o fornecimento de medicamentos específicos, o treinamento de pessoal, a estruturação de formas alternativas ao manicômio.

Atualmente, observa-se o surgimento de novas informações dos campos da neurociência e da medicina do comportamento, trazendo expressivos avanços à maneira de entender o funcionamento mental. Portanto, está se tornando cada vez mais claro que o funcionamento mental tem um substrato fisiológico e está indissociavelmente ligado com o funcionamento físico e social (OMS, 2001).

Existem vários conceitos sobre Saúde Mental, doença mental, transtorno mental, mas conceitos claros e inequívocos são extremamente importantes para aqueles que precisam compreender, programar e implementar uma legislação, e para membros do público que possam ser afetados por ela, como os pacientes e suas famílias. Os tribunais também acham isto útil, já que precisam tomar decisões com base nas definições formuladas (OMS, 2005).

Segundo a OMS, numa perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. Haja vista, os conceitos possuem caráter subjetivo, temporal e é influenciado por fatores socioculturais. Sobre o tema então, pode-se considerar que Saúde Mental é algo mais abrangente do que a ausência de

transtornos mentais, recomendando-se que o indivíduo seja capaz de identificar problemas psíquicos e de intervir sobre eles de forma benéfica (OMS, 2001).

Todas as sociedades tiveram seus conceitos sobre distúrbios que mais tarde foram considerados mentais e psíquicos. Na antiguidade, esses problemas eram atribuídos a forças exteriores ao homem: maus espíritos, almas perdidas, deuses, demônios e, por este motivo, os mesmos eram tratados com práticas mágicas e religiosas. Mais tarde, já no século XVII, os considerados loucos deveriam ser isolados, excluídos da sociedade e submetidos a tratamento moral. Esse modo de assistir aos doentes na psiquiatria recebeu o nome de alienismo, influenciado pelo médico Phillipe Pinel, considerado o pai da psiquiatria (AMARANTE, 1995b).

Pinel acreditava que os enfermos no hospital deveriam ser separados de acordo com as enfermidades que possuíam para favorecer a observação, a classificação e o estudo de cada patologia. Surgindo assim o que atualmente denominamos como Clínica. Neste processo de separação, Pinel dedicou-se a estudar o que denominou de alienação mental, sendo o primeiro conceito para definir loucura (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

A história da loucura nos séculos XVIII e XIX é quase sinônima da história de captura pelos conceitos de alienação e, mais tarde, de doença mental. O termo alienação provém do latim *alienatio*, que significa separação, delírio, estar fora de si, fora da realidade. Ainda, este termo também está relacionado ao sentido de alienígena que remete ao estrangeiro, alguém que vem de fora, de outro mundo (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Com o advento do Iluminismo e do Racionalismo a alienação estava relacionada à ausência de razão, à irracionalidade. Este sentido então se aproxima da idéia de animalidade e possibilita compreender a relação existente entre alienação moral e periculosidade. Sendo assim, o conceito de alienação seria suficiente para dizer que uma pessoa era incapaz de participar da sociedade (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

O conceito de alienação tem então um papel estratégico, no momento em que se torna sinônimo de erro; algo não mais da ordem do sobrenatural, de uma natureza estranha à razão, mas uma desordem desta. Assim, o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena e, portanto, da liberdade de escolha (AMARANTE; TORRES, 2001).

Para Amarante (1996), Pinel foi um construtor teórico e prático, porque possibilitou à medicina receber uma construção teórica de alienação mental e levantou a possibilidade de cura da loucura através do isolamento e tratamento moral.

No Brasil, durante os primeiros séculos após o descobrimento do Brasil, houve certa tolerância para com os loucos. Nesta época, a sociedade deixava-os vagar pelos campos e cidades ou mantinha-os reclusos nas casas de famílias. Entretanto, quando as cidades começaram a ficar populosas, a presença do louco passou a ser indesejável e a solução encontrada pela sociedade foi encaminhá-los às Santas Casas e prisões (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

Em 1852, foi inaugurado o Asilo de Pedro II, no Rio de Janeiro, para acolher os considerados loucos, em consequência de aspectos humanitários contra os maus tratos e precárias condições de funcionamento dos espaços. Este asilo era conduzido por alienistas que objetivavam conferir um caráter técnico-científico à segregação dos alienados (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

Jorge e França (2001) afirmam que a assistência em saúde mental no Brasil esteve centrada, desde o século XX, em hospitais com características asilares, com algumas iniciativas inovadoras.

Vale ressaltar que durante o regime militar, iniciado na década de 1960, a assistência psiquiátrica foi incorporada à Previdência Social e tornou-se uma verdadeira indústria da loucura, pois nesta época leitos privados passaram a ser contratados pela previdência (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

Em 1978, no contexto da redemocratização, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que direcionou críticas ao modelo psiquiátrico clássico ao constatar as práticas das instituições psiquiátricas e seu papel explicitamente médico-terapêutico (AMARANTE, 1995b). A Reforma Psiquiátrica brasileira surgiu então a partir dessa conjuntura de redemocratização, no ano de 1979, por ocasião das eleições e iniciada pelo MTSM.

A realização de duas Conferências Nacionais de Saúde Mental em 1987 e 1992, somada à inscrição da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) na Carta Constitucional de 1988, abrem novos caminhos para a saúde pública no Brasil da redemocratização. É criado o SUS, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Concomitantemente, profissionais da Saúde Mental, articulados por todo o país em torno do lema “Por uma sociedade sem manicômios”, promovem discussões e produzem uma série de novas experiências em suas intervenções junto à loucura e ao sofrimento psíquico (AMARANTE; TORRES, 2001).

No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Segundo Amarante (1995b), a reforma objetivou questionar o modelo de assistência em saúde mental vigente e propor estratégias para a transformação.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo que incide em territórios diversos, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas pessoas com transtornos mentais e seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

A Reforma Psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura outra resposta social, não asilar: evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se, como se diz, na sociedade (TENÓRIO, 2002, p.55).

Os organismos internacionais como a OMS e OPAS, desde 1990, tem orientado esta tendência (PEREIRA; COSTA, 2007). No campo da Saúde Mental destaca-se a Conferência de Caracas, em 1990, promovida pela OPAS, que considerou que a atenção psiquiátrica hospitalocêntrica era ineficaz e gerava muitos gastos ao setor público. Assim, as recomendações surgiram baseadas em critérios racionais e tecnicamente adequadas, a fim de propiciar a permanência do enfermo na comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei n. 10.216 foi finalmente sancionada pelo Presidente da República em 6 de abril de 2001, lei esta que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. A lei não contempla o projeto de Paulo Delgado na íntegra, mas proíbe, em todo o Brasil, a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação pelo serviço público de leitos e unidades particulares deste tipo; estabelece que os tratamentos devam ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de

Saúde Mental, objetivando assim a reinserção social do doente mental em seu meio. A internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

A Lei 10.216 não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, entretanto, a promulgação dela impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A PNSM, apoiada na referida Lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Esta reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica acontece ao mesmo tempo em que uma rede de atenção aberta e inserida na comunidade se expande. O atendimento, então, deverá ser realizado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência, Núcleos de Atenção Psicossocial, através de inclusão de beneficiários no Programa de Volta para Casa e as internações, quando necessárias, deverão ser feitas nos CAPS que funcionam 24 horas. Os hospitais psiquiátricos de grande porte serão, portanto, progressivamente substituídos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Para alcançar a melhoria no atendimento ao usuário dos serviços de Saúde Mental são sugeridas modificações de orientações assistenciais. Os projetos atuais no Brasil, portanto, visam atender aos sujeitos portadores de transtornos mentais, priorizando e estimulando a criação de rede de serviços substitutivos ao hospital.

A redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos, é uma das principais diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica. Nos últimos quatro anos, através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares e do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, mais 6.832 leitos em hospitais psiquiátricos foram reduzidos. Este primeiro programa indicou o descredenciamento de 29 hospitais e 15 foram efetivamente fechados. Os serviços indicados para descredenciamento e ainda não fechados seguem em acompanhamento. Neste cenário, a Clínica Espírita de Repouso, localizada em Goiânia, foi fechada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Em 2010, o Ministério da Saúde abriu um edital específico para potencializar os processos de desinstitucionalização em municípios prioritários (com hospitais indicados para credenciamento pelo PNASH/Psiquiatria ou com denúncias de violações de direitos humanos ou acima de 400 leitos) e o Hospital Espírita de Psiquiatria de Anápolis – GO foi selecionado. O Estado de Goiás ocupa o sexto lugar no ranking dos estados a partir do indicador leitos por 1.000 habitantes. Vale destacar que nenhum destes leitos se encontra em Hospitais Gerais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Os Hospitais Gerais têm muita dificuldade em promover atenção que vá além dos leitos em psiquiatria e trabalhar na lógica de articulação com a rede de saúde mental e a comunidade, sendo este o grande desafio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Concomitantemente, desenvolveram-se novas formas de se lidar com a loucura, com a abertura de novos serviços como os Hospitais-dia e os CAPS, que visam à reabilitação psicossocial. Os CAPS são escolhidos pelo Ministério da Saúde como o articulador da rede de saúde mental e a sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, sendo a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Existem diferentes tipos de CAPS, cada um com uma clientela diferenciada, relacionados ao contingente populacional a ser coberto e ao período de funcionamento. São eles CAPS I, para cidades de pequeno porte, que devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia; CAPS II, para cidades de médio porte e atendem durante o dia a clientela adulta; os CAPS III funcionam 24h, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem clientela adulta; CAPSi (infantil), para crianças e adolescentes, em cidades de médio porte, que funcionam durante o dia; CAPS ad (álcool e drogas) – são serviços para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte e com funcionamento durante o dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Em 2010, surge uma nova modalidade de CAPS, os CAPSad III, esta modalidade que atenderá as pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, por meio de atenção integral durante as

24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c).

Os CAPS são entendidos como espaços que buscam maneiras de resgatar e ou promover o modelo psicossocial ao utilizar as abordagens vocacionais, educacionais, sociais e recreacionais, visando a autonomia do indivíduo na sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b; TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

As atividades promovidas nos CAPS como atendimentos individuais, assembléias, oficinas, grupos terapêuticos, participação em associações possibilitam melhor qualidade de vida através de ações terapêuticas interdisciplinares e são entendidas como potentes geradores de transformação e inserção social (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

Nos últimos quatro anos, a rede CAPS se expandiu e se interiorizou, entretanto as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram maiores dificuldades para a expansão de suas redes de serviços. Sendo assim, o país como um todo até o final de 2010 tinha uma cobertura de 0,66 CAPS por 100.000 habitantes. O Estado de Goiás conta com uma cobertura de 0,42 CAPS por 100.000, índice abaixo da média brasileira e, ainda, não possui CAPS III (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Vale destacar que para a efetividade de ações desenvolvidas nos CAPS, como articuladores na rede de serviços de saúde e de outras redes sociais, é fundamental a articulação com o território. O território não é apenas uma área geográfica, mas é constituído pelas instituições e cenários nele existentes e pelas pessoas que nele habitam com todas as suas relações, conflitos e interesses. Assim essa noção de território busca organizar uma rede de atenção às pessoas com sofrimento psíquico e suas famílias, amigos e interessados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b, 2010a).

Concomitantemente, todo o sistema de saúde brasileiro vem sofrendo transformações significativas. Observam-se Unidades Básicas de Saúde, atendimentos de urgência e emergência, a instituição do Programa de Saúde da Família (PSF) associado à rede de serviços da Atenção Básica. Desta forma, o hospital deixa de ser o centro para se constituir em um dos elementos da rede para atendimento psiquiátrico, correspondendo ao nível terciário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A articulação dos serviços de saúde mental com a atenção básica tem encontrado impasses. Dentre os desafios para superação da lacuna entre as diretrizes propostas pela política de saúde mental e as práticas concretas é a operacionalização de uma rede de cuidados e o desenvolvimento de ações estendidas ao espaço social mais amplo (DELFINI *et al.*, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

O CAPS como, responsável pela saúde mental de toda a área territorial, tem a importante tarefa de promover uma articulação social e intersetorial. É função do serviço oferecer suporte em saúde mental à atenção básica, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a; DELFINI *et al.*, 2009).

O modelo prioritário para organizar a atenção básica é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sendo assim, a parceria da saúde mental com a atenção básica e o ESF tornam-se necessária, pois articula os desafios da Reforma Psiquiátrica com a responsabilização das equipes de família (DELFINI *et al.*, 2009).

Merece destaque a inclusão de profissionais de saúde mental nos NASF como fundamental para a ampliação da rede e a expansão das ações regulares de saúde mental na atenção básica. Segundo o Ministério da Saúde, os NASF são dispositivos com alta potencialidade para garantir a articulação entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de saúde mental dos municípios. Em dezembro de 2010, foi possível identificar 1.288 NASF em funcionamento no país e cerca de 31% dos trabalhadores destes Núcleos são trabalhadores do campo da saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Segundo Tanaka e Ribeiro (2009), a atenção básica tem potencial para desenvolver várias ações de saúde mental que estão relacionadas a detecção de queixas relativas ao sofrimento psíquico, a capacidade de prover uma escuta qualificada deste tipo de problemática; de oferecer tratamento na própria atenção básica ou encaminhando os pacientes para serviços especializados.

No Estado de Goiás, existem propostas para a implantação e a adaptação da assistência em Saúde Mental, tendo em vista a criação de novos serviços substitutivos de atendimento psiquiátrico. A política de Saúde Mental do estado está estruturada segundo três eixos básicos de orientação: a informação, a intervenção e a capacitação. Tais orientações organizam-se de tal forma a permitir que os atores e os recursos disponíveis produzam os resultados esperados quantos aos problemas

(SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE GOIÁS, 2005). No entanto foram encontrados resultados de processos avaliativos até o presente momento.

3.2 – A Política de Recursos Humanos em Saúde Mental no Brasil

O Brasil passou por um processo histórico de redemocratização da saúde na década de 1980. No campo da saúde mental houveram modificações importantes como resultado deste processo e, particularmente, do movimento da Reforma Psiquiátrica.

Diante deste cenário, o paradigma de atenção à saúde mental foi alterado para o modelo psicossocial e foram criados vários dispositivos substitutivos ao manicômio, dentre os quais destacam-se os CAPS. Estes dispositivos consistem em serviços de atenção diária, abertos, com livre acesso aos usuários, familiares e sociedade. Estão pautados no atendimento territorializado, enfatizando a importância da inclusão da família no tratamento e na reabilitação, orientando o cuidado ao sujeito que sofre psiquicamente, respeitando sua subjetividade. Sendo assim, a equipe desses serviços deve ser multidisciplinar, buscar atender a integralidade do sujeito, em suas diferentes demandas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a; MIELKE *et al.*, 2009).

A criação dos CAPS possibilitou a inserção de novos atores nos serviços de saúde mental e alterou a lógica de organização do trabalho dos profissionais, para além dos espaços hospitalares. Num contexto de mudança, emergiu a necessidade de direcionar as práticas dos profissionais segundo o modelo psicossocial, inclusive com uma característica interdisciplinar (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011).

A construção de uma rede de atenção psicossocial implica muito mais do que a construção de serviços não hospitalares. A lógica da atenção em saúde mental não se restringe à uma nova tecnologia ou um avanço científico, mas uma nova concepção de ciência, lugares, espaços sociais e de produção de subjetividades (AMARANTE; TORRES, 2001).

A mudança não está garantida apenas com a saída da assistência do hospital psiquiátrico para os serviços substitutivos, porque as práticas manicomiais podem ser facilmente reproduzidas nos serviços abertos (WETZEL *et al.*, 2011).

Sendo assim, a alteração do modelo de assistência à saúde mental representa um desafio para os profissionais, no sentido de que estes devem adotar novos saberes, tecnologias e metodologias de trabalho, passando pelas relações entre os demais componentes da equipe de trabalho (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011).

A equipe de saúde mental desses novos dispositivos propostos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica deveria conduzir suas ações terapêuticas para a promoção da reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico o mais próximo da sua residência e na comunidade (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009b).

Sobre esse aspecto, é possível perceber que uma mudança de paradigma sistemática e que os profissionais já entendem o processo saúde-doença mental como um ato complexo que deve envolver empatia, conhecimento e sensibilidade por parte do cuidador, além de compreender a importância da inclusão dos familiares na terapêutica, descaracterizando algo fragmentado com até então. É fundamental a articulação entre a equipe de saúde, usuário e familiares como eixo central no cuidado em saúde mental, no sentido de co-responsabilização, podendo promover mudança na evolução do adoecimento (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009a; MIELKE *et al.*, 2009).

Dessa forma, as práticas de saúde devem estar arroladas pela integralidade das ações de cuidado que pressupõem a construção do trabalho em equipe multidisciplinar, que evocam a construção do trabalho coletivo em que há relação recíproca entre as intervenções técnicas e intervenções dos agentes (JORGE *et al.*, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Sendo assim,

a equipe responsável pelo cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, procura estabelecer uma relação horizontalizada com os usuários do serviço, tentando superar a centralidade no ato médico do saber e fazer, por uma forma de trabalho interdisciplinar (SCHNEIDER *et al.*, 2009, p. 398).

A equipe multiprofissional que procura trabalhar de forma interdisciplinar em locais de tratamento diversificados, devem estar focadas não mais na doença, mas no sofrimento existencial do sujeito e na sua relação com o corpo social. O meio social do indivíduo e a visão da família devem ser considerados na reabilitação psicossocial e a reintegração sociocultural dos sujeitos em sofrimento psíquico (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, 2011c).

Os serviços de Saúde Mental surgiram como instrumentos da implementação de uma nova atenção psiquiátrica e têm a responsabilidade, então, de responder às necessidades de uma determinada população. Tomar para si a responsabilidade pelo cuidado parece ser uma estratégia de fazer com que os profissionais organizem-se de um modo que responda mais às necessidades da

população e menos às necessidades de legitimação corporativa das próprias técnicas e teorias (SILVA, 2005).

Ante o exposto, os profissionais têm procurado formas de integração entre os saberes para desenvolver o trabalho nos novos dispositivos de saúde mental, articulando conhecimentos específicos à sua prática cotidiana, em torno de um projeto comum que aproxime as diversas disciplinas (SCHNEIDER *et al.*, 2009).

No entanto, estudos mostram que os profissionais de saúde em geral têm apresentado dificuldades para se incluírem nesse novo modelo assistencial, de modo que o trabalho realizado atualmente nos serviços abertos está longe do proposto pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica (KANTORSKI; MIELKE; TEIXEIRA JÚNIOR, 2008)

A mudança de modelo de atenção em saúde mental também gerou nos profissionais insegurança, de forma até inconsciente, em decorrência da mudança de significados e sentidos do adoecimento mental e de condutas técnicas.

Entrar num contato mais próximo com o paciente, construir um trabalho mais articulado com profissionais de outras áreas, tendo que ressignificar o seu próprio saber, rompe com uma prática tradicionalmente instituída e reproduzida nos cursos de formação (KODA; FERNANDES, 2007, p. 1456).

Vários estudos constataram que cuidado em saúde mental ainda focaliza-se na dimensão orgânica, de delimitação individual e médico-centrada (ALMEIDA; ESCOREL, 2001; AMARANTE; TORRES, 2001; BORGES; BAPTISTA, 2008; JORGE *et al.*, 2008; KANTORSKI; MIELKE; TEIXEIRA JÚNIOR, 2008; CAMATTA; SCHNEIDER, 2009a; DELFINI *et al.*, 2009; MIELKE *et al.*, 2009).

Ainda é frequente encontrar nos serviços, que surgiram em função da Reforma Psiquiátrica, práticas como a fragmentação do cuidado, a centralidade do médico na tomada de decisões e a hegemonia do saber psiquiátrico sobre as práticas de promoção de cidadania, saúde e reinserção social (SCHNEIDER *et al.*, 2009).

A carência do conhecimento das novas práticas instituídas no campo da saúde mental pode estar relacionada aos cursos de formação/graduação que são voltados para o modelo biológico e medicamentoso, e não atualizam as novas formas de atenção à saúde (SILVA; COSTA, 2008).

Nesta linha de pensamento, para que se alcancem melhorias no atendimento psicossocial, deve-se considerar a formação profissional como eixo

norteador da qualidade da assistência. Fraga, Souza e Braga (2006) afirmam que as universidades têm se esforçado para adequação dos conteúdos ministrados nos cursos de graduação, têm criado cursos de especialização e a ampliação de cursos de mestrado e de doutorado com a inclusão de disciplinas voltadas a discutir as questões mais recentes da Saúde Mental.

Entretanto, as autoras acima citadas enfatizam que, historicamente, as universidades não deram conta da grande demanda por qualificação específica, para trabalhar na perspectiva filosófica da Reforma Psiquiátrica, oriunda de profissionais com as mais diversas formações básicas (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

De acordo com a OMS, a maioria dos países em desenvolvimento não tem programas de formação adequados a nível nacional para treinar os psiquiatras, enfermeiros psiquiátricos, psicólogos clínicos, assistentes sociais psiquiátricos e terapeutas ocupacionais (WHO, 2007).

No Brasil, Silva e Costa (2008) ponderam que existem programas e projetos já ratificados no campo das políticas públicas para os trabalhadores de saúde, mas parece haver ainda uma lacuna entre a realidade prática das ações e as necessidades detectadas.

As novas características do trabalho e de tecnologia em saúde mental no SUS, com repercussões na organização e representação política de parte dos médicos no país, com novas exigências corporativistas, e, particularmente na psiquiatria, com nova ênfase no modelo biomédico e forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, p. 8)

O Ministério da Saúde enfoca que a qualificação dos profissionais de saúde deve favorecer a formação segundo a lógica psicossocial, sendo assim as residências em psiquiatria e a criação de residências multiprofissionais de saúde mental devem ser concebidas a partir do modelo comunitário de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Neste tocante, vale ressaltar que, para realizar uma atenção à saúde mental no modelo psicossocial,

a formação/capacitação deve voltar-se para a reinserção social do usuário em sofrimento psíquico, com ideias antimanicomiais, condições importantes que deveriam ser pensadas e incentivadas pelos gestores, oferecidas por instituições de ensino e, também, buscadas pelos trabalhadores da área da saúde (RÉZIO; OLIVEIRA, 2010, p.350).

Por esta razão, o Ministério da Saúde desenvolve desde o ano de 2002, o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica. Este programa incentiva, apóia e financia a implantação de núcleos de formação em Saúde Mental para a Reforma Psiquiátrica, através de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras, municípios e estados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). O grande desafio no período 2007/2010 foi o de integrar as necessidades do programa com a participação ativa dos gestores e coordenadores locais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

No tema da educação e formação permanente em saúde, destacam-se, além do aumento da oferta de ações formadoras, inovações extremamente importantes, como o apoio supervisionado e articulado aos programas de residência (PRO-Residência), as ações de ensino à distância (UNASUS), as “Escolas” de Supervisores e de Redução de Danos, e o Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Outro aspecto a ser destacado na formação/capacitação dos profissionais é a atenção às famílias.

A mudança de modelo de atenção à saúde mental, proposta pela Reforma Psiquiátrica, torna necessário que seus profissionais desenvolvam olhar atento aos familiares, organizem programas para informar, orientar e atender às carências de quem cuida. Para tanto, é necessário que estas ações façam sentido para os profissionais e requer, ainda, investimento em capacitação para atender as famílias em suas necessidades integrais de forma interdisciplinar (CAVALHERI, 2010).

Ao destacar a fundamental participação das famílias dos usuários dos serviços de saúde mental no desenvolvimento do projeto terapêutico é importante considerar o cuidado para com elas. O processo de desospitalização ao mesmo tempo em que propicia a família o convívio e o vínculo, pode trazer uma sobrecarga de cuidados para com a pessoa adoecida. (CAVALHERI, 2010).

No percurso transitório para uma nova organização assistencial, as primeiras ações concretas se caracterizaram pela diminuição das internações em hospitais psiquiátricos e pela criação de recursos assistenciais de caráter extra-hospitalar. Estas implicaram intensificação das exigências de comprometimento das famílias dos indivíduos mentalmente doentes, modificando-se de modo significativo a trajetória de sua participação no processo assistencial (CAVALHERI, 2010, p. 52).

Diante disto, uma expectativa marcante da família quanto ao trabalho da equipe de CAPS é o acolhimento das necessidades decorrentes da sobrecarga gerada pelo convívio com o familiar em sofrimento psíquico. Este aspecto deve ser considerado pela equipe porque pode interferir diretamente na desinstitucionalização e no alcance das propostas do projeto terapêutico (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009b).

Assim também, os profissionais de saúde mental devem ser estimulados a buscar e construir junto com os usuários e familiares a compreensão de que outros espaços da comunidade podem servir de ambiente de promoção de saúde mental (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009b).

Também, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil tem possibilitado o surgimento de experiências inovadoras e bem-sucedidas oriundas da interação entre saúde mental e atenção básica (DELFINI *et al.*, 2009; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009; LUCCHESE *et al.*, 2009; SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

A criação dos CAPS ganha força, mas por outro lado, é necessário envolver a rede de atenção básica na assistência à saúde mental, sendo o PSF uma importante estratégia para a efetivação da rede (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

A OMS recomenda ações definidoras do modelo de atenção em saúde mental e ressalta a importância da atenção primária para garantir o tratamento na comunidade (OMS, 2001). Apenas estruturação de CAPS para atender a saúde mental na perspectiva psicossocial não é suficiente, sendo necessário que os diversos níveis de atenção à saúde formem uma rede que responda as demandas da saúde mental em co-responsabilidade com a comunidade (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009; LUCCHESE *et al.*, 2009).

No entanto, é possível apreender que ainda existe uma grande lacuna entre as diretrizes propostas pela política de saúde mental e as práticas concretas e a operacionalização de uma rede de cuidados e o desenvolvimento de ações no espaço social mais amplo têm encontrado impasses (LUCCHESE *et al.*, 2009).

Dentre os impasses percebe-se dificuldade por parte dos profissionais em manejar as situações em que o sofrimento mental aparece, muito porque eles se sentem despreparados para atender estes usuários. No entanto, os autores destacam que é possível perceber um despreparo e não apatia, porque os profissionais se mobilizam em tais situações (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

Há, também, uma supremacia do modelo biomédico na organização das ações em saúde mental nas unidades básicas de saúde e que elas não são direcionadas de acordo com o que preconiza a OMS, apesar dos frequentes debates sobre os cuidados em saúde mental na atenção básica.

Ainda, as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família não possibilitam a identificação e descrição da demanda e o envolvimento com a área da saúde mental não é, portanto, sistemático e planejado. Neste tocante, compreende-se que deve ser dado o enfoque das capacitações em saúde mental para o PSF e que profissionais especializados em saúde mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, possibilitando assim a assistência em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009; LUCCHESI *et al.*, 2009).

Dadas estas considerações, vale mencionar que para efetivação de práticas profissionais integrais, interdisciplinares e pautadas no modelo psicossocial, são necessárias condições adequadas de trabalho aos profissionais. Estas condições estão relacionadas às condições de formação/qualificação ofertadas, à disponibilização de recursos físicos, materiais e equipamentos e à regimes de contratação e de trabalho adequados (KANTORSKI *et al.*, 2009a; RÉZIO; OLIVEIRA, 2010).

De acordo com Dimenstein (2006), os serviços de saúde enfrentam problemas quanto à capacitação dos trabalhadores, a questões salariais, ao escasso e inadequado investimento do SUS para os serviços substitutivos, ao aumento considerável da demanda em Saúde Mental e à diminuição dos gastos com internação psiquiátrica.

Na literatura científica, foi possível identificar aspectos relacionados à estrutura dos serviços de saúde mental, tais como diversidade relacionada à organização, funcionamento e instalações físicas, além de equipes heterogêneas e não padronização das atividades realizadas nos serviços. Pode-se realçar fundamental ampliação e adequação da ambiência e da estrutura física destes serviços, sendo componente importante no processo de trabalho e qualidade nos serviços oferecidos (MIELKE *et al.*, 2009; NASCIMENTO; GALVANESE, 2009; RÉZIO; OLIVEIRA, 2010).

Estrutura física inadequada gera falta de condição adequada para o profissional realizar seu trabalho, o que desencadeia em um atendimento

insatisfatório aos usuários, não correspondendo com o objetivo do atual modelo de assistência em Saúde Mental. Muitas vezes não é possível realizar consultas, dispensação de medicamento, terapia com familiares e grupos, terapia fora do CAPS pelo simples fato de não se ter estrutura apropriada para tal (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009; RÉZIO; OLIVEIRA, 2010; KANTORSKI *et al.*, 2011).

Ainda, é possível encontrar relatos de falta de recursos humanos, de materiais para a realização de oficinas, além de transporte para a realização de visitas domiciliares, carência de alimentação de qualidade e qualificação profissional como aspectos dificultadores para efetivar a rede de cuidados em saúde mental (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

Diante disto, se por um lado a política do SUS propõe um trabalho que supere o modo asilar, de outro os dados apontaram para uma estrutura física e materiais inadequados, contratos temporários, rotatividade dos trabalhadores, baixos salários e déficit na formação em saúde mental. Ou seja, condições de trabalho muito precárias (RÉZIO; OLIVEIRA, 2010).

Sendo assim, “os baixos salários oferecidos, aliados aos contratos temporários e à falta de materiais, dentre outras dificuldades encontradas, podem influenciar o processo de trabalho da equipe no CAPS” (LUZIO; L'ABBATE, 2009, p.352).

A partir da análise da PNSM deve-se procurar compreender como o SUS tem contribuído para o avanço e a efetivação da Reforma Psiquiátrica nos municípios brasileiros e verificar como a assistência oferecida estabelece a lei vigente no país. Neste contexto, orienta-se identificar o papel dos trabalhadores e coordenadores na construção de novas práticas de cuidado em saúde mental com vistas à melhoria das condições de vida dos usuários dos serviços da área (LUZIO; L'ABBATE, 2009).

Em relação aos municípios pouco se conhece acerca do funcionamento da PNSM, especialmente naqueles de pequeno e médio porte. À medida que os gestores e trabalhadores estiverem envolvidos na atenção em Saúde Mental (SM), mantendo-se comprometidos com as mudanças em vigor, com a população e com a melhoria de suas condições de vida para a criação de serviços substitutivos em Saúde Mental, as diretrizes e as propostas da Reforma Psiquiátrica vão adentrar por meio do SUS nos diversos municípios (LUZIO; L'ABBATE, 2009).

O trabalho de Silva (2010), no município de Goiânia – GO, evidencia que as ações profissionais ainda são incipientes em relação ao recomendado pela PNSM embora os dados sinalizam alguns avanços nas formas de atender os usuários que buscam atendimento em Saúde Mental.

Embora esteja em fase de conclusão o estudo com este foco no município de Goiânia, existem no Estado de Goiás poucos estudos que evidenciem a formação e qualificação dos profissionais envolvidos na assistência e na gestão dos serviços de saúde mental. No sentido de atender demandas nacionais e internacionais é fundamental conhecer a compreensão dos gestores e profissionais acerca das questões conceituais e operacionais da PNSM e sua aplicabilidade nos serviços pelos quais são responsáveis.

3.3– A Enfermagem e a saúde Mental no Brasil

No Brasil, à época do império, as práticas de enfermagem ocorriam no lar para os abastados. A Igreja Católica respondia pela saúde dos pobres e indigentes, que recebiam um cuidado das irmãs de caridade e leigos recrutados nas Santas Casas de Misericórdia. Sendo assim, a assistência à saúde tinha um caráter doméstico e de caridade (SADIGURSKY, 2002).

Em 1852 foi inaugurado o Hospício Pedro II, considerado marco da psiquiatria no Brasil. Nesta época, os médicos não tinham influência e a enfermagem era exercida por leigos de má reputação sob as ordens das irmãs de caridade. O papel da enfermagem era manter a ordem asilar através da repressão, coerção, violência e ordem disciplinar (SADIGURSKY, 2002).

Em 1890, houve um confronto entre os médicos e as irmãs de caridade e como resultado os médicos assumiram o controle do espaço asilar e as irmãs se retiraram. Diante disto, sucedeu falta de pessoal para realizar as tarefas, ditas como de enfermagem (KIRSCHBAUN, 1997; SADIGURSKY, 2002).

Foi então que, em 1890, o governo da república convidou enfermeiras francesas para atuarem no lugar das irmãs de caridade no Hospital Nacional de Alienados e criar a primeira escola brasileira destinada à formação de pessoal de enfermagem para atuar no campo da assistência psiquiátrica, a Escola Profissional de Enfermeiras do Hospital Nacional de Alienados. Sendo então, a primeira experiência de Enfermagem no Brasil (SADIGURSKY, 2002).

A preparação das enfermeiras seguia o modelo francês da Escola de Salpêtrière. Esta preparação, formal e informal de pessoal de enfermagem para atuar no campo da assistência psiquiátrica, até os anos quarenta, foi assumida pelos próprios psiquiatras, seja através da criação de escolas de enfermagem nos estabelecimentos psiquiátricos, seja a partir da implementação de mecanismos informais de preparação (KIRSCHBAUN, 1997).

A psiquiatria e a enfermagem psiquiátrica surgiram no hospício, como instituição disciplinar de reeducação do louco/alienado. No período de transição da enfermagem tradicional para a moderna, os instrumentos de trabalho de enfermagem relacionavam-se mais ao treinamento disciplinar dos agentes do que à

elaboração do saber de enfermagem. O hospital era entendido como um local de cura, de disciplina e de tarefas, sob direção médica (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

No Brasil, a referência de início de educação formal da enfermagem da enfermagem moderna é a Escola de Enfermagem Anna Nery, fundada em 1923, sendo que esta seguiu o modelo Nightingaleano, que prevalece até os dias atuais. No entanto, o referido modelo não foi referência para a preparação formal do pessoal de enfermagem que atuaram nas instituições psiquiátricas e em programas de higiene mental (KIRSCHBAUN, 1997).

A psiquiatria e a enfermagem psiquiátrica são oriundas do conhecimento desenvolvido sobre o hospital psiquiátrico e no hospital psiquiátrico. Os agentes de enfermagem e as práticas por eles desenvolvidas tiveram relevante importância no processo de constituição e consolidação do modelo assistencial asilar, concebido pelos psiquiatras brasileiros no final do século XIX e existente até hoje no país, apesar da mudança de modelo (KIRSCHBAUN, 1997).

Nas primeiras décadas do século XX, o trabalho de enfermagem nos hospitais psiquiátricos brasileiros era cercado de preconceitos, seja por ser associado ao trabalho manual, seja por ser visto pelas pessoas como uma atividade degradante e insalubre. Os doentes mentais eram caracterizados supostamente agressivos, as condições das instituições eram degradantes e superlotadas. No entanto, o ingresso no hospital psiquiátrico podia representar não só um meio de sobrevivência, mas também uma alternativa de profissionalização. Por outro lado, pessoas oriundas de classes sociais mais elevadas poderiam fazer a escolha por vocação (KIRSCHBAUN, 1997).

Entretanto, a proposta da higiene mental possibilitou várias atividades de trabalho para as enfermeiras que, de certa forma, demonstravam uma valorização do seu trabalho, considerando a criação das escolas de enfermagem. As mulheres de classes mais abastadas constituíam a clientela da Escola Anna Nery e da Escola da Cruz Vermelha, criada em 1916, e as que provinham das classes trabalhadoras frequentavam a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (KIRSCHBAUN, 1997).

Desta forma, as enfermeiras percebiam este tipo de atividade não como um trabalho manual, mas como um trabalho intelectual, em função da necessidade de escolarização específica. Para essas, o trabalho de enfermagem, significou a possibilidade de ascensão social. Embora a enfermeira tivesse seu trabalho considerado honroso, ainda trabalhava subalterna ao médico (SOARES, 2008).

A escola Ana Néry, considerada precursora da formação da enfermagem moderna, oferecia a formação baseada no modelo de Florence Nigthingale e estava voltada para a prática sanitária, excluindo os aspectos relacionados à saúde mental (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Segundo Sadigursky (2002, p. 48),

no período compreendido entre 1890 e 1930 teve início o preparo formal de enfermeiras em escolas, para a área psiquiátrica, com crescente papel terapêutico. A elas cabia executar ou assistir ao médico nos procedimentos psiquiátricos, administrar drogas e implementando medidas hidroterapêuticas. No entanto, o seu papel era custodial e baseado nas necessidades físicas dos pacientes. Em relação às necessidades psíquicas, preocupavam-se em manter boas atitudes como tolerância, gentileza e humanidade para com os pacientes.

Embora a enfermeira tivesse seu trabalho considerado honroso, ainda era subalterna ao médico, servindo com auxiliar. Somente em 1949, com o Decreto nº 27.426 foi obrigatória a inclusão de disciplina com enfoque na psiquiatria e as atividades foram iniciadas no campo prático da psiquiatria. Isto acontecia porque as mulheres que lá ingressavam eram de classes sociais mais elevadas e então, incompatíveis com a inserção nos hospícios (SADIGURSKY, 2002).

Sendo assim, a necessidade de capacitação e especialização de trabalhadores para o cuidado dos doentes mentais esteve relacionada com o processo de transformação dos asilos em espaço terapêutico, e não diretamente relacionada ao processo de institucionalização da enfermagem como profissão no Brasil (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Entretanto, apesar do ensino formal em psiquiatria, a qualidade da assistência prestada às pessoas nos hospícios não mudou de forma significativa e mantinha ênfase na vigilância e no isolamento social dos doentes. Ao final da década de 1950, a assistência psiquiátrica era caótica, com superlotação dos hospícios, condições ambientais ruins e violência (SADIGURSKY, 2002).

No início da década de 1950 surgiram as práticas psicoterápicas, os primeiros psicofármacos. Nas décadas seguintes, em diversos países, surgem várias correntes da psiquiatria com enfoque no tratamento medicamentoso e críticas ao espaço asilar que, com diferentes trajetórias teóricas e práticas se organizaram dando origem à Reforma Psiquiátrica (SOARES, 2008).

Na década de 1970, havia um esgotamento do modelo hospitalocêntrico e disseminação das idéias da Reforma Psiquiátrica em outros países. A assistência psiquiátrica era marcada pela má qualidade de assistência aos portadores de doenças mentais, comercialização da loucura e cronificação do doente mental, tendo como vertente principal o modelo médico e hospitalocêntrico (SOARES, 2008).

Como dito anteriormente, este contexto gerou insatisfação e mobilização por parte dos trabalhadores de saúde mental que procuraram denunciar tal situação na perspectiva de melhoria da qualidade de assistência à saúde mental, tendo como ator central o Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental. Estes fatos culminaram na Reforma Psiquiátrica brasileira (SOARES, 2008).

Sendo assim, “a reformulação da psiquiatria trouxe também a reformulação no ensino/preparo/atuação da enfermeira psiquiatra, que aprendeu a lidar com técnicas grupais e relacionamento interpessoal, estendendo seu olhar para o sadio” (SADIGURSKY, 2002, p.49).

Com o surgimento dos serviços abertos de saúde mental foi necessário reorganizar os processos de trabalho e, conseqüentemente, o projeto terapêutico institucional. Nesse sentido, coube também a enfermagem assumir uma postura terapêutica, numa perspectiva humanista e de autonomia profissional (VILELA; MORAES, 2008).

A prática atual da Enfermagem em Saúde Mental deve se fundamentar em vários preceitos, um deles baseia-se nos conceitos da reabilitação psicossocial (KANTORSKI; MIELKE; TEIXEIRA JÚNIOR, 2008).

Para Vilela e Moraes (2008) atualmente, a concepção de enfermagem em saúde mental está pautada no modelo humanista, tendo suas funções baseadas na promoção da saúde mental, na prevenção da enfermidade mental, na ajuda ao doente a enfrentar as pressões e dificuldades do cotidiano, além da capacidade de assistir ao paciente, à família e à comunidade, ajudando-os a encontrarem o verdadeiro sentido para o sofrimento mental.

A enfermagem tem sido influenciada pelo referencial das relações humanas, cujo enfoque deixa de ser apenas o aspecto físico/biológico da doença, passando a ser considerada no contexto de relações do paciente, onde o enfermeiro estaria explorando o seu “ser” profissional (grifo do autor) como instrumento de assistência (RODRIGUES; SCHNEIDER, 1999).

A meta do cuidado de Enfermagem é maximizar as interações positivas do paciente com o ambiente, promover o bem-estar e melhorar a percepção de si próprio (LE MOS; LEMOS; SOUZA, 2007). O enfermeiro deve garantir ao indivíduo e à sua família boas condições de saúde física e mental e permitir o de mecanismos de enfrentamento das adversidades, da dor e do sofrimento que determinadas ocasiões impõem. Sendo assim, o cuidado em enfermagem deve considerar o contexto em que a pessoa está inserida, havendo preocupação com a família e a comunidade visando à inclusão social (KANTORSKI *et al.*, 2005).

Os familiares e cuidadores devem ser incluídos no processo de tratamento e reabilitação do usuário, pois podem ser de importância fundamental no auxílio às mudanças no seu comportamento do usuário. O enfermeiro pode incentivar a participação em entrevistas individuais e em grupos de apoio para orientação e acolhimento do cliente (PILLON; LUIS, 2004; OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2009).

Neste contexto, Kantorski *et al.* (2005) consideram que o relacionamento terapêutico é uma tecnologia de cuidado que possui um rol de saberes e práticas destinadas ao entendimento do ser humano em sua totalidade, de suas limitações, possibilidades, necessidades imediatas e potencialidades sendo, portanto um instrumento de cuidado que permite a reintegração e reorganização da pessoa com transtorno mental.

Na literatura é possível identificar no campo de enfermagem em saúde mental a aplicação de novos métodos de cuidado, como o acolhimento e o vínculo, que fortalecem a concepção ampliada do processo saúde-doença. Neste sentido foram encontradas ações, como as visitas domiciliares, atendimento em grupo, sala de espera e palestras, reuniões de equipe, participação de eventos festivos, os quais deslocam o olhar das tecnologias centradas na doença para a valorização de contextos e temporalidades na complexidade do sujeito (KANTORSKI; MIELKE; TEIXEIRA JÚNIOR, 2008; OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2009).

No trabalho de Dias e Aranha e Silva (2010), os profissionais citam atividades próprias do enfermeiro como o relacionamento terapêutico, as consultas de enfermagem realizadas com o paciente e com seus familiares, as atividades em grupos terapêuticos, a supervisão e capacitação da equipe de enfermagem.

Estudos afirmam que há uma convergência teórica em torno da compreensão de que o papel do enfermeiro em serviços de saúde mental é o de auxiliar o paciente a se reconhecer e a melhorar as suas relações terapêuticas

exigindo do profissional iniciativa, criatividade e diferentes modos de assistir (OLIVEIRA; ALESSI, 2003; MONTEIRO, 2006; OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2009).

No modelo asilar a assistência tende a focalizar a doença do sujeito, seus sinais e sintomas. Entretanto, no modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica, a assistência está voltada para a reinserção social, o desenvolvimento da autonomia do sujeito, a convivência e a comunicação com o outro e a participação em grupo (MONTEIRO, 2006).

Deste modo, o enfermeiro estabelece uma prática que se diferencia da tradicional em psiquiatria que vai além das funções de supervisão, administração de medicamento, alimentação e higiene. Esta prática, principalmente nos serviços de atenção psicossocial constitui-se pela responsabilidade acolhida do usuário, estabelecendo vínculos afetivos, de confiança, de escuta e de relações interpessoais entre usuários e familiares (OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2009).

No entanto, estudos mostram que os profissionais de saúde em geral têm apresentado dificuldade para se incluírem nesse novo modelo assistencial, de modo que o trabalho realizado atualmente nos serviços abertos está longe do proposto pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica (OLIVEIRA; ALESSI, 2003; LEMOS; LEMOS; SOUZA, 2007; LUCCHESI, 2007; KANTORSKI; MIELKE; TEIXEIRA JÚNIOR, 2008; VILELA; MORAES, 2008; DIAS; ARANHA E SILVA, 2010).

Uma das constatações sobre a atuação dos profissionais de enfermagem em saúde mental e a inserção da assistência de enfermagem no contexto atual é de que, ainda é possível perceber, com frequência, atribuições das enfermeiras voltadas para o âmbito individual e bastante próximo das atividades executadas em ambiente hospitalar psiquiátrico e, ainda, valorização do tratamento farmacológico (OLIVEIRA; ALESSI, 2003; MONTEIRO, 2006; CALGARO; SOUZA, 2009).

Estudo realizado no sul de Minas Gerais mostrou que o atendimento individual, por meio de consultas seguidas do tratamento medicamentoso, é privilegiado nos serviços pesquisados. As ações relacionadas aos procedimentos terapêuticos não são atividades constantes e sistematizadas, o que nos faz remeter ao modelo medicalocêntrico (VILELA; MORAES, 2008).

Estudo recente desenvolvido na Rede Especializada em Saúde Mental de Goiânia, por outro lado, encontrou que as ações realizadas estão voltadas às atividades assistenciais de natureza técnica, tais como verificação de sinais vitais, medidas de higiene e conforto, além da administração de medicamentos. Entretanto,

a autora destaca que também foram observados avanços na introdução de algumas modalidades voltadas para o relacionamento terapêutico, educação e gerência (SILVA, 2010).

O trabalho de Oliveira e Alessi (OLIVEIRA; ALESSI, 2003) destaca também que a prática efetiva dos enfermeiros está centrada, principalmente, no desenvolvimento de atividades burocrático-administrativas, em virtude do “agir terapêutico” e nos serviços extra-hospitalares são os enfermeiros que menos realizam atendimentos diretos à clientela.

Olchowsky e Duarte (2007) apontam que os enfermeiros possuem conhecimento técnico e científico sobre as concepções do modelo psicossocial e sobre síndromes psiquiátricas, sua assistência e tratamento. No entanto, destacam que a capacidade política deve ser aprimorada, enquanto espaço de participação. Incentivam ainda, a articulação dos enfermeiros com os diversos movimentos e transformações psiquiátricas.

Entretanto, vale destacar que, no trabalho de Dias e Aranha e Silva (2010) o conhecimento dos enfermeiros do CAPS II sobre a Reforma Psiquiátrica é limitado. A falta de conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica relevante quando relacionado à qualidade da assistência.

Além das dificuldades em discorrer sobre o papel da enfermagem, também é possível perceber um desconhecimento da equipe de enfermagem a respeito do papel de outros profissionais da equipe multiprofissional. As atividades de enfermagem foram relacionadas às dos psicólogos e do terapeuta ocupacional e os profissionais afirmaram que “podem fazê-lo como se fossem o referido profissional assumindo o seu papel na equipe” (SOARES *et al.*, 2011, p.114). Soares e colaboradores (2011) ressaltam a preocupação com os equívocos quanto ao seu papel junto à equipe interdisciplinar do CAPS, quando referiram que podem fazer o papel de outros profissionais sem ter, no entanto, a formação necessária e adequada; sendo os pacientes os únicos prejudicados.

Esta observação já foi problematizada por Rodrigues e Sheneider há mais de dez anos atrás. Os autores ainda destacam que “A exigência legal da presença do enfermeiro nas unidades psiquiátricas, abriu um campo de atuação a este profissional, porém não garantiu sua efetiva inserção naquele espaço” (RODRIGUES; SCHNEIDER, 1999, p.37).

Diante destas considerações é possível perceber a problemática o despreparo enfermeiro para atuar na atenção à saúde mental. A maioria dos enfermeiros não se sente preparada para atuar em Enfermagem Psiquiátrica ou Saúde Mental e não está adequadamente informada sobre as mudanças políticas que vêm ocorrendo na área. Grande parte destes profissionais que vão trabalhar em serviços de surpreende-se com sua falta de conhecimento específico, vivendo uma situação de emaranhamento de papéis que dificulta seu ajustamento. (VILLA; CADETE, 2000; OLIVEIRA; ALESSI, 2003; FORNAZIER; SIQUEIRA, 2006; TAVARES, 2006; OLSCHOWSKY; DUARTE, 2007; KANTORSKI; MIELKE; TEIXEIRA JÚNIOR, 2008; VILELA; MORAES, 2008; SOARES *et al.*, 2011).

As mudanças que tem ocorrido na assistência em saúde mental têm instigado repensar o atual ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental na graduação em enfermagem considerando antigos e novos desafios (VILLA; CADETE, 2000; MONTEIRO, 2006; TAVARES, 2006; KANTORSKI; MIELKE; TEIXEIRA JÚNIOR, 2008; CALGARO; SOUZA, 2009; BRÊDA *et al.*, 2010). “Sabe-se dos problemas, muda-se o discurso, mas superar as dificuldades tem se mostrado um processo tão lento, quanto árduo” (VILLA; CADETE, 2000, p.14).

O acadêmico egresso possui um domínio teórico limitado, conforme ensinado na graduação, sendo que, muitas vezes, a teoria fica centrada no modelo tradicional e segregante da psiquiatria, dificultando a percepção e a capacitação dos profissionais para as práticas atuais na assistência à saúde mental. Em consequência, o distanciamento entre a teoria aprendida e a prática vivenciada tem, como consequência, enfermeiros despreparados para cuidar do portador de transtorno mental (CALGARO; SOUZA, 2009, p. 481).

Muitos autores têm enfatizado que para atuar em saúde mental, o enfermeiro deve ter preparo suficiente e de qualidade, com uma prática que não se restrinja ao hospital psiquiátrico, considerando os novos modelos de atenção à saúde com enfoque na comunidade. Ainda, a graduação deve possibilitar o pensamento teórico, permitindo a compreensão das “novas” demandas no modelo picossocial e formação de enfermeiros que apresentem uma identidade profissional (RODRIGUES; SCHNEIDER, 1999; MONTEIRO, 2006; TAVARES, 2006; CALGARO; SOUZA, 2009; DIAS; ARANHA E SILVA, 2010; SOARES *et al.*, 2011)

Com relação à área de enfermagem Saúde Mental/ psiquiátrica, têm-se discutido abertamente o descompasso entre o ensino e a prática da enfermagem. Deste modo, Lucchese (2007) atenta para o desajuste entre a PNSM e o cuidado de

enfermagem. Este cenário é um dos fatores que colabora para a formação de profissionais acríticos e pouco atuantes politicamente no contexto de Reforma Psiquiátrica.

Assim, a qualificação deve ocorrer no sentido de promover assistência não centrada na doença, nem ante os seus conflitos e dificuldades, mas no desenvolvimento de ação abrangente para com os usuários considerando que estas doenças são causadas por fatores biológicos, psicológicos, sociais e econômicos (FORNAZIER; SIQUEIRA, 2006).

Percebe-se, então, uma compreensão heterogênea do que é atividade própria da enfermagem e a necessidade de identificar e refletir sobre o trabalho em enfermagem, buscando destacar o papel do enfermeiro na assistência ao portador de transtorno mental. Assim, a formação específica favorece ao enfermeiro que pode considerar-se parte integrante e efetiva da equipe.

Considerando a evolução de paradigmas e práticas terapêuticas em saúde mental, é possível refletir que muitas ações podem não superar os resquícios medicalocêntricos e muito menos promover a ressocialização psicossocial do cliente com transtorno mental, embora seja eficiente no atendimento em estado de crise (VILELA; MORAES, 2008). O incentivo à capacitação dos técnicos em saúde mental assume uma posição estratégica que se volta ao desafio da consolidação da reforma psiquiátrica.

Almeida e Ferraz (2007) afirmam que na formação em enfermagem, mantêm-se os desequilíbrios regionais, o que aponta para a necessidade de formulação de estratégias específicas visando à criação de parâmetros norteadores para a expansão de cursos de enfermagem.

A exposição a conteúdos curriculares adequados sobre Saúde Mental e prática clínica supervisionada torna mais provável que os estudantes de enfermagem irão desenvolver atitudes positivas para a Saúde Mental e às pessoas com transtornos mentais (WHO, 2007). A aproximação do aluno com os serviços sensibiliza o futuro enfermeiro para a abrangência da rede social que permeia o cuidado do usuário em sofrimento psíquico

A integração dos alunos de enfermagem em serviços de saúde mental, que dispõem de atualização teórico-prática, com os profissionais que já atuam nos serviços possibilita a troca de conhecimentos e experiências que possibilitam maiores conhecimentos teóricos e melhores competências práticas. Ressalta-se,

igualmente, o caráter relacional que permeia o acompanhamento terapêutico nos serviços substitutivos (SOARES *et al.*, 2010).

O ingresso discente nos serviços extra-hospitalares, em especial, traduz a inserção em espaços que coadunam as finalidades assistenciais e humanísticas, possibilitando ao aluno compreender o portador de transtorno mental como um sujeito capaz de circular autonomamente pelos diversos espaços sociais, em um processo contínuo de laços afetivos e contratuais (SOARES *et al.*, 2010, p.50).

Estudo de Teixeira Júnior, Kantorski e Olschowsky (2009) destaca que os usuários percebem a inserção dos estagiários de enfermagem nos serviços de saúde mantel de maneira muito positiva, porque caracteriza um espaço de trocas e aprendizados mútuo. Os autores destacam que a Universidade inserida nos serviços é um importante espaço para o desenvolvimento de novas tecnologias.

A presença de estágios nos serviços de saúde mental pode incentivar e estimular os profissionais atuantes. Por outro lado, a assistência desqualificada no campo da saúde mental faz com que os futuros profissionais da área tenham um grande desinteresse por este campo de atuação.

Então, vale focar os enfermeiros que passaram por processo de formação e que atualmente atuam nos serviços. É grande a necessidade de se desencadear processos de capacitação desses trabalhadores de enfermagem, já que o trabalho de enfermagem pode ser entendido como fundamental para a melhoria da performance e da atenção prestada pelos serviços de saúde (TAVARES, 2006).

Silva (2010) ressalta a importância da inclusão do enfermeiro nos programas de recuperação/reabilitação dos dependentes químicos e argumenta que um profissional capacitado para este tipo de atendimento pode atuar como agente facilitador da inclusão social. Haja vista que ocorre uma intervenção oportuna e favorável às demandas do indivíduo e família.

Ainda, acredita-se que a Sistematização da Assistência (SAE), por meio do processo de enfermagem, pode ser um instrumento capaz de proporcionar uma maior autonomia para o enfermeiro, favorecer o registro das ações, além de promover uma aproximação do enfermeiro com usuário e a equipe multiprofissional (NASCIMENTO *et al.*, 2008). Tal instrumentalização dos profissionais poderá resultar na limitação do número de reinternações ao atender de forma integral os usuários, visto que a SAE permite atender as necessidades individuais e coletivas de

cada indivíduo de forma sistematizada. Sendo assim, será possível concretizar as recomendações do atual paradigma assistencial em Saúde Mental.

Vale destacar que o uso da SAE como ferramenta de gestão da assistência possibilita organizar as condições para que o Processo de Enfermagem seja executado de modo sistemático e deliberado, não somente “evidenciando a participação da Enfermagem na atenção à saúde da população, mas também, contribuindo para a visibilidade e o reconhecimento profissional” (GARCIA; NÓBREGA, 2009, p.233).

4 – MATERIAL E MÉTODO

4.1 – Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória. De acordo com Andrade (2003), na pesquisa descritiva, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem que o pesquisador interfira neles. Dessa forma, os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador.

A pesquisa exploratória visa proporcionar maiores informações sobre determinado assunto, facilitar a delimitação de um tema de trabalho, definir os objetivos ou formular as hipóteses de uma pesquisa ou descobrir novo tipo de enfoque. Pode ser considerada um trabalho preliminar ou preparatório para outro tipo de pesquisa (ANDRADE, 2003).

Para Minayo e Sanches (1993), a pesquisa objetiva trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, devendo ser utilizada para abarcar grandes aglomerados de dados e de conjuntos demográficos.

Estudos qualitativos elaboram, a partir de pressupostos teóricos sobre as impressões da vivência, o escopo da pesquisa, isto é, as experiências de pessoas são organizadas de forma que seja possível analisar e interpretar determinados segmentos do real. Para tanto, a metodologia qualitativa é o caminho ideal para penetrar e compreender o significado e a intencionalidade das falas, vivências, valores, percepções, desejos, necessidades e atitudes (MINAYO, 2000).

4.2 – Local e Período

O Estado de Goiás situa-se a leste da Região Centro-Oeste, no Planalto Central brasileiro. O seu território é de 340.086,698 km², sendo delimitado pelos estados de Tocantins (norte), Bahia (nordeste), Mato Grosso (oeste), Mato Grosso do Sul (sudoeste), Minas Gerais (leste e sul) e pelo Distrito Federal. Tem por capital a cidade de Goiânia.

Goiás é o estado mais populoso do Centro-Oeste brasileiro, possui 246 municípios divididos em 5 mesorregiões: Centro, Leste, Noroeste, Norte e Sul Goiano, como ilustra a Figura 1. A população do Estado está estimada em 6.004.045 pessoas.

O presente estudo foi realizado em todos os municípios do interior do Estado de Goiás que possuem serviços públicos de Saúde Mental, implantados e habilitados pela Secretaria Estadual de Saúde há mais de um ano, totalizando 19 municípios e 22 serviços. Foi considerando como período de referência o mês de dezembro de 2010 (Quadro 1).

Quadro 1. Municípios do interior goiano e seus respectivos serviços de atenção em Saúde Mental contemplados pela pesquisa. Goiânia, 2011.

Município	Tipo de Serviço
Região Norte de Goiás	
Niquelândia Porangatú	CAPS I – Niquelândia CAPS I
Região Noroeste de Goiás	
Aragarças Goiás	CAPS I CAPS I
Região Leste de Goiás	
Águas Lindas Formosa Padre Bernardo	CAPS II – Reviver CAPS II CAPS I – Bem Viver
Região Central de Goiás	
Anápolis	CAPS II – Vidativa CAPS AD – Viver CAPS i – Crescer
Aparecida de Goiânia Trindade	CAPS II – Bem-me-quer CAPS II – Coração de mãe CAPS AD
Região Sul de Goiás	
Catalão Caldas Novas Itumbiara Jataí Luziânia Mineiros Palmelo Quirinópolis Rio Verde	CAPS I – José Evangelista da Rocha CAPS II CAPS I – CISME CAPS II – Núcleo de Saúde Mental CAPS II CAPS I – Mineiros CAPS I – Eurípedes Barsanulfo CAPS I – Quirinópolis CAPS II

Fonte: SES-GO/Dezembro/2010

Os municípios de referência para a investigação estão ilustrados pela Figura 1, exceto o município de Goiânia, uma vez que estudo anterior mapeou a assistência em saúde mental desta localidade, existindo, portanto dados referentes ao ano de 2009 (SILVA, 2010).

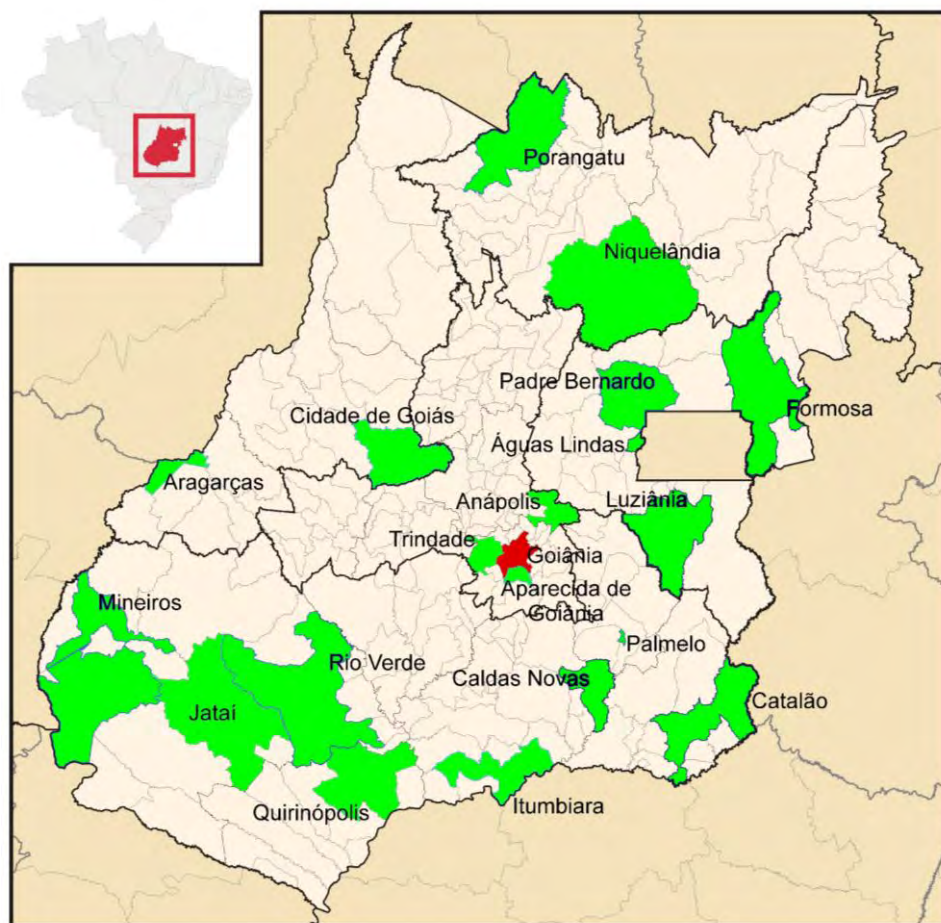


Figura 1. Mapa do Estado de Goiás e os municípios de referência para a pesquisa.

A assistência em Saúde Mental em Goiás é oferecida por meio de serviços privados, públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo, os portadores de transtorno mental são atendidos tanto em hospitais/clínicas quanto em CAPS e ambulatórios.

O interior do Estado de Goiás, local de estudo da presente proposta de investigação, tem uma especificidade por possuir apenas serviços do tipo CAPS. Todos esses serviços pertencem ao SUS e funcionam como referência no atendimento de grande parcela da população no atendimento psiquiátrico do Estado de Goiás.

De acordo com Silva (2010), o município de Goiânia-GO é referência por ser o único município do Estado de Goiás que possui Pronto Socorro Psiquiátrico, Ambulatório de Psiquiatria e Unidades de Geração de Renda (Gerarte).

4.3 – População

Foram sujeitos deste estudo os profissionais que possuem nível superior de escolaridade, assim como os que atuam como coordenadores dos serviços de Saúde Mental pesquisados.

Todos os coordenadores dos serviços foram incluídos no estudo.

Para os profissionais que prestam algum tipo de atendimento nos respectivos serviços foram considerados dois critérios de inclusão: ter nível superior completo e estar em exercício profissional na ocasião da coleta de dados, excluindo conseqüentemente aqueles que estavam em afastamento oficial do serviço, como férias e licença.

Sendo assim, entre coordenadores e profissionais, havia um total de 144 pessoas nos serviços, de acordo com os critérios de inclusão. Destes, 8 estavam de férias ou licença e 17 pessoas não quiseram participar da pesquisa.

Portanto, 119 pessoas participaram da pesquisa. Sendo 100 profissionais de nível superior e 19 coordenadores.

4.4 – Os instrumentos da pesquisa

Os dados foram coletados por meio da utilização de formulários auto-aplicáveis e roteiro para entrevista oral com os coordenadores e os profissionais dos serviços de Saúde Mental (Quadro 2).

Quadro 2. Demonstrativo dos instrumentos de coleta de dados de acordo com os objetivos e fonte de coleta. Goiânia, 2011.

	OBJETIVO DA COLETA DE DADOS	INSTRUMENTO	FONTE
1	Caracterizar o perfil profissiográfico dos profissionais	Formulário auto-aplicável	Profissionais de SM de nível superior
2	Verificar a compreensão dos profissionais de nível superior sobre PNSM	Formulário auto-aplicável	Profissionais de SM de nível superior
3	Caracterizar as ações desenvolvidas pelas diferentes categorias profissionais	Formulário auto-aplicável	Profissionais de SM de nível superior
4	Caracterizar o perfil profissiográfico dos coordenadores	Questionário para o coordenador do CAPS	Coordenadores dos serviços de SM
5	Verificar a compreensão dos coordenadores sobre PNSM	Roteiro para as entrevistas com os gestores	Coordenadores dos serviços de SM
6	Descrever as ações que integram o trabalho dos enfermeiros	Questionário específico para Enfermeiros	Enfermeiros

Para a obtenção dos dados junto aos profissionais que atuam diretamente na atenção em Saúde Mental, utilizamos o instrumento elaborado pela EERP/USP, o qual foi originado do roteiro sugerido pela OPAS no projeto multicêntrico. Este instrumento já foi revisto e feita adequações após a realização de estudos pilotos (FUREGATO *et al.*, 2010).

Trata-se de um formulário auto-aplicável composto por questões abertas e fechadas com respectivas respostas codificadas, objetivando obter o máximo de informações possíveis para a caracterização do perfil dos profissionais de nível superior e suas respectivas ações na rede de serviços de Saúde Mental (ANEXO I).

As questões versam sobre: I) contextualização dos profissionais por meio de informações pessoais, da formação acadêmica, de bases salariais e de carga horária nos serviços; II) ações desenvolvidas pelos profissionais junto as equipes; III) entendimento sobre políticas da Saúde Mental no Brasil e suas repercussões sobre os serviços, estruturação das equipes, além da opinião sobre possíveis falhas na formação de cada categoria profissional.

A coleta de dados com os coordenadores dos serviços foi realizada também por meio de entrevista oral, cujas questões norteadoras visavam entre outras questões, identificar a Política de Saúde Mental vigente no Estado, categorias profissionais que atuam nos serviços e suas práticas (ANEXO II).

Além das questões norteadoras da entrevista que compõem o instrumento do projeto multicêntrico, um questionário foi elaborado para identificar o perfil profissiográfico dos coordenadores e o processo de trabalho nos serviços de saúde mental (APÊNDICE A). Este instrumento foi baseado no que foi utilizado em uma pesquisa de avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (CAPSUL, 2010).

Considerando a necessidade de conhecer a atuação dos enfermeiros nos serviços públicos de Saúde Mental no interior do Estado de Goiás foi elaborado um instrumento também auto-aplicável, com vistas a identificar as atividades que estes profissionais desenvolvem individualmente ou em parceria com outros profissionais nestes serviços (ANEXO III). Este instrumento foi elaborado e utilizado em pesquisa que pretendeu identificar a atuação dos enfermeiros na capital do mesmo Estado (SILVA, 2010)

4.5 – O contato com o campo da pesquisa

Como primeira aproximação, foi realizada uma reunião com os pesquisadores da presente proposta e a Superintendência de Políticas de Ação Integral à Saúde do Estado de Goiás, além da Área Técnica de Saúde Mental deste Estado. Tal reunião objetivou apresentar a idéia central da investigação, o vínculo com outros estudos semelhantes em desenvolvimento no Brasil, seus objetivos e resultados esperados, além de solicitar o apoio da gestão estadual para etapas seguintes, uma vez que era primordial fazer contatos com todos os serviços envolvidos na pesquisa.

Considerando os objetivos da presente investigação nos municípios do interior goiano a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás declarou apoio ao desenvolvimento da pesquisa (ANEXO IV).

Após o projeto ser integralmente aprovado pelo Comitê de Ética de UFG, o contato com os serviços contemplados pela pesquisa e a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás foi facilitado pelo apoio logístico da Área Técnica de Saúde Mental.

A comunicação com todos os Secretários de Saúde dos municípios envolvidos foi feita via ofício encaminhado pela Área Técnica de Saúde Mental, com a finalidade de apresentar os objetivos da presente investigação.

Posteriormente, a pesquisadora contatou os coordenadores dos respectivos serviços, ficando acertado que eles apresentariam a proposta do estudo aos profissionais de saúde, sendo então marcadas as datas para aplicação do instrumento de coleta de dados, em seus locais e horários de trabalho. Para tanto, foi elaborado um folder informativo (APÊNDICE B) com as principais informações do projeto de pesquisa a fim de distribuir aos profissionais, possíveis participantes do estudo.

Em virtude de alternância de governo estadual, no início do ano de 2010, este contato direto com os coordenadores trabalho foi um pouco desacelerado, embora não tenha comprometido o cronograma planejado.

Outros aspectos dificultadores ao fazer os agendamentos nos serviços foram período o de férias de muitos coordenadores, mudança ou renovação dos contratos dos profissionais pelos municípios e a resistência por parte de alguns coordenadores. Estes dois últimos aspectos serão discutidos nos resultados uma

vez que merecem destaque no sistema de atenção em Saúde Mental no Estado de Goiás.

A etapa de agendamento e contato com os serviços foi extremamente importante para entender a relação da Área Técnica de Saúde Mental do Estado de Goiás e os serviços de Saúde Mental nos municípios, visto que passamos muitos dias *in loco* fazendo buscas e contatando os coordenadores dos serviços.

4.6 – A abordagem da população

Realizados os contatos com os coordenadores, a pesquisadora se deslocou até os serviços de Saúde Mental e a coleta de dados foi realizada durante a reunião ordinária de equipe dos profissionais, de forma a garantir um maior número de participantes. O deslocamento foi realizado através de transporte disponibilizado pela SES-GO e, quando isto não foi possível, através de transporte intermunicipal.

Em cada serviço, na data e horário agendados, a pesquisadora realizou uma breve explanação sobre o contexto, os objetivos da pesquisa e seus aspectos éticos para os sujeitos, utilizando um banner como recurso de apresentação. Em alguns locais a orientadora da pesquisa estava presente para acompanhar o processo de coleta de dados.

4.7 – Coleta de dados

Após a apresentação e esclarecimento dos aspectos éticos da pesquisa pela pesquisadora, todos os participantes foram orientados quanto ao preenchimento dos instrumentos.

Todos os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os profissionais de nível superior preencheram os questionários individualmente e, logo após, foi realizada a entrevista com os coordenadores.

As entrevistas com os coordenadores foram realizadas nos próprios serviços em sala reservada, respeitando-se a privacidade, iluminação e recursos materiais necessários para a obtenção dos dados. Todas as entrevistas com os

coordenadores foram gravadas em gravador digital de voz e transcritas para posterior análise.

Após cada coleta, o pesquisador registrou em um diário as impressões e sentimentos que surgiram durante a visita nos serviços.

Foram realizados 24 deslocamentos da pesquisadora até os serviços de Saúde Mental, contabilizando um total de aproximadamente 7.950 km distribuídos em todo o interior do Estado de Goiás onde havia serviços de Saúde Mental públicos habilitados.

4.8 – Análise dos dados

Considerando-se tratar de um estudo descritivo-exploratório a análise dos dados obedeceu aos critérios para investigações desta natureza.

Análise quantitativa

O processo de análise quantitativa dos dados deste estudo obedeceu às orientações do Projeto Multicêntrico, visto que foram consideradas as informações obtidas no instrumento auto-aplicável respondidos pelos sujeitos.

Os dados foram transferidos pela pesquisadora para uma planilha do Microsoft Excel, versão 2003, utilizando a dupla digitação como forma de validação do banco de dados. Desta forma, a planilha foi digitada e redigitada, a fim de corrigir erros.

Assim, para a análise quantitativa foram utilizadas frequências relativas e absolutas a fim de caracterizar os perfis dos profissionais, enfermeiros e coordenadores dos serviços de Saúde Mental.

Todos os dados foram objetos de discussão no conjunto dos resultados e de reflexão com base na literatura sobre o tema.

Análise qualitativa

Os dados sobre a atuação dos profissionais e sobre as políticas de Saúde Mental, obtidos por meio das entrevistas, foram transcritos e submetidos à análise temática de conteúdo conforme propõe Bardin, que tem como foco encontrar

núcleos de sentido na comunicação apresentada pelo material estudado, verificando a sua frequência relacionada com o objetivo do estudo (BARDIN, 2010).

A análise de conteúdo deve ser organizada em três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados.

A fase de pré-análise consiste em organizar os dados a serem analisados e estabelecer contato com eles por meio de uma leitura flutuante. A exploração do material é a fase de efetuar as operações de codificação dos dados. E, na fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativamente validados (BARDIN, 2010).

A análise temática de conteúdo foi realizada com o auxílio do *software* ATLAS.ti 6.2.

O ATLAS.ti consiste em um software de análise de dados qualitativos (*Computer- Assisted Qualitative Data Analysis Software – CAQDAS*). A sigla “Atlas” significa, em alemão, *Archivfuer Technik, Lebenswelt und Alltagssprache* e pode ser traduzida como “arquivo para tecnologia, o mundone a linguagem cotidiana”. Já a sigla “ti” advém de *text interpretation*, ou seja, interpretação de texto (HWANG, 2008).

Este *software* é flexível e seu uso pode ser adaptado para diferentes pesquisas, podendo ser adaptado conforme os dados, objetivos e estratégia da pesquisa. Ele é uma ferramenta usada para analisar textos, vídeos, áudios e imagens numa só interface. Contudo, é melhor aproveitado em pesquisas qualitativas e subjetivas, diferente de outros softwares que são empregados na pesquisa qualitativa, mas que verificam a frequência de palavras e geração de dados quantitativos (WALTER; BACH, 2009)

O emprego do *software* também é vantajoso porque pode agilizar e facilitar o processo de análise, visto que o tempo de análise de um grande banco de dados pode ser otimizado (WALTER; BACH, 2009).

O procedimento de análise temática de conteúdo com a utilização do software ATLAS.ti está ilustrado na Figura 3.

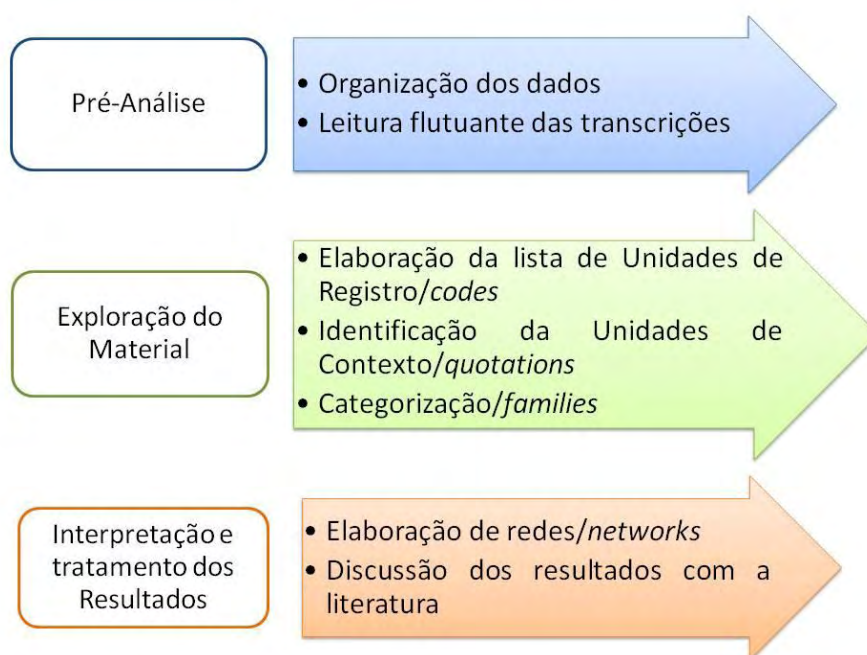


Figura 2. Procedimentos para análise qualitativa segundo Bardin (2010) com a utilização do software ATLAS.ti 6.2.

Desta forma, buscou-se seguir os passos orientados por Bardin (2010) através do *software*, por se entender que este método oferece uma aproximação fiel ao objeto do estudo e, conseqüentemente uma abordagem pertinente dos resultados obtidos na coleta de dados.

Procedeu-se fase de *pré-análise* com a organização e leitura das transcrições das entrevistas (BARDIN, 2010). Os registros foram lidos inúmeras vezes, visando maior reflexão acerca do conteúdo obtido. Esta fase possibilitou a identificação de aspectos referentes ao objeto de pesquisa que os dados coletados traziam.

Para seguir a etapa de *exploração do material*, procurou-se identificar palavras e frases que tivessem maior frequência de citação e que pudessem ser agrupadas por semelhanças de sentido (BARDIN, 2010). Tal processo deu origem às *unidades de registro* que respondiam aos objetivos da pesquisa.

No ATLAS.ti os unidades de registro são os *codes*. A maioria dessas unidades de registro/*codes* recebeu uma descrição que poderia ser identificada por todos os pesquisadores e fossem fáceis de serem localizados na lista. (GILZ, 2007; WALTER; BACH, 2009).

Partiu-se para a codificação das entrevistas que consiste em descobrir as *unidades de contexto* que compõem a comunicação, trecho de falas, relato e cuja

freqüência de aparição pode apresentar alguns significados com o objetivo analítico escolhido. Ou seja, à medida que os núcleos de sentido eram identificados unidade de registro/*code* era atribuída a eles (GILZ, 2007).

As unidades de contexto são as *quotations* no ATLAS.ti. Dessa forma, codificaram-se todas as citações pertinentes ao objetivo da pesquisa.

No decorrer da codificação, sempre que pertinente, criaram-se os comentários para os documentos. Estes comentários se referiam a reflexões alusivas a alguma referência bibliográfica que poderia compor a discussão, significados e síntese de resultados.

Após a codificação procedeu-se à categorização dos dados. As unidades de registro/*codes* foram agrupadas em razão de características comuns destes elementos, com a finalidade de condensar as unidades de contexto/*quotations* cuja aproximação favorece o entendimento (BARDIN, 2010).

As categorias construídas nos ATLAS.ti são as *families* (GILZ, 2007; WALTER; BACH, 2009).

As categorias/*families* foram visualizadas a partir de uma rede (network) de elementos no ATLAS.ti. Estas redes permitem fazer relações entre unidades de registro/*codes* e unidades de contexto/*quotations* que também puderam ser visualizadas num esquema gráfico.

O processo de visualização gráfica foi muito útil e esclarecedor, facilitando o cumprimento da última fase da análise de conteúdo que foi a *interpretação e o tratamento dos resultados obtidos* (BARDIN, 2010).

As categorias foram analisadas e discutidas com base nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e na literatura especializada sobre o tema em bases de dados.

4.9 – Procedimentos Éticos

A presente investigação contempla o ante-projeto “*Caracterização dos Serviços de Saúde Mental do Estado de Goiás*” que foi encaminhado previamente à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás da qual foi obtida anuência para a realização da coleta dos dados junto aos profissionais e gestores da rede especializada.

Vale destacar que o projeto de pesquisa multicêntrico “Papéis e funções dos profissionais dos serviços e políticas de Saúde Mental”, ao qual este estudo integra foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMRP/USP), em Ribeirão Preto, de acordo com o processo HCRP 13282/2005.

Para atender as recomendações do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* – Mestrado e Doutorado da FEN/UFG, o projeto foi submetido à análise do Conselho Diretor, da mesma instituição. Após aprovação, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sendo atendidas todas as orientações da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para pesquisa com seres humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996), de acordo com o parecer 303/10 (ANEXO V).

Cada sujeito participante foi devidamente esclarecido e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) em duas vias. Neste o pesquisador se comprometeu em garantir o anonimato ao participante e assumiu o compromisso de total sigilo sobre as informações coletadas se dispondo a obedecer a resolução da CONEP referida e seus complementares. Houve o compromisso de utilizar os dados somente para fins previstos no protocolo e publicar os resultados no meio científico sejam eles favoráveis ou não.

5– RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa estão apresentados na modalidade de artigos científicos.

5.1 – Artigo 1.: Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental: uma revisão da literatura

Autores: Nathália dos Santos Silva, Juliana Macedo Melo, Elizabeth Esperidião

Revista: Revista Mineira de Enfermagem - REME

Situação: Publicado

5.2 – Artigo 2.: Perfil profissográfico de profissionais que atuam em serviços de Saúde Mental públicos

Autores: Nathália dos Santos Silva, Elizabeth Esperidião, Kelly Kan Carvalho da Silva, Adrielle Cristina Silva Souza, Ana Caroline Gonçalves Cavalcante

Revista: Revista Enfermagem UERJ

Situação: Encaminhado

5.3 – Artigo 3.: A inserção dos enfermeiros em serviços de Saúde Mental públicos: perfil e atuação profissional

Autores: Nathália dos Santos Silva, Elizabeth Esperidião, Ana Lucia Queiroz Bezerra, Ana Caroline Gonçalves Cavalcante, Kelly Kan Carvalho da Silva, Adrielle Cristina Silva Souza

Revista: Revista Latino-Americana de Enfermagem

Situação: Em análise

5.4 – Artigo 4.: Percepção dos enfermeiros sobre os aspectos facilitadores e dificultadores da sua prática nos serviços de Saúde Mental

Autores: Nathália dos Santos Silva, Elizabeth Esperidião, Ana Caroline Gonçalves Cavalcante, Adrielle Cristina Silva Souza, Kelly Kan Carvalho da Silva

Revista: Revista Brasileira de Enfermagem

Situação: Encaminhado

5.5 – Artigo 5.: Compreensão dos coordenadores acerca da Política Nacional De Saúde Mental

Autores: Nathália dos Santos Silva, Elizabeth Esperidião, Adrielle Cristina Silva Souza, Ana Caroline Gonçalves Cavalcante, Kelly Kan Carvalho da Silva

Revista: Revista da Escola de Enfermagem da USP

Situação: Encaminhado

5.6 – Artigo 6.: Desafios para a efetivação da Política Nacional de Saúde Mental sob a ótica de coordenadores

Autores: Nathália dos Santos Silva, Elizabeth Esperidião, Adrielle Cristina Silva Souza, Ana Caroline Gonçalves Cavalcante, Kelly Kan Carvalho da Silva

Revista: Cadernos de Saúde Coletiva

Situação: Encaminhado

5.7 – Artigo 7.: Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de Saúde Mental

Autores: Nathália dos Santos Silva, Elizabeth Esperidião, Ana Caroline Gonçalves Cavalcante, Adrielle Cristina Silva Souza, Kelly Kan Carvalho da Silva

Revista: Texto e Contexto Enfermagem

Situação: Encaminhado

5.1 – Artigo 1

Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental: uma revisão de literatura

Nathália dos Santos Silva, Juliana Macedo Melo, Elizabeth Esperidião

Categoria do artigo: **Revisão Teórica**

Resumo: A necessidade de um processo de avaliação tornou-se fundamental tanto para superar modelos tradicionais, quanto para o controle e participação da sociedade civil, apesar da história recente dos modelos substitutivos dos serviços de saúde mental no Brasil, na tentativa de garantir a qualidade da assistência bem como de alcançar as metas do movimento da Reforma Psiquiátrica. O objetivo deste trabalho foi identificar as contribuições das pesquisas brasileiras sobre a avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil. A metodologia consistiu em uma pesquisa bibliográfica, realizada no período de abril a junho de 2010, na Biblioteca Virtual de Saúde. Resultados: verificou-se alta prevalência de pesquisas realizadas nas regiões Sudeste e Sul do Brasil e um maior número referente aos anos 2009 e 2008. A maioria dos artigos analisados corresponde ao enfoque no processo dos serviços de saúde mental e nas avaliações dos serviços são relatadas questões referentes à inadequação de área física, grande demanda de usuários, falta de recursos humanos, materiais e financeiros, e necessidade de formação e capacitação de profissionais para atuarem na saúde mental. Concluiu-se que a institucionalização da avaliação é emergente e foi possível perceber uma inquietação dos pesquisadores brasileiros em instituir processos avaliativos nos serviços no tocante da assistência em saúde mental.

Palavras-chave: Serviços de Saúde, Saúde Mental, Avaliação em Saúde

Assessment services mental health care: a literature review

Abstract: The need for evaluation process has become crucial both to overcome traditional models, as for control and participation of civil society, despite the recent history of the replacement models of mental health services in Brazil, in an attempt to ensure the quality of care as well as reaching the goals of the Psychiatric Reform movement. The objective was to identify the contributions of the Brazilian research on the evaluation of mental health services in Brazil. The methodology involved a literature review, held in the period April to June 2010, the Virtual Library of Health Findings: A high prevalence surveys conducted in southeastern and southern Brazil, and larger numbers for the years 2009 and 2008. Most of the articles analyzed corresponds to the approach in the process of mental health services and evaluations of services are reported issues concerning the inadequacy of a physical, demanding users, lack of human, material and financial resources, and need for training of professionals to work in mental health. It was concluded that the institutionalization of evaluation is emerging and it was possible to perceive a

concern among Brazilian researchers to establish evaluation processes in services in terms of mental health care.

Key words: Health Evaluation, Mental Health, Health Services.

Evaluación de los servicios de atención de salud mental: una revisión de la literatura

Resumem: La necesidad de un proceso de evaluación se ha convertido en cruciales no sólo para superar los modelos tradicionales, como en el control y la participación de la sociedad civil, a pesar de la historia reciente de los modelos de sustitución de los servicios de salud mental en Brasil, en un intento de garantizar la calidad de la atención y alcanzar los objetivos del movimiento de la Reforma Psiquiátrica. El objetivo fue identificar las contribuciones de la investigación brasileña sobre la evaluación de los servicios de salud mental en Brasil. La metodología consistió en una revisión de la literatura, que tuvo lugar en el período abril-junio 2010, la Biblioteca Virtual de Salud Resultados: Una alta prevalencia de las encuestas realizadas en el sureste y el sur de Brasil, y un mayor número de los años 2009 y 2008. La mayoría de los artículos analizados se corresponde con el enfoque en el proceso de servicios de salud mental y las evaluaciones de los servicios se presentan las cuestiones relativas a la insuficiencia de un examen físico, los usuarios exigentes, la falta de recursos humanos, materiales y financieros, y la necesidad de formación de profesionales para trabajar en salud mental. Se concluye que la institucionalización de la evaluación es muy reciente y era posible percibir una preocupación de los investigadores brasileños para establecer procesos de evaluación de los servicios en términos de atención de salud mental.

Palabras clave: Evaluación en Salud, Salud Mental, Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua Saúde Mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as próprias habilidades, pode lidar com os estresses normais da vida, é capaz de trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade. Portanto, Saúde Mental é mais do que ausência de doença mental”¹.

O termo saúde mental, de acordo com Montanari, é utilizado para designar o conjunto de planejamento e ações voltadas para atuar junto aos portadores de transtornos psiquiátricos e seus familiares. Nesta concepção, o termo compreende o tratamento especializado, o fornecimento de medicamentos específicos, o treinamento de pessoal, estruturação de formas alternativas ao manicômio².

Os transtornos mentais e comportamentais atingem cerca de 450 milhões de pessoas no mundo, submetendo-as a riscos de serem vítimas de violação de direitos humanos, isolamento e exclusão social, baixa qualidade de vida além de elevados custos econômicos e sociais ¹.

No Brasil, a trajetória da assistência em saúde mental está vinculada à internação dos pacientes em manicômios, num processo de exclusão e alienação ². No entanto, a assistência em saúde mental brasileira vem passando, desde o final da década de 60, por um movimento de reestruturação dos saberes e suas práticas que culminaram, na década de 70, na Reforma Psiquiátrica. Esta reforma contou com a participação de diversos setores da sociedade e objetivou questionar o modelo de assistência em saúde mental vigente e propor estratégias para sua transformação ³.

A Reforma Psiquiátrica pretende uma ampla mudança do atendimento em Saúde Mental ao garantir o acesso da população aos serviços e o respeito aos direitos e liberdade dos portadores de transtorno mental. Traz na sua essência a mudança do modelo de tratamento de isolamento para o convívio com a família e a comunidade ⁴.

Neste sentido a OMS afirma que uma legislação se configura um instrumento importante para garantir a atenção e o tratamento adequados e apropriados, a proteção dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais e a promoção da saúde mental das populações ¹. Interessante destacar que este processo de reforma no Brasil, hoje, é amparado pela Lei No 10.216, de 6 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental ⁵.

Para alcançar a melhoria no atendimento ao usuário dos serviços de saúde mental são sugeridas modificações de orientações assistenciais. Desta maneira, os projetos atuais no Brasil visam atender aos sujeitos portadores de transtornos mentais, priorizando e estimulando a criação de rede de serviços substitutivos ao hospital, que se constituem de uma rede de serviços de atenção à saúde mental. A rede é constituída tanto pela atenção básica em saúde, quanto pelos serviços especializados em saúde mental ⁴.

A reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica acontece ao mesmo tempo em que uma rede de atenção aberta e inserida na comunidade se expande. A Política Nacional de Saúde Mental, vigente no Brasil, objetiva reduzir

progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, expandindo, qualificando e fortalecendo a rede extra-hospitalar através da implementação dos serviços substitutivos como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência e através de inclusão de beneficiários no Programa de Volta para Casa ⁴.

Segundo o Ministério da Saúde, um dos principais avanços na área tem sido o aumento regular e progressivo, nos últimos anos, especialmente a partir de 2002/2003, da cobertura assistencial em saúde mental. Os dados apresentados retratam um aumento dos serviços substitutivos, uma franca superação do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, com a significativa redução de leitos psiquiátricos nos últimos anos, além da mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos. Ainda, os recursos financeiros da esfera federal passaram progressiva e significativamente das ações hospitalares para as ações extra-hospitalares ⁶.

No Brasil, entretanto, não é possível identificar pesquisas que caracterizem os serviços de saúde Mental de uma forma ampla em todas as regiões brasileiras.

Estudo da OMS ATLAS, em 2001, mostra de forma abrangente e sistemática a situação da assistência em Saúde Mental em todo o mundo. Os países que participaram do estudo, também, estão sofrendo de falta de informação sobre a Saúde Mental, visto que mais de 27% deles não têm um sistema de recolha e comunicação dos indicadores de Saúde Mental. Para muitos outros, o sistema de informação é extremamente limitado com relação à confiabilidade e alcance da real situação em que se encontram, dificultando o desenvolvimento de políticas de Saúde Mental. Outro agravante é que, em todo o mundo, inúmeros profissionais de saúde não têm acesso ao menos as informações mais básicas sobre como detectar e tratar transtornos mentais, comprometendo o tratamento de quem precisa para acompanhar o processo da sua execução e avaliar as alterações pretendidas ¹.

Ante o exposto surge a necessidade de avaliar a qualidade da assistência oferecida pelos serviços de Saúde Mental nos diversos países. Considerando que a avaliação é um processo extremamente importante para a obtenção de informações que possibilitem entender e explicar determinadas situações acerca do serviço e da assistência em saúde. Tais informações são imprescindíveis ao possibilitar a tomada de decisões acertadas e resolutivas a fim de melhorar as condições de trabalho dos profissionais e o nível de saúde dos usuários dos serviços de saúde mental.

No entanto, existem alguns impasses para avaliar serviços de saúde mental no Brasil. Estes impasses estão relacionados à falta de conformação da avaliação de programas e projetos como parte da administração pública, à ausência de um modelo teórico de avaliação que defina e preconize a forma de funcionamento dos programas e serviços públicos de saúde e ainda, à inexistência de indicadores capazes de quantificar e ou qualificar os programas serviços de saúde mental ⁷.

Essas discussões vêm de encontro com a sugestão da OMS no que tange as considerações sobre os programas e serviços de Saúde Mental para que estes sejam avaliados e monitorados internacionalmente, na tentativa de alcançar a qualidade da assistência garantir o tratamento que milhões de pessoas acometidas por transtornos mentais, em todo o mundo, merecem e necessitam ¹.

Apesar da história recente dos modelos substitutivos dos serviços de saúde mental, a necessidade de um processo de avaliação tornou-se fundamental tanto para superar modelos tradicionais, quanto para o controle e participação da sociedade civil ⁷.

Em saúde, o autor que mais se aproxima de uma proposta de avaliação dos serviços é Avedis Donabedian, que vem publicando uma série de importantes trabalhos para a literatura médica nos últimos 20 anos sobre avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Para ele, seriam três os enfoques possíveis para um processo de avaliação, que são: estrutura, processos e resultados. Estrutura corresponde às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde: refere-se aos objetivos, recursos físicos, humanos (número e qualificação), materiais (como instalações e equipamentos), financeiros e organizacional. Quando se trata de processo, objetiva-se analisar todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, na condução dos cuidados e na interação com os pacientes. Por fim, o resultado volta-se ao estudo dos efeitos e conseqüências das intervenções, utilizando taxas, indicadores, parâmetros de saúde e de satisfação da clientela ⁸.

O Ministério da Saúde tem proposto avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/ Psiquiatria). Também foi criado o Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial (AVALIAR CAPS) que tem como objetivos o levantamento de informação sobre estes serviços, possibilitando a caracterização

dos CAPS, o acompanhamento, à estimativa de qualidade da assistência prestada e a proposição de indicadores ⁴.

Avaliar a assistência dos serviços de saúde mental torna-se relevante, pois, contribuirá para que os profissionais de saúde juntamente com os órgãos competentes desenvolvam ações especializadas de atendimento aos usuários dos serviços de saúde mental, e lhes dará condições mais humanizadas e eficazes de trabalho, visando à qualidade e eficiência da assistência. Contribuirá, também, para o desenvolvimento de novas pesquisas na área de saúde, visto que há um vazio percebido na literatura específica do Brasil referente à avaliação dos serviços de saúde mental. Poderá ainda proporcionar maior adequação na assistência da saúde em enfermagem aos usuários destes serviços, tendo em vista o sujeito em seu contexto psicológico, social, cultural, familiar, espiritual, biológico e político.

Desta forma, levando em consideração a legislação que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 ⁵, considerando, também que a avaliação dos serviços de saúde é de competência e ferramenta para gestão pública e de enfermagem e ainda a existência de um único trabalho de revisão bibliográfica sobre avaliação em serviços de saúde mental realizada também no ano de 2001 ⁷, o objetivo deste trabalho foi identificar nas publicações brasileiras os diferentes objetos de avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil, por meio da revisão integrativa da literatura.

METODOLOGIA

Estudo de natureza bibliográfica, do tipo revisão integrativa de literatura, que permite reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada ⁹.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2010, utilizando os descritores: saúde mental, serviços de saúde mental, assistência em saúde mental, avaliação em saúde e avaliação de serviços de saúde. Os periódicos incluídos no banco de dados obedeceram aos seguintes critérios de inclusão para este estudo: – indexados em base de dados, com publicação regular e periódica de circulação nacional. Optou-se por acessar a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) disponível em <http://regional.bvsalud.org/php/index.php> na qual foram acessadas as bases de dados LILACS, BDENF, MEDLINE e SciELO.

Os critérios de seleção ⁹ dos artigos foram: referirem-se a publicações de circulação nacional, período compreendido entre 2001, ano da publicação da legislação que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e 2009. Idioma português, inglês ou espanhol, disponibilidade de resumos para identificação e artigos na íntegra, ou dispostos do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), para a fase de análise propriamente dita.

Os artigos de circulação nacional que tratavam de estudos de ou em serviços estrangeiros foram excluídos.

Os artigos foram selecionados após uma leitura prévia dos resumos, que era a primeira forma de inclusão. Assim, aqueles que indicavam em seu conteúdo o assunto “avaliação de serviços de saúde mental” eram compilados para uma leitura na íntegra comprovando a presença (ou não) do assunto determinado. Desta forma, foram identificados 18 artigos e as informações extraídas de cada artigo foram organizadas através de um protocolo elaborado pelas autoras. Os artigos incluídos no estudo estão destacados no Quadro 1.

Quadro 1. Relação dos artigos que indicavam em seu conteúdo o assunto “avaliação de serviços de saúde mental”. Período 2001 a 2009. Goiânia – GO.

Autores	Título do artigo	Objetivo	Periódico	Ano
Wetzel C, Kantorski LP.	Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica	Discutir a avaliação de serviços no campo da saúde mental, atrelando-a à proposta de reformulação do modelo assistencial, realizando um reflexão crítica.	Texto & Contexto Enfermagem	2004
Onocko-Campos RT, Furtado JP	Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde	Apresentar uma discussão preliminar sobre as ferramentas metodológicas para pesquisa qualitativa sobre a rede CAPS.	Cadernos de Saúde Pública	2006
Heckert U, Teixeira LS, Trindade AS	Avaliação da satisfação dos usuários do Centro Regional de Referência em Saúde Mental (CRRESAM) da região central de Juiz de Fora, MG	Avaliar o grau de satisfação dos usuários do CRRESAM, que atende à clientela da região central da cidade de Juiz de Fora (Estado de Minas Gerais, Brasil).	HU Revista	2006
Furtado JP	Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS	Identificar e discutir questões determinantes do descompasso entre clientela potencial e oferta das Residências Terapêuticas nos diferentes municípios do País.	Ciência & Saúde Coletiva	2006
Rebouças D, Abelha L, Legay LF	Satisfação com o trabalho e impacto causado nos	Analisar o nível de satisfação no emprego e o impacto causado nos profissionais de um serviço de saúde	Revista de Saúde Pública	2007

	profissionais de serviço de saúde mental	mental e possíveis associações com variáveis sociodemográficas e funcionais.		
Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM	A saúde mental no Programa de Saúde da Família	Identificar a formação e as ações do enfermeiro em Saúde Mental (SM), no PSF.	Revista Brasileira de Enfermagem	2007
Furtado JP, Onocko-Campos, R	Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental	Apresentar considerações sobre pesquisa avaliativa qualitativa e participativa com base em investigação desta natureza .	Cadernos de Saúde Pública	2008
Miranda L, Onocko-Campos, RT	Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial	Analisar como os usuários, familiares e trabalhadores de CAPS avaliam o trabalho da equipe e dos profissionais de referência nesses serviços.	Revista de Saúde Pública	2008
Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR	Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária	Identificar as condições da assistência à saúde mental realizada nas equipes de saúde da família; descrever a dinâmica assistencial da equipe de saúde da família nas situações de sofrimento Mental e analisar as práticas de saúde dos trabalhadores de saúde das equipes de saúde da família na abordagem aos portadores de transtornos mentais.	Cadernos de Saúde Pública	2008
Nascimento AF, Galvanese TC	Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP	Descrever a estrutura física, recursos humanos e modalidades de atenção existentes CAPS.	Revista de Saúde Pública	2009
Olschowsky A, Glanzner CH, Mielke FB, Kantorski LP, Wetze C	Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu	Avaliar a ambiência enquanto espaço de conforto e subjetividade de um CAPS II.	Revista da escola de enfermagem USP	2009
Schmidt MB, Figueiredo AC	Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da dinâmica em saúde mental	Apontar eixos de avaliação a ser aplicados na análise e organização da clínica nos CAPS e propor os eixos de acesso, acolhimento e acompanhamento para a análise da assistência e para a qualificação dos serviços.	Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental	2009
Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A	Avaliação de um serviço substitutivo em saúde mental	Avaliar o processo de trabalho de um CAPS II de um município da região sul do Brasil, a partir dos pressupostos de Donabedian.	Cogitare Enfermagem	2009
Silva MT, Lancman S	Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental	Analisar a organização do trabalho em CAPS a partir da lógica da área de gestão de serviços.	Revista de Saúde Pública	2009
Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS	O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais	Conhecer o entendimento dos profissionais de um serviço substitutivo sobre o cuidado em saúde mental prestado neste espaço.	Ciência & Saúde Coletiva	2009
Rebouças D, Abelha L, Legay LF, Lovisi GM.	O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto	Avaliar o nível de satisfação e o impacto que este produz sobre a saúde e o bem-estar de profissionais lotados em serviços de saúde mental de uma área programática da cidade do Rio de Janeiro.	Cadernos de Saúde Pública	2009

Kantorski LP, Wetzel C, Olschowsky A, Jardim VMR, Bielemann VLM, Schneider JF.	Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental	Relatar o percurso teórico-metodológico da avaliação dos CAPS da região sul do Brasil, desenvolvida a partir da Avaliação de Quarta Geração.	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	2009
Bandeira M, Calzavara MGP, Costa CS, Cesari L	Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento	Realizar a adaptação transcultural para o Brasil da escala canadense Questionnaire of Perceived Change, obtendo-se a Escala de Mudança Percebida (EMP), em duas versões: a dos pacientes e a dos familiares.	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	2009

Após a leitura das publicações, um banco de dados foi formado destacando as idéias principais. Procedeu-se a análise dos artigos a fim de caracterizá-los, seguida da análise crítica e discussão dos resultados encontrados em cada texto, permitindo a elaboração das considerações sobre o tema.

RESULTADOS

Dos resultados encontrados verificou-se alta prevalência de pesquisas realizadas sobre avaliação dos serviços de Saúde Mental das regiões Sudeste e Sul do Brasil, correspondendo a 47,37% e 21,05%, respectivamente, dos artigos analisados; seguido de 10,53% de artigos sobre avaliação dos serviços de saúde mental na região Nordeste e 5,26% na região Centro-Oeste. Não foram encontradas publicações sobre avaliação dos serviços de saúde mental na região Norte. Por outro lado, foram encontrados três artigos que retratam a avaliação dos serviços em âmbito nacional, correspondendo a 15,79% dos artigos analisados.

Em relação ao ano das publicações dos artigos sobre a avaliação dos serviços de saúde mental, constatou-se um maior número referente aos anos 2008 e 2009, com 21,05% e 47,37% respectivamente, dos artigos analisados, seguido de 15,79% de artigos publicados no ano 2006, 10,53% no ano 2007 e uma única publicação em 2004 (5,26%). Quanto à natureza do estudo, 47,37% dos artigos analisados são pesquisas qualitativas e 42,10%, pesquisas quantitativas.

Segundo a proposta de avaliação da qualidade dos serviços de Donabedian, 63,15% dos artigos analisados corresponde ao enfoque no processo dos serviços de saúde mental, destacando avaliação dos serviços prestados nos Programas de Saúde de Família (PSF), nos CAPS e outros serviços substitutivos em Saúde Mental.

Os serviços pesquisados em sua maioria foram os CAPS, correspondendo a 63,15% dos artigos analisados e também foram observadas pesquisas sobre a avaliação dos serviços em saúde mental nas residências terapêuticas (5,26%) e nos Programas de Saúde da Família (PSF) (10,53%).

O conteúdo das publicações destacou aspectos relacionados aos avanços nos princípios da reforma psiquiátrica e às necessidades para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental. Estas necessidades estão relacionadas à formação e ou capacitação de profissionais para trabalhar na saúde mental, à adequação dos espaços físicos dos serviços, à participação efetiva de usuários e familiares na assistência e em processos avaliativos e de adequação e ou construção de instrumentos que permitam avaliar os serviços de saúde mental brasileiros.

DISCUSSÃO

A rede de saúde mental é complexa, diversificada, de base territorial e o campo da atenção psicossocial na década de 90 foi gradativamente delineando-se como um espaço repleto de diversidade de linhas e propostas teóricas e de objetivos ⁷. Entretanto, os serviços de saúde enfrentam problemas quanto à capacitação dos trabalhadores, a questões salariais, ao escasso e inadequado investimento do SUS para os serviços substitutivos, ao aumento considerável da demanda em saúde mental e à diminuição dos gastos com internação psiquiátrica ¹⁰.

A análise dos artigos revelou que apesar das dificuldades encontradas no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é possível perceber mudanças na assistência em saúde mental, mesmo que de uma forma lenta. Esta realidade pode ser evidenciada pelo avanço na desinstitucionalização dos pacientes com sofrimento mental através da criação de serviços substitutivos pelo governo brasileiro. Este modo de atenção é centrado no usuário, sendo este protagonista do tratamento, possibilitando sua liberdade durante o tratamento e reinserção social dos mesmos ⁴.

Quando se analisa a realidade da área Saúde Mental é possível perceber dificuldades para concretizar as metas de desinstitucionalização propostas pelo novo modelo assistencial no Brasil. As dificuldades encontram-se na redução desta proposta a um processo de desospitalização sem a real desconstrução do hospital psiquiátrico e o deslocamento completo da atenção em Saúde Mental para serviços substitutivos ¹¹.

Como ocorre em outros aspectos da atenção à saúde, a tarefa de proteger e melhorar a saúde mental é complexa, envolve múltiplas decisões e diferenças sensíveis nos recursos financeiros e humanos disponíveis aos países influem no modo como as questões de Saúde Mental são tratadas. Com efeito, as necessidades manifestadas pelos usuários, familiares e profissionais dos serviços de Saúde Mental, além dos demais trabalhadores da saúde, dependem muito do contexto histórico-cultural da assistência, sendo que as expectativas das pessoas variam consideravelmente de país para país ¹².

Atualmente, vivencia-se, no Brasil, um período próspero em inovações e mudanças devido a alguns avanços conquistados na assistência em saúde mental. Por outro lado esse processo não pode ser refletido como simples modificações de estruturas físicas, mas sim a reelaboração de concepções, de dispositivos sob uma ótica mais comprometida com os interesses daqueles a quem se presta assistência ¹³.

Dentre as dificuldades percebidas na reelaboração de concepções sobre a assistência em saúde mental, destaca-se a crescente necessidade de investimento em formação de recursos humanos especializados na área e em número suficiente para cada serviço de acordo com as necessidades e demanda de cada local, garantindo assim qualidade do serviço prestado, a reabilitação do paciente e melhor satisfação dos diversos atores envolvidos com a saúde mental ^{1, 11, 14, 15}.

No entanto, é possível perceber que uma mudança de paradigma paulatina e que os profissionais já entendem o processo saúde-doença mental como um ato complexo que deve envolver empatia, conhecimento e sensibilidade por parte do cuidador, além de compreender a importância da inclusão dos familiares na terapêutica, descaracterizando algo fragmentado com até então estão. Sobre este aspecto é possível apreender a articulação entre a equipe de saúde, usuário e familiares como central no cuidado em saúde mental, no sentido de co-responsabilização, podendo promover mudança na evolução do adoecimento ¹⁶.

Nas publicações incluídas na revisão foi possível identificar aspectos relacionados à estrutura dos serviços de saúde mental. Percebendo-se uma diversidade relacionada à organização, funcionamento e instalações físicas, além de equipes heterogêneas e não padronização das atividades realizadas nos serviços. Pode-se realçar fundamental ampliação e adequação da ambiência e da estrutura

física destes serviços, sendo componente importante no processo de trabalho e qualidade nos serviços oferecidos^{14, 16}.

Outro ponto considerado e observado na análise dos artigos foi a necessidade de adequar o tratamento aos usuários além do espaço institucional visto a inexistência de fluxos apropriados para recebimento e encaminhamento adequado dos usuários, dificultando ou inviabilizando o acompanhamento destes pacientes fora da instituição.

Os serviços e as estratégias de promoção da saúde mental e prevenção do transtorno psiquiátrico devem ser coordenados entre si e com outros serviços da rede de saúde, bem como com os serviços de segurança social, a educação, o emprego e a habitação. As ações para a Saúde Mental devem ser monitoradas e analisadas para que as decisões possam ser constantemente ajustadas, respondendo aos desafios que se apresentam¹.

Os artigos apontaram a importância do trabalho interdisciplinar e intersetorial na assistência a saúde mental, no processo e na formação das redes no cuidado aos usuários, uma vez que, a integração dos diversos serviços que prestam atendimento em saúde mental contribuirá para maior adequação e responsabilização pelo atendimento, acompanhamento e resultados dos serviços prestados.

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil tem possibilitado o surgimento de experiências inovadoras e bem-sucedidas oriundas da interação entre saúde mental e atenção básica. Assim se destaca a existência de trabalhos que pretendem avaliar a assistência em saúde mental nas unidades básicas de saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde.

A realização de parcerias entre serviços de saúde é extremamente importante para os cuidados em saúde mental no território e para os processos de reabilitação psicossocial e foi de igual forma enfocada por grande parte dos estudos que compõem esta investigação.

A OMS recomenda ações definidoras do modelo de atenção em saúde mental e ressalta a importância da atenção primária para garantir o tratamento na comunidade¹. No Brasil, a população pode acessar os cuidados primários de promoção, prevenção e tratamento à saúde através do Programa Saúde da Família (PSF)⁶.

Neste tocante, os CAPS são locais privilegiados para articular a relação entre a atenção básica e os serviços de saúde mental ⁶. No entanto, apenas a estruturação de CAPS para atender a saúde mental na perspectiva psicossocial não é suficiente, sendo necessário que os diversos níveis de atenção à saúde formem uma rede que responda as demandas da saúde mental em co-responsabilidade com a comunidade ¹⁷.

No entanto, foi possível apreender que ainda existe uma grande lacuna entre as diretrizes propostas pela política de saúde mental e as práticas concretas e a operacionalização de uma rede de cuidados e o desenvolvimento de ações no espaço social mais amplo tem encontrado impasses ¹⁵. Há, portanto, uma supremacia do modelo biomédico na organização das ações em saúde mental nas unidades básicas de saúde e que elas não são direcionadas de acordo com o que preconiza a OMS, apesar dos frequentes debates sobre os cuidados em saúde mental na atenção básica.

Os artigos selecionados enfatizam que um dos principais limitantes das ações de saúde mental no PSF está no o despreparo dos profissionais para lidar com questões referentes ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência. Ainda, as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família não possibilitam a identificação e descrição da demanda e o envolvimento com a área da saúde mental não é, portanto, sistemático e planejado. Desta forma a assistência é realizada de forma improvisada e tudo é feito informalmente ao se estabelecer um contato com a pessoa em sofrimento psíquico que se apresenta no serviço ¹⁷.

Outras dificuldades que as publicações apontam referem-se à tendência a medicalização dos sintomas e a dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência de forma resolutiva e responsiva. Entretanto é possível perceber que as necessidades de saúde mental já são visíveis para as equipes do PSF, mas ainda não se incorporam como objetos de suas práticas de saúde. Nas equipes de saúde da família são priorizados os recursos tradicionais de tratamento da psiquiatria, como consulta especializada psiquiátrica ou psicológica e medicação, em detrimento da organização do trabalho para o atendimento em grupos ou desenvolvimento de estratégias de atenção ao usuário.

Neste tocante, compreende-se que deve ser dado o enfoque das capacitações em saúde mental para o PSF e que profissionais especializados em

saúde mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutive das equipes, possibilitando assim a assistência em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos. Dadas estas considerações, as noções de vínculo, coresponsabilização e de acolhimento podem contribuir para uma abordagem mais compreensiva dos problemas mentais nos serviços da atenção básica ¹⁵.

A avaliação dos serviços é entendida como um instrumento potencial para a efetivação de práticas e saberes psicossociais, no contexto da mudança de paradigma em saúde mental ^{16, 18, 19}. Isso implica em acompanhar a construção dos serviços para que os princípios da Reforma Psiquiátrica sejam atendidos.

Entretanto, foi possível perceber a dificuldade de se estabelecer indicadores e processos avaliativos sobre a assistência em Saúde Mental no Brasil, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Esta carência pode estar relacionada à baixa produção científica nestas regiões ou mesmo pela pouca utilização ou falta de interesse dos serviços em avaliar a qualidade da assistência ofertada aos usuários.

Devido a importância em se estabelecer processos avaliativos é preciso considerar o desenvolvimento de redes ou grupos de pesquisa que desenvolvam processos avaliativos da assistência nestas regiões, principalmente porque existem grandes diferenças locais, regionais e nacionais entre os diversos serviços da rede de assistência em saúde mental.

No entanto, a pesquisa é erroneamente considerada como uma atividade limitada a países com economias desenvolvidas, enquanto, muitas vezes, os países em desenvolvimento consideram como um luxo inacessível. Segundo a OMS, a cultura da pobreza tem contaminado a cultura de pesquisa ¹.

Outra questão que emergiu dos artigos é a fundamental inclusão dos diferentes atores envolvidos com a saúde mental, usuários, familiares e profissionais do serviço, nos processos avaliativos. Destaca-se a importância da participação ativa dos usuários e seus familiares nos processos de avaliação destes serviços, visto que, estes são os maiores beneficiados e estão diretamente envolvidos no processo de construção e aperfeiçoamento do modelo psicossocial.

A saúde mental é repleta de subjetividade e de relações intersubjetivas, desta forma, o processo avaliativo conta com a participação das pessoas e considera os seus consensos e dissensos, a história, os interesses, as percepções e o compromisso que os envolvidos tem com a proposta dos serviços ¹⁶, assim as

diferenças são incorporadas em benefício da construção e fortalecimento da assistência^{18, 19}.

A inclusão da participação dos usuários e famílias possibilita minimizar eventuais prejuízos que a tomada de decisões unilaterais pode causar ao grupo de interesse. Ainda, as investigações podem ser mais significativas e reais aos diferentes grupos¹⁸.

A avaliação de serviços de saúde mental deve ser, portanto, uma atividade contínua que pretenda identificar aspectos da assistência aos pacientes e promover a melhoria do tratamento oferecido e a qualidade dos serviços¹. Vale ressaltar que o ponto de partida para quaisquer intervenções em saúde é o real conhecimento e o diagnóstico amplo e preciso em que se encontram os serviços e a assistência do SUS.

Além da recomendação de que a avaliação deve ser integrativa, incluindo a participação dos três agentes envolvidos nos serviços, o uso concomitante de medidas objetivas e subjetivas também deve ser considerado, pois as medidas subjetivas estão mais relacionadas com a utilização dos serviços. Sobre isto, os autores destacaram a importância da utilização de pesquisas qualitativas, pois estas consideram a complexidade do objeto¹⁹.

Esta revisão permitiu perceber encontrar certa inquietação por parte dos pesquisadores em criar e adequar instrumentos que possibilitem avaliação da assistência e dos serviços de saúde mental. A utilização de instrumentos de medida que tenham sido submetidos aos procedimentos de adaptação e validação permite aumentar a validade e a confiabilidade dos dados e a comparabilidade dos resultados obtidos por pesquisas realizadas em diferentes serviços e contextos, permitindo assim o acúmulo de conhecimento na área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificamos nas publicações brasileiras, incluídas neste estudo, que a necessidade da institucionalização da avaliação é emergente e faltam investimentos em processos avaliativos dos serviços de assistência em saúde mental pelos pesquisadores brasileiros.

Os Centros de Atenção Psicossocial, os Programas de Saúde de Família, Prontos Socorros e residências terapêuticas foram objetos de avaliação.

Foi possível perceber avanços nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira como a desinstitucionalização, criação de serviços substitutivos e de legislação específica. No entanto, ainda se identifica formas mecanicistas de reprodução do cuidado.

Na avaliação dos serviços, de acordo com os artigos incluídos neste estudo, são relatadas questões referentes à inadequação de área física, à grande demanda de usuários, à falta de recursos humanos, materiais e financeiros. Sobre isto, destacou-se não só a urgente necessidade de formação e capacitação de profissionais para atuarem na saúde mental com responsabilização, mas também a importância da formação de redes no cuidado e da realização do trabalho interdisciplinar.

Metodologicamente, vale enfatizar a importância de utilizar corretamente o Dicionário de Descritores (DeCS), oferecido pela Biblioteca Virtual em Saúde, na medida em que este procedimento viabiliza a busca sistematizada dos artigos em revisões de literatura. No entanto, este procedimento ainda limita a quantidade de artigos relacionados aos descritores e esta pode ter sido uma limitação do estudo.

À medida que os novos artigos forem publicados obedecendo-se aos critérios do DeCS, esta ferramenta se tornará cada vez mais um referencial importante para a pesquisa científica. Desta maneira, destacamos a necessidade dos pesquisadores utilizarem o DeCS como critério na escolha dos unitermos que caracterizam sua produção científica.

Nesse contexto, foi possível, através desta revisão, identificar a necessidade de direcionar a pesquisa para caracterização e avaliação dos serviços brasileiros de saúde mental com vistas a atender às necessidades dos profissionais, usuários e familiares; principalmente nas regiões brasileiras Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Sendo assim, é preciso considerar a criação de redes ou grupos de pesquisa em saúde mental que estabeleçam parcerias entre os pesquisadores para o desenvolvimento de processos avaliativos da assistência nestas regiões, além de fortalecer os demais.

Desta forma, amplia-se a possibilidade de atender às demandas da Política Nacional de Saúde Mental e de se atingir a excelência do atendimento nos serviços em todo o País, na medida em que pesquisas sejam suporte para promoção da inclusão dos usuários e seus familiares, de educação permanente ou da formação acadêmica dos profissionais envolvidos e adequação dos serviços.

Vale destacar que para qualificar a assistência à saúde mental, é imprescindível vincular o conhecimento oriundo de pesquisas à realidade prática.

A avaliação é um processo que permite entender e explicar determinadas situações acerca do serviço e da assistência e auxilia a tomada de decisões por parte da administração pública. Sendo assim, destaca-se a fundamental participação dos usuários, familiares e profissionais tanto na formulação como a avaliação de políticas e serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde. World Health Organization; 2001.
2. Montanari AJ. Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psico-Social em Cataguases – MG. *Revista Mental*. 2005; 3(4):81-112.
3. Amarante P, Torres E. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*. 2001; 25(58):26-34.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental [Internet]. 2010; Acesso em: 2010 maio; Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925.
5. Brasil. Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.: Ministério da Saúde; 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde; 2007.
7. Almeida PF, Escorel S. Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde Debate*. 2001; 25(58):35-47.
8. Donabedian A. Quality assessment an assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, editor1988.
9. Mendes KDS, Pereira SRCC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*. 2008; 17(4):758-64.

10. Dimenstein M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental* [Internet]. 2006 [cited 22 maio 2010]; 4(6): 69-82. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4272006000100007&lng=pt&nrm=iso
11. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc saúde coletiva* 2009; 14(1):195-204.
12. OMS. Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias. Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. WHO; 2005.
13. Silveira LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de Saúde Mental. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13(4):591-5.
14. Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(Supl. 1):8-15.
15. Souza DPS, Takao SM, Paulo AP, Silva GPO. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciênc saúde coletiva*. 2009; 14(Supl. 1):1483-92.
16. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciênc saúde coletiva*. 2009; 14(1):159-64.
17. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(9):2033-42.
18. Furtado JP, Campos RO. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes fatores em uma investigação em saúde mental. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008; 24(11):2671-80.
19. Bandeira M, Calzavara MGP, Costa CS, Cesari L. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. *J Bras Psiquiatr*. 2009; 58(2):107-14.

5.2 – Artigo 2

Perfil profissográfico de profissionais que atuam em serviços de Saúde Mental

Nathália dos Santos Silva, Elizabeth Esperidião, Kelly Kan Carvalho da Silva, Adrielle Cristina Silva Souza, Ana Caroline Gonçalves Cavalcante

Resumo: O objetivo deste trabalho foi caracterizar o perfil profissiográfico dos profissionais de nível superior que atuam nos serviços de Saúde Mental públicos do interior do Estado de Goiás. Pesquisa descritiva, com a participação de 100 profissionais que atuam em 22 serviços do interior do Estado de Goiás. Os resultados revelaram que os profissionais possuem característica multidisciplinar, a maioria é jovem e possui pouca experiência na área de Saúde Mental. Os salários dos profissionais são baixos e poucos possuem especialização na área. Concluiu-se que carecem investimentos em qualificação dos profissionais de nível superior e em melhorias das condições de trabalho.

Descritores: Saúde Mental, Recursos Humanos, Serviços de Saúde Mental

Socioeconomic profile and formation of professionals working in public mental health services

Abstract: The objective of this study was to characterize the socioeconomic profile and formation of professionals working in mental health services in the state of Goiás-Brazil descriptive with quantitative approach. The study included 100 higher education professionals who work in services 22 municipalities in the state of Goiás-Brazil. The results revealed that professionals have an interdisciplinary character, the majority are young and have little experience in Mental Health, with few exceptions. The salaries are low and few professionals possess expertise in the area. It was concluded that lack investment in skills for higher education and improvements in working conditions.

Keywords: Mental Health, Human Resources, Mental Health Services

Perfil socioeconómico y la formación de los profesionales que trabajan en los servicios públicos de salud mental

Resumen: El objetivo de este estudio fue caracterizar la situación socioeconómica y la formación de profesionales de alto nivel que trabajan en servicios de salud mental en el estado de Goiás descriptivo con enfoque cuantitativo. El estudio incluyó a 100 profesionales de la educación superior que trabajan en los servicios de 22 municipios en el estado de Goiás-Brazil. Los resultados revelaron que los profesionales tengan un carácter interdisciplinario, la mayoría son jóvenes y tienen

poca experiencia en salud mental, con pocas excepciones. Los salarios son bajos y pocos profesionales poseen experiencia en el área. Se concluyó que la falta de inversión en habilidades para la educación superior y la mejora de las condiciones de trabajo.

Palabras-clave: Salud Mental, Recursos Humanos, Servicios de Salud Mental

Introdução

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é anterior ao início do “movimento sanitário”, nos anos 70, que defendia a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado ⁽¹⁾.

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria. Este movimento foi influenciado pelos movimentos de reforma da psiquiatria que aconteciam na Europa e nos EUA, diversos setores da sociedade civil foram mobilizados em favor da luta pelos direitos dos pacientes e contra a segregação, da violência e dos maus tratos aos pacientes. ⁽¹⁾.

Em 1978, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) iniciou críticas a esse modelo psiquiátrico em que prevaleciam as práticas excludentes das instituições psiquiátricas e seu papel explicitamente médico-centrado ⁽²⁾.

A Reforma Psiquiátrica brasileira surgiu então a partir dessa conjuntura de redemocratização. Por um lado, o modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico estava em crise e, por outro lado, também havia esforços do MTSM pelos direitos dos pacientes psiquiátricos ⁽¹⁾.

Sendo assim, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde ⁽¹⁾. O modelo de atenção proposto pela Reforma Psiquiátrica prevê práticas diversificadas na assistência em saúde mental, colocando em destaque a desospitalização e desinstitucionalização ⁽²⁾.

Tal proposta assistencial, constitui-se na Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Esta lei apóia a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e estabelece

que os tratamentos devam ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de Saúde Mental, com vistas a reinserção social da pessoa com transtorno mental em seu meio⁽¹⁾.

Nesta perspectiva, a PNSM propõe atenção psicossocial no atendimento a pessoas com transtornos mentais, a fim de superar a assistência asilar, hospitalocêntrica, oferecendo atenção direcionada às necessidades da pessoa com base comunitária. Com tal enfoque, os projetos assistenciais têm como objetivo a criação de uma rede de atenção com serviços substitutivos ao hospital⁽³⁾.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerados importantes dentre os serviços substitutivos propostos, consistem em serviços abertos de atenção diária, com livre acesso aos usuários, familiares e sociedade. São pautados no atendimento territorializado, enfatizando a importância da inclusão da família no tratamento e na reabilitação, orientando o cuidado ao sujeito que sofre psiquicamente, respeitando sua subjetividade^(4, 5).

A criação dos CAPS possibilitou a inserção de novos atores nos serviços de saúde mental e alterou a lógica de organização do trabalho dos profissionais, para além dos espaços hospitalares. Diante desta mudança, emergiu a necessidade de direcionar as práticas dos profissionais, segundo o modelo psicossocial, que valoriza as características interdisciplinares⁽⁶⁾, é pautado na responsabilidade profissional e no vínculo terapêutico estruturado para atender a integralidade do sujeito e promover reabilitação psicossocial⁽⁷⁾.

Neste cenário, torna-se essencial investir em educação permanente dos trabalhadores e gestores que atuam em saúde mental para que sejam capazes de repensar e instituir práticas de cuidado inerentes PNSM, com vistas à melhoria das condições de vida e reinserção social dos usuários dos serviços desta área. A construção da lógica de atenção em Saúde Mental não se restringe à nova tecnologia ou avanço científico, mas à nova concepção de ciência, lugares, espaços sociais e de produção de subjetividades⁽⁸⁾. Portanto a construção da rede de atenção psicossocial vai muito além do que a criação de serviços não hospitalares.

Sendo assim, a alteração do modelo de assistência à saúde mental representa um desafio para os profissionais, no sentido de que estes devem adotar novos saberes, tecnologias e metodologias terapêuticas, passando pelas relações entre os demais componentes da equipe de trabalho⁽⁶⁾.

De acordo com a abordagem do tratamento ao cliente portador de transtorno mental, conforme a PNSM, é necessário que haja mudanças no perfil e nas ações que os profissionais irão estabelecer nos serviços substitutivos. As mudanças são necessárias para consolidar, de fato, a Reforma Psiquiátrica, favorecendo a concretização do tratamento psicossocial para o cliente e sua família.

Ainda são escassas pesquisas que abordem tal problemática e que sirvam não somente como crítica da realidade, mas também como expositoras do atual contexto assistencial, com referências para mudanças e ou adequações no atendimento à PNSM. Considerando que o Estado de Goiás, assim como em todo país, se apresenta em um momento de transição do modo hospitalocêntrico para o modelo psicossocial, este estudo foi planejado com o objetivo de caracterizar o perfil profissiográfico dos profissionais de nível superior que atuam nos serviços de Saúde Mental públicos do interior de Goiás.

Metodologia

Esta investigação faz parte de um projeto multicêntrico coordenado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), em que a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG) conduz estudos em Goiás.

Trata-se de uma pesquisa descritiva. A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e maio de 2011, em todos os municípios do interior do Estado de Goiás, que possuíam serviços públicos de Saúde Mental, habilitados até dezembro de 2010, e que tinham profissionais de nível superior atuando nos referidos serviços há mais de três meses. Diante destes critérios e do objetivo deste estudo foram incluídos 19 municípios e 22 serviços, todos do tipo CAPS, por serem o único dispositivo assistencial que possuía profissionais de nível superior na composição da equipe multiprofissional, até o presente momento.

Por ocasião da coleta de dados havia 114 profissionais de nível superior. Destes, 14 profissionais se recusaram a participar do estudo, totalizando 100 participantes.

Para a obtenção dos dados utilizou-se um instrumento elaborado pelo grupo da EERP/USP, o qual foi originado do roteiro sugerido pela OPAS para o desenvolvimento do projeto multicêntrico. Este instrumento consiste num formulário auto-aplicável composto por questões abertas e fechadas com respectivas

respostas codificadas, objetivando obter o máximo de informações possíveis para a caracterização do perfil dos profissionais de nível superior e suas respectivas ações ⁽⁹⁾.

As respostas foram inseridas para uma planilha do Microsoft Excel, versão 2003, em dupla digitação com a finalidade de correção de possíveis erros. A caracterização do perfil profissiográfico dos participantes foi feita utilizando frequências relativas e absolutas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, em atendimento às orientações da Resolução CNS 196/96, com o protocolo 303/10.

Resultados

As características de gênero e idade dos profissionais que atuam nos serviços de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás (Tabela 1). A grande maioria deles é do sexo feminino (87%), são jovens, sendo que 73% possuem idade até 39 anos. Por outro lado, cerca de 10% dos profissionais possuem mais de 50 anos.

Tabela 1: Características de gênero e idade dos profissionais que atuam nos CAPS do interior do Estado de Goiás (N= 100). Goiás, 2011.

Sexo	Masculino	Nº
	Feminino	13
Idade		87
	Até 29 anos	39
	De 30 a 39 anos	34
	De 39 a 49 anos	17
	Maior que 50 anos	10

A Tabela 2 mostra os dados referentes à formação e qualificação dos profissionais de nível superior participantes deste estudo. Prevaecem os psicólogos (35), seguidos de enfermeiros (16), terapeutas ocupacionais (12) e assistentes sociais (11). Os demais que compõem 17% das categorias profissionais atuantes nos serviços pesquisados são arteterapeutas, farmacêuticos, fisioterapeutas, musicoterapeutas, pedagogos e professores de Educação Física.

Os médicos representam 9% dos profissionais que participaram do estudo, pois muitos desses (13) se recusaram a participar da pesquisa e 3 trabalhavam em mais de um CAPS no interior do Estado de Goiás, tendo sido contabilizado apenas uma vez.

Vale dizer que em muitos serviços a composição das equipes era reduzida e o número não atendia nem às exigências legais mínimas. Algumas delas não

contavam com a participação de médicos e ou enfermeiros, categorias profissionais obrigatórias nos serviços de Saúde Mental do tipo CAPS.

Tabela 2: Características de formação dos profissionais que atuam nos CAPS do interior do Estado de Goiás (N= 100). Goiás, 2011.

		N
Formação acadêmica	Médico	9
	Enfermeiro	16
	Psicólogo	35
	Terapeuta Ocupacional	12
	Assistente Social	11
	Outros	17
Tempo de formado	Até 4 anos	52
	De 5 a 9 anos	21
	De 10 a 19 anos	15
	Maior que 20 anos	12
Especialização	Em Saúde Mental	21
	Outra área	42
	Não Faz	37

Quanto ao tempo de formado 73% dos profissionais tem até 10 anos de formados, sendo que 52% com até 4 anos, seguidos por 21% tem de 5 e 9 anos de conclusão do curso de graduação. São poucos os profissionais que atuam na assistência em saúde mental com mais de 20 anos de graduados.

É recomendado formação especializada aos profissionais que atuam em Saúde Mental, dado suas especificidades e complexidades. Dentre os trabalhadores pesquisados 21% têm curso de especialização na área, 42% em outras e 37% não possuem nenhuma especialidade.

A Tabela 3 contextualiza o trabalho dos profissionais que atuam nos serviços de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás. Destaca-se, que a expressiva maioria (90%) tem pouco tempo de inserção em Saúde Mental, sendo que 76% deles com até 4 anos. Outro resultado significativo se relaciona ao tempo que os profissionais estão ligados as instituições pesquisadas revelando que 85% se encontram lotados nos CAPS há menos de 4 anos.

Quanto à jornada de trabalho, verificou-se que 76% dos profissionais se dedicam aos serviços cerca de 30 horas semanais. Considerando a faixa salarial, mais da metade (54%) recebem entre R\$ 1.000,00 e R\$ 1.999,00, seguidos por 28% dos que recebem entre R\$ 2.000,00 e R\$ 2.999,00. Apesar de somente 5 dos participantes recebem menos de R\$ 1.000,00, estes resultados revelam baixa remuneração dos trabalhadores da área.

Tabela 3: Contextualização do trabalho dos profissionais que atuam nos CAPS do interior do Estado de Goiás (N= 100). Goiás, 2011.

		N
Tempo na área	Até 4 anos	76
	De 5 a 9 anos	14
	De 10 a 19 anos	6
	Maior que 20 anos	4
Tempo na Instituição	Até 4 anos	85
	De 5 a 9 anos	11
	Maior que 9 anos	4
Jornada de Trabalho	Menos que 30 horas/semana	24
	30 horas/semana	39
	Maior que 30 horas/semana	37
Faixa salarial*	Até 999 reais	5
	De 1.000 a 1.999 reais	54
	De 2.000 a 2.999 reais	28
	De 3.000 a 3.999 reais	4
	De 4.000 a 4.999 reais	3
Outro emprego	Saúde Mental	25
	Em outra área	33
	Não tem outro emprego	42

*Na ocasião do desenvolvimento da pesquisa, o salário mínimo vigente no país era de R\$545,00.

Mais da metade (58%) dos profissionais referiram ter outro emprego, sendo citada a área da Saúde Mental por 25% deles.

Discussão

Os resultados apontados possuem grande potencial de generalização para outras equipes de serviços de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás, uma vez que todos os profissionais de nível superior lotados em serviços habilitados neste Estado foram incluídos. Somente os serviços que estavam em fase de implantação na época da coleta de dados deixaram de ser inseridos neste estudo.

Os profissionais dos serviços pesquisados são na maioria do sexo feminino, seguindo uma tendência também identificada em outras pesquisas⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Na área da saúde há uma tendência em associar o trabalho feminino com um conteúdo relacional em situações de dor e de sofrimento. Tal condição ao trabalho é relacionada ao fato de ser exercido majoritariamente pela enfermagem⁽¹²⁾. Embora os enfermeiros tenham sido a segunda categoria profissional mais frequente, esta premissa pode ser também considerada neste estudo pois os psicólogos, que mantiveram a maioria entre os demais profissionais possuem de igual forma suas práticas centradas nas relações no cuidado de outras pessoas.

Os CAPS no interior de Goiás contam com profissionais jovens, diferentemente dos encontrados em outros estudos^(10, 11). Esta característica pode ser relevante na medida em que eles podem se disponibilizar nos serviços com empenho e prospecção de ideias, desde que tenham tido formação coerente com os objetivos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Caso contrário, sabe-se que profissionais sem experiência no campo da saúde mental podem ter dificuldade em trabalhar com os usuários dos serviços e se sentirem insatisfeitos com os projetos⁽¹³⁾.

Por outro lado, profissionais mais velhos e experientes que vivenciaram embates e discussões decorrentes do movimento da Reforma conseguem visualizar mais facilmente os avanços que o modelo psicossocial já alcançou⁽¹⁴⁾. De igual forma, muitos destes profissionais fizeram opção por atuar no novo modelo assistencial proposto pela PNSM, acreditando no trabalho que estão desenvolvendo⁽¹³⁾.

Neste sentido, na composição das equipes nos serviços de Saúde Mental, recomenda-se contar com profissionais que defendam modelos diferentes dos praticados anteriormente, para não reduzir a proposta assistencial à simples abertura de serviços substitutivos⁽¹⁴⁾.

Interessante notar a representatividade expressiva de profissionais de outras classes não médicas e tradicionais nos serviços de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás. Os resultados revelam a composição multiprofissional das equipes nos CAPS pesquisados, estando de acordo com as diretrizes PNSM. Este fato pode sinalizar algum avanço na assistência especializada, na medida em que outras categorias profissionais, além de médicos e enfermeiros, são incluídas nas equipes. Espera-se, que o trabalho interdisciplinar traga repercussões junto aos usuários e seus familiares nestes serviços.

Por questões éticas, as equipes e seus respectivos serviços não foram descritos separadamente. Destaca-se, que mais da metade dos locais visitados (68,18%) pelos pesquisadores não possuem a equipe mínima completa, havendo de um modo geral a falta inclusive de psiquiatras. Diante do cenário encontrado foi possível constatar a grande carência de recursos humanos nos serviços de Saúde mental no interior do Estado de Goiás. Além disto, a falta de especialista na área é também um dado a ser considerado visto que pode comprometer as ações específicas de saúde voltadas à clientela.

Foi evidenciado no estudo que muitos profissionais também atuam como coordenadores dos serviços nos quais estão lotados. Esta informação é compatível com pesquisa realizada no Estado de Mato Grosso, em que o cargo de gerente era acumulado com o exercício profissional e não previa nenhum tipo de gratificação salarial para este fim. Ou seja, contrata-se o profissional para que ele atue simultaneamente como técnico e gerente numa única jornada de trabalho, condição que limita a sua participação na equipe ⁽¹⁵⁾.

A característica multiprofissional é a base para efetivação da PNSM, que fará diferença na qualidade da assistência aos usuários dos serviços de Saúde Mental, se houver a troca de conhecimentos e experiências profissionais para atender a complexidade desta área. Objetiva-se, portanto, que as várias especialidades busquem soluções para resolver problemas emergentes⁽¹⁶⁾.

Com tal perspectiva a equipe deixa de ser apenas um agrupamento de categorias profissionais para trabalhar em conjunto, de forma interdisciplinar, as diferentes demandas e dimensões que o usuário apresenta⁽¹⁴⁾. A interdisciplinaridade pretende ultrapassar as relações hierárquicas e comportam outros profissionais para além das equipes terapêuticas⁽¹⁵⁾.

É inegável que, nos últimos anos, muitas mudanças já ocorreram na implementação de políticas públicas para a área da Saúde Mental, especialmente relativas ao paradigma de assistência, e muitos serviços substitutivos foram implantados. No entanto, a influência que produzem na realidade cotidiana é percebida como insuficiente, principalmente no interior distante das capitais e zonas metropolitanas⁽¹⁶⁾.

É premente a necessidade de mudanças nas habilidades e atitudes dos envolvidos na assistência especializada, afim de que o modelo psicossocial produza efeitos condizentes com a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira. Uma das possibilidades de adequação de práticas de acordo com o atual paradigma de atenção a saúde é a qualificação dos profissionais. Capacitar os trabalhadores constitui-se numa ação mais que necessária, visto que muitos deles são generalistas ou possuem especialização em outras áreas do conhecimento, além de terem pouco tempo de experiência e de inserção nos serviços.

O fato da maioria dos participantes possuir formação *Latu Senso* em outra área pode refletir a não opção pela Saúde Mental. Por outro lado, a pouca oferta de cursos na área no Estado de Goiás, a fragilidade do vínculo empregatício dos

profissionais e a falta de respaldo político nessas iniciativas podem explicar os poucos especialistas em Saúde Mental em serviços goianos.

Esta realidade propicia pouco acúmulo crítico ao modelo hospitalocêntrico psiquiátrico, a inexistência de movimentos sociais em saúde mental e a compreensão da Reforma Psiquiátrica apenas como desospitalização⁽¹⁵⁾.

Estudo realizado com profissionais da rede especializada em Saúde Mental do município de Goiânia-GO evidencia que as reivindicações por programas de capacitação no campo da saúde mental são feitas principalmente por aqueles recém-chegados nos serviços⁽¹³⁾.

A problemática da especialidade tem sido muito enfocada visto que, na maioria das vezes, as singularidades da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e do modelo psicossocial são ignoradas durante a formação acadêmica^(13, 17). A formação dos profissionais da área da saúde ainda é considerada um fator limitante porque é fortemente marcada pelo paradigma médico-biológico em detrimento de uma formação mais humanista⁽¹⁵⁾.

Considerando que diferentes categorias profissionais atuam nos serviços de Saúde Mental e muitas delas não tiveram, de forma alguma na academia, conteúdo relativos à assistência psicossocial, é possível compreender as dificuldades de diálogo entre áreas da saúde e educação podendo ser obstáculo no relacionamento da equipe para a prática interdisciplinar⁽¹³⁾.

Destaca-se, portanto, o enfoque na formação interacional dos profissionais para atuar em Saúde Mental, na medida em que a interlocução de várias áreas do conhecimento é um requisito relevante para efetivar a PNSM no Brasil. Sobre este aspecto, é imprescindível o desenvolvimento de metodologias para gestão e práticas profissionais objetivando significativa mudança de paradigma relacionada à Saúde Mental que atendam às expectativas da Reforma Psiquiátrica e às propostas governamentais⁽¹³⁾.

Os resultados deste estudo também evidenciaram os baixos salários dos profissionais, além da carga horária de 30 ou mais horas semanais. Estas são condições desfavoráveis ao trabalho que podem justificar a busca por outro emprego para complementar sua renda.

Embora o instrumento de coleta de dados não abordasse o tipo de vínculo empregatício dos profissionais, o contato com as equipes durante esse procedimento possibilitou verificar que a maioria deles possui contrato temporário

com o município onde estão atuando.

Estudos qualitativos com trabalhadores de saúde mental realizados no Brasil evidenciam a fragilidade de vínculos empregatícios, precárias condições de trabalho, tais como baixa remuneração e dupla jornada gerando motivos de insatisfação com o trabalho em Saúde Mental^(6, 13, 15, 17).

Este contexto não favorece a permanência dos profissionais nos serviços, causa desmotivação e pode influenciar negativamente o processo de trabalho das suas equipes nos serviços^(15, 17). Desta forma, os vínculos, a rotatividade do trabalhador e o tempo de trabalho devem ser considerados como aspectos que dificultam a especialização dos profissionais⁽¹⁷⁾.

Com efeito, reafirma-se o questionamento de como equipes tão reduzidas como as encontradas neste estudo e com condições de formação e de trabalho tão fragilizadas possam trabalhar todas as complexidades que a saúde mental comporta de forma ampliada?⁽¹⁵⁾

A estabilidade empregatícia, estrutura adequada e equipe completa podem favorecer as práticas nos serviços de saúde mental porque possibilitam a integração da equipe, o trabalho interdisciplinar e o vínculo com os usuários e seu familiares.

Diante dos resultados deste estudo, reitera-se um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira: a formação e desenvolvimento de recursos humanos, cujo processo exige cada vez mais aspectos teóricos-técnicos e atitudinais dos trabalhadores, para atuarem com qualidade no atendimento aos usuários dos serviços de saúde.

Conclusões

Ainda que os serviços públicos de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás tenham trabalhadores de várias categorias profissionais, o fato de terem pouco tempo de conclusão do curso de graduação e restrita experiência na área da saúde mental pode comprometer a efetividade da PNSM no Estado.

De igual forma, as condições de trabalho que a área oferece sinaliza certa fragilidade na assistência especializada comprometendo os princípios preconizados pelo modelo psicossocial, em especial àqueles que valorizam substancialmente o vínculo entre o usuário e o profissional.

Este estudo ao evidenciar a carência de investimento em recursos humanos no campo da Saúde Mental destaca a necessidade eminente de investimentos na

capacitação dos profissionais que atuam nos serviços de Saúde Mental do Estado de Goiás e melhorias das condições de trabalho, como fortalecimento dos vínculos empregatícios e remuneração condizente com o desempenho profissional.

Os resultados podem ser generalizados para o interior de Goiás, considerando que quase a totalidade dos profissionais que nele atuam foi incluída no estudo. Ressalta-se, entretanto a necessidade de outras investigações sobre a influência destas características profissiográficas evidenciadas no processo de trabalho, das ações desenvolvidas pelos profissionais e do impacto da assistência psicossocial no interior do Estado.

Referências

1. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, Brasil. 2005.
2. Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1996.
3. 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, Brasil: Ministério da Saúde. 2011. 106 p.
4. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. Ciênc saúde coletiva. 2009; 14(1):159-64.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde. 2004. 86 p.
6. Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. Ciênc saúde coletiva. 2011; 16(4):2145-54.
7. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciênc saúde coletiva. 2011; 16(7):3051-60.

8. Amarante P, Torres E. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde Debate*. 2001; 25(58):26-34.
9. Furegato ARF, Osinaga VLM, Galera SAF, Pillon SC. Avaliação de instrumento para diagnóstico das atividades dos profissionais de saúde mental: estudo piloto. *Cad Bras Saúde Mental*. 2010; 1(2):23-37.
10. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMdR, Olschowsky A. Avaliação de um serviço substitutivo em saúde mental. *Cogitare Enferm*. 2009; 14(1):52-8.
11. Furegato ARF, Galera SAF, Pillon SC, Santos JLF, Pitia ACA, Cardoso L. Characterizing mental healthcare service teams. *Rev salud pública*. 2010; 12(5)
12. Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Moraes APP. Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2007 16(3):417-25.
13. Silva EA, Costa II. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. *Psicolem Revista*. 2008; 14(1):83-106.
14. Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14(2):260-7.
15. Oliveira AGB. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2007; 10(4):694 - 702.
16. Antunes SMMO, Queiroz MS. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(1):207-15.
17. Rézio LA, Oliveira AGB. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14(2):346-54.

5.3 – Artigo 3

A inserção dos enfermeiros em serviços de Saúde Mental públicos: perfil e atuação profissional

**Nathália dos Santos Silva, Elizabeth Esperidião, Ana Caroline Gonçalves
Cavalcante, Kelly Kan Carvalho da Silva, Adrielle Cristina Silva Souza**

Resumo: Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa que teve como objetivos identificar o perfil profissiográfico dos enfermeiros que trabalham em serviços públicos de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás, Brasil e caracterizar as ações desenvolvidas por estes profissionais. Participaram do estudo 21 enfermeiros. Os dados foram coletados por meio de 2 questionários estruturados e analisados por frequências relativas e absolutas e por Análise de Conteúdo, respeitando a natureza dos dados. A maioria dos enfermeiros é jovem, com pouco tempo de formação e experiência nestes serviços especializados, poucos têm curso de pós-graduação Lato Sensu (especialização) na área, e seus vínculos empregatícios são frágeis. Os enfermeiros têm apresentado dificuldades em definir suas atividades específicas, priorizam as atividades de gestão da assistência e desenvolvem ações com a equipe multidisciplinar. A formação e capacitação profissional são fundamentais para proporcionar maior autonomia e visibilidade destes profissionais.

Descritores: Serviços Comunitários de Saúde Mental, Saúde Mental, Enfermeiro.

The inclusion of nurses in public mental health services: profile and professional action

Abstract: Descriptive study qualitative that aimed to identify the socio-economic and training of nurses working in public mental health services in the state of Goiás, Brazil and characterize the actions by these professionals. Study participants were 21 nurses. Data were collected from two structured questionnaires and analyzed for relative and absolute frequencies and Content Analysis, respecting the nature of the data. It was demonstrated that most nurses are young, have little time for training and experience in these specialized services, few have the expertise and employment relationships are fragile. Also, nurses have presented difficulties in defining the specific activities have focused on the activities of management support and develop many activities with the multidisciplinary team. It is therefore essential to education and training of these professionals to provide greater autonomy and professional visibility.

Descriptors: Community Mental Health Services; Mental Health, Nurse.

La inclusión de las enfermeras en los servicios públicos de salud mental: perfil y actuación profesional.

Resumen: Enfoque descriptivo cualitativo que tuvo como objetivo identificar el perfil

de las enfermeras que trabajan en profissiográfico los servicios públicos de salud mental en el estado de Goias, Brasil y caracterizar las acciones emprendidas por estos profesionales. Los participantes del estudio fueron 21 enfermeras. Los datos fueron recolectados a partir de dos cuestionarios estructurados y analizados para frecuencias relativas y absolutas y análisis de contenido, respetando la naturaleza de los datos. Se demostró que la mayoría de las enfermeras son jóvenes, tienen poco tiempo para la formación y experiencia en estos servicios especializados, pocos tienen la experiencia y las relaciones laborales son frágiles. También las dificultades, las enfermeras han presentado en la definición de las actividades específicas que se han centrado en las actividades de apoyo a la gestión y desarrollo de muchas actividades con el equipo multidisciplinario. Por tanto, es esencial para la educación y la formación de estos profesionales para proporcionar una mayor autonomía y visibilidad profesional.

Descriptor: Servicios Comunitarios de Salud Mental, Salud Mental, Enfermeros.

Introdução

No Brasil, a atual Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), apoiada na Lei 10.216/2001, busca consolidar o modelo de atenção psicossocial no atendimento aos portadores de transtornos mentais por meio da superação da assistência asilar, centrada no atendimento médico e em regime de hospitalização, passando a focar a atenção aberta e de base comunitária. Nessa perspectiva, os projetos assistenciais vigentes no país visam reestruturar o atendimento aos usuários dos serviços de Saúde Mental através da criação e expansão de rede de atenção na área com diversos dispositivos de saúde substitutivos ao hospital⁽¹⁾.

Dentre eles, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) considerados pelo Ministério da Saúde brasileiro como articuladores da rede de assistência em saúde mental e são entendidos como espaços que buscam promover o modelo psicossocial utilizando várias abordagens, com vistas a atender, apoiar e reabilitar o usuário e a família no meio em que vive⁽¹⁻²⁾.

Com o surgimento dos serviços abertos de saúde mental foi necessário reorganizar os processos de trabalho e, conseqüentemente, o projeto terapêutico institucional⁽³⁾. A equipe destes serviços deve ser, necessariamente, multidisciplinar cujas ações terapêuticas atendam a integralidade do sujeito em suas diferentes necessidades⁽⁴⁾.

Nesta perspectiva, é essencial que os enfermeiros que sejam preparados para oferecerem atendimento diferenciado e com fundamento no modelo psicossocial, de forma a acolher os usuários dos serviços, com garantia de boas

condições de saúde física e mental no enfrentamento das adversidades da dor e sofrimento que determinadas ocasiões impõem. Torna-se necessário que o cuidado de enfermagem considere o contexto em que estejam inseridos desde as ações de acolhimento passando pelo cuidado específico até a participação política nas decisões que envolvam o campo da saúde mental^(2, 5).

Tendo em vista as mudanças na forma de cuidar do indivíduo doente mental, a enfermagem atravessou um período crítico embora favorável para o conhecimento e análise do processo de trabalho na área. É importante, pois, refletir sobre o modelo assistencial inerente à atuação dos enfermeiros de Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica⁽⁶⁾.

Considerando as possibilidades da atuação profissional do enfermeiro junto aos usuários e a equipe multiprofissional e a inexistência de produção científica sobre sua inserção na área no interior de Goiás, este estudo foi planejado com os objetivos de identificar o perfil profissiográfico dos enfermeiros que trabalham nos serviços públicos de Saúde Mental no interior do Estado de Goiás e caracterizar as ações desenvolvidas por estes profissionais.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva. Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2011, em todos os serviços de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás habilitados até dezembro de 2010 e que possuíam profissionais de nível superior na equipe, compreendendo 22 serviços do tipo CAPS.

Foram considerados como critérios de inclusão para participação no estudo: o enfermeiro estar atuando no serviço há mais de três meses e em exercício profissional por ocasião da coleta de dados. Sendo assim, 21 foram incluídos na pesquisa.

Para a obtenção dos dados foram utilizados dois instrumentos auto-aplicáveis. O primeiro instrumento⁽⁷⁾ era composto por questões fechadas com respostas codificadas que versavam sobre a caracterização dos profissionais. O segundo instrumento continha questões abertas relacionadas à identificação das atividades que os enfermeiros desenvolvem individualmente ou em parceria com outros profissionais nos serviços.

Os dados foram coletados nos próprios serviços, possibilitando aos

pesquisadores observarem as rotinas existentes, as quais forneceram importantes subsídios para posterior análise dos resultados.

Os dados obtidos no primeiro instrumento foram inseridos em uma planilha do Microsoft Excel, versão 2003, cuja análise utilizou frequências relativas e absolutas, resultando o perfil profissiográfico dos enfermeiros. As informações obtidas no segundo instrumento foram submetidas à análise de conteúdo, considerando a frequência com que as atividades foram listadas e a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo⁽⁸⁾. Vale ressaltar que aquelas que eram muito significativas, embora com baixa frequência, também foram relacionadas com finalidade de categorização.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, conforme as orientações da Resolução 196/96 do CONEP para pesquisa com seres humanos, de acordo com o parecer 303/10.

Resultados e discussão

Perfil profissiográfico dos enfermeiros

Quanto à caracterização dos enfermeiros, 85,7% eram do sexo feminino, seguindo a tendência de gênero da profissão. A idade dos enfermeiros variou entre 24 e 44 anos, sendo que 80,9% estão na faixa etária de 20 e 34 anos. Entre estes prevalece a idade entre 25 e 29 anos (42,9%).

Quase a metade (47,6%) dos enfermeiros possuía até 2 anos de conclusão do curso de graduação em enfermagem, 42,9% até 4 anos e apenas 9,5% tinha mais de 5 anos de conclusão do curso.

Não houve variação significativa no tempo de atuação dos enfermeiros nos CAPS, pois 16 deles (76,2%) estavam atuando no serviço há menos de 2 anos.

Tais resultados mostram que, no interior do Estado de Goiás, os enfermeiros que estão atuando nos CAPS possuem pouco tempo de formação e de experiência nos serviços, diferentemente do encontrado em outro estudo em que os enfermeiros têm idade superior a 40 anos, predominantemente com mais de 10 anos de formação e inserção tardia nos serviços de saúde mental⁽³⁾.

A maioria dos enfermeiros (85,7%) estava inserida nos CAPS por meio de contratos de trabalho temporários e 14,3% eram concursados. A jornada de trabalho variou entre 30 e 40 horas semanais, sendo que 71,4% trabalhavam em regime de 40 horas semanais.

O caráter de vínculo empregatício da maioria desses enfermeiros não possibilita seu envolvimento com o serviço, na medida em que ficam inseguros quanto à renovação de seu contrato e ou a mudança do quadro de profissionais. Há uma compreensão de que este tipo de contratação tem impedido e ou dificultado a formação de vínculos com os usuários, o trabalho em equipe e até a possibilidade de qualificação dos profissionais⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Tal situação pode ser ocasionada pela fragilidade da política de Saúde Mental no Estado de Goiás, alta incidência de contratos provisórios que não oferecem estabilidade e poucos mecanismos de busca de aperfeiçoamento na área. Consequentemente, as ações oferecidas por estes profissionais podem ficar comprometidas implicando na qualidade dos serviços oferecidos.

Com relação à formação profissional, 57,1% dos enfermeiros afirmaram possuir curso de pós-graduação *Lato Sensu* (especialização), embora apenas quatro na área de Saúde Mental. Vale destacar que estes são os mesmos que estão inseridos no serviço há mais de 2 anos. Nenhum enfermeiro atuante nos serviços de Saúde Mental de Goiás possui formação *Stricto sensu*.

A falta de capacitação em uma área tão específica como a Saúde Mental é preocupante uma vez que a assistência pode ficar pautada em velhos conceitos e reprodução de práticas manicomiais⁽¹¹⁾. A deficiência na formação do enfermeiro neste campo de conhecimento, associada a vínculos trabalhistas precários pode interferir na assistência por ele prestada⁽¹⁰⁾.

A renda salarial destes profissionais variou de R\$ 800,00 à R\$ 4.000,00, com média de R\$ 1.969,20, sendo possível perceber discrepância salarial importante. Com relação à empregabilidade, 38,1% dos enfermeiros afirmaram possuir outro emprego, no entanto nenhum relacionado à Saúde Mental.

É importante refletir que, se por um lado a política do SUS propõe um trabalho que supere o modo asilar, de outro, a realidade assistencial na área aponta para uma estrutura física e materiais inadequados, contratos temporários, rotatividade dos trabalhadores, baixos salários, déficit na formação em saúde mental, caracterizando condições de trabalho muito precárias^(3, 9).

Sabe-se que os enfermeiros têm interesse em participar de processos de educação continuada, como possibilidade de mudar a situação de vida e ampliar as oportunidades salariais decorrentes da qualificação profissional⁽¹⁰⁾. No entanto, estas possibilidades nem sempre estão acessíveis aos enfermeiros que atuam no interior

do Estado de Goiás, devido a poucas ofertas de capacitações na área, distâncias geográficas, além de entraves relacionados à gestão na esfera municipal/estadual que inevitavelmente afetam a realidade encontrada neste estudo. Há falta de investimento por parte destes profissionais em iniciativas que propiciem a atualização científica, sejam por meio de leituras especializadas ou a participação em eventos científicos que auxiliam no desenvolvimento de competências.

Ações desenvolvidas pelos enfermeiros

As ações profissionais dos enfermeiros foram categorizadas em *Gestão do Serviço* e *Gestão da Assistência e O Trabalho Interdisciplinar*.

Gestão do Serviço

As atividades dos enfermeiros consideradas como *Gestão do Serviço* referem-se às administrativas e burocráticas, como controle de materiais e medicamentos, encaminhamentos e às atividades inerentes ao gerenciamento como: direção, organização, planejamento e supervisão (Tabela 1).

Tabela 1: Atividades de Gestão do Serviço desenvolvidas pelos enfermeiros dos CAPS (N = 21). Goiás, 2011.

Tipo de atividade	Frequência
Coordenação de todas as atividades no CAPS	5
Preenchimento de documentos	13
Supervisão e orientação da equipe de enfermagem	6
Supervisão de Residências Terapêuticas	2
Controle de medicação e do estoque da farmácia	7
Controle e solicitação de materiais para as oficinas terapêuticas	5
Agendamento de consultas	3
Ajudante de auxiliar administrativo	1

As atividades de coordenação foram citadas por cinco enfermeiros que eram coordenadores gerais do CAPS, na ocasião da coleta de dados. No entanto, aquelas relativas ao planejamento e avaliação não foi citada por nenhum deles.

A supervisão da equipe de enfermagem, atividade intrínseca às competências do enfermeiro, foi citada por seis participantes, o que aponta possíveis desvios no foco da atuação destes profissionais.

Atividades de controle de medicamentos e do estoque da farmácia, controle e solicitação de materiais para as oficinas terapêuticas, agendamento de consultas, preenchimento de documentos e auxílio administrativo são consideradas burocráticas e foram citadas com bastante frequência. Tais atividades poderiam que

ser delegadas a outro profissional, sob a supervisão do enfermeiro, de forma que esteja mais disponível para ações terapêuticas junto ao usuário do serviço.

Esse panorama também é apresentado por outro estudo em que as práticas administrativas e organizacionais dos enfermeiros, de CAPS AD da cidade de São Paulo, estão relacionadas à organização e facilitação das práticas dos demais profissionais, tais como: separação de medicamento na farmácia, preenchimento de papéis, agendamento consultas para outros profissionais, transcrição de receitas e anotação de resultados de exames nos prontuários⁽¹²⁾, assumindo tarefas que desviam do seu papel profissional.

Em serviços extra-hospitalares são os enfermeiros que menos realizam atendimentos diretos aos usuários⁽⁶⁾. Por conseguinte, sua prática centra-se em organizar e facilitar o trabalho da equipe em virtude da administração da assistência. A indefinição do papel da Enfermagem Psiquiátrica no contexto atual leva o enfermeiro a desempenhar, principalmente, atividades burocrático-administrativas, em detrimento das ações terapêuticas que lhe compete^(5, 6, 12).

Gestão da Assistência

As atividades relativas à *Gestão da Assistência* englobam todas aquelas que os enfermeiros desenvolvem diretamente com os usuários e seus familiares nos serviços de Saúde Mental sem a participação de outros profissionais (Tabela 2).

Tabela 2: Atividades de Gestão da Assistência desenvolvidas pelos enfermeiros dos CAPS (N = 21). Goiás, 2011.

Tipos de atividades	Frequência
Consultas de enfermagem	7
Acolhimento	5
Triagem	9
Visita domiciliar	2
Atividades físicas	3
Aferição de sinais vitais	15
Administração de medicamentos	16
Grupos terapêuticos com usuários e familiares	6
Educação em saúde	9
Palestras e oficinas específicas sobre medicação e higiene	13
Acompanhamento dos pacientes durante as consultas médicas	1

Dentre os 21 enfermeiros participantes do estudo, a consulta de enfermagem foi referida por sete deles. No entanto cabe ressaltar, que em apenas três serviços, este atendimento era sistematizado. Resultado semelhante é discutido em outro estudo que destaca o Processo de Enfermagem como um instrumento capaz de proporcionar maior autonomia para o enfermeiro, favorecer o registro das ações, aproximar usuário e a equipe multiprofissional⁽⁵⁾. O registro contribui para a

visibilidade e o reconhecimento profissional⁽¹³⁾.

As atividades de triagem, aferição de sinais vitais e administração de medicamentos foram relatadas e valorizadas pelos enfermeiros. Uma das constatações sobre a atuação dos profissionais de enfermagem em saúde mental no contexto atual é de que, ainda é possível perceber, com frequência, atribuições das enfermeiras voltadas para o individual, bastante próximo das atividades executadas em ambiente hospitalar psiquiátrico e, ainda, valorização do tratamento farmacológico, embora o discurso aponte para as atividades de relacionamento interpessoal e trabalho interdisciplinar^(3, 5- 6, 11-12, 14).

Estudo recente desenvolvido na Rede Especializada em Saúde Mental de Goiânia – GO também evidenciou que as ações realizadas pelos enfermeiros são de natureza técnico-assistenciais, embora constataste alguns avanços com a introdução de algumas modalidades voltadas para o relacionamento terapêutico, educação e gerência⁽¹⁵⁾.

Os enfermeiros informaram que realizam atividades nos grupos terapêuticos com usuários e familiares, embora não seja uma prática constante realizada pela maioria desses profissionais. É necessário que o enfermeiro desenvolva competências interpessoais e teórico-metodológicas suficientes para explorar grupos, uma vez que o preparo ocorre mais no cotidiano da prática do que por meio da formação especializada que tal intervenção merece. A formação dos enfermeiros no manejo grupal no Brasil ainda é incipiente, considerando que o curso de graduação em enfermagem da maioria das instituições formadoras, não fornece subsídios para o exercício dessa atividade⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Destaca-se a participação dos enfermeiros nas atividades de educação em saúde (palestras, oficinas) para os usuários dos serviços e seus familiares com temas predominantemente relacionados à medicação, sexualidade e higiene. Assim, é possível afirmar que os aspectos relativos à área da Saúde Mental são pouco considerados pelos profissionais.

O acompanhamento dos pacientes durante as consultas médicas, mencionada como sua única atividade específica, ainda que referida por apenas um enfermeiro, limita-se à tarefa de apenas escutar as orientações e prescrições do médico durante a consulta para repassá-las na reunião de equipe, visto que ele nem sempre está presente nesta ocasião. Esta atividade revela a permanência da relação médico-centrada no CAPS. Este fato reflete a influência histórica do

surgimento da Enfermagem Psiquiátrica no Brasil orientada no modelo médico - científico com subordinação das práticas do enfermeiro às do médico⁽⁶⁾.

Acompanhar toda e qualquer atividade oferecida ao usuário deve ter o intuito da interação interdisciplinar e troca de saberes em benefício da clínica. É sabido que o enfermeiro muitas vezes é considerado o elo entre os usuários e demais profissionais da equipe. Nesta perspectiva interdisciplinar ele pode fazer a mediação necessária para que informações importantes dos usuários sejam repassadas aos demais profissionais em função do projeto terapêutico que atenda a totalidade do sujeito com transtorno mental⁽¹⁸⁾. Entretanto o resultado encontrado neste estudo não mantinha essa lógica assistencial.

Vale ressaltar que vários enfermeiros atuantes nos CAPS do interior do Estado de Goiás tiveram dificuldade em discriminar sua prática profissional inerente à especificidade do campo da Saúde Mental, limitando-se às atividades gerais de competência da enfermagem. Considerando que estes profissionais não são especialistas na área, apesar de atuantes nela, tal situação impossibilita que o papel do enfermeiro se destaque diante de equipe, trazendo-lhe consequente insatisfação e prejuízos na assistência multidisciplinar. A dificuldade pode ser compreendida por deficiências na formação⁽¹⁰⁾ e ou pelo modelo que prevalece na prática hospitalar desses profissionais⁽³⁾.

A maioria desses profissionais não se sente preparada para atuar em Saúde Mental^(2, 3, 14). Muitos enfermeiros que trabalham em serviços de saúde mental surpreendem-se com a sua falta de conhecimento específico, vivendo uma situação de emaranhamento de papéis que dificulta seu ajustamento^(2, 5-6, 11, 19). Esta problemática tem sido discutida há mais de dez anos em que se destaca que a exigência legal da presença do enfermeiro nas unidades psiquiátricas, possibilitou ampliar o campo de atuação, porém não garantiu sua efetiva inserção nesses espaços⁽²⁰⁾.

Diante deste cenário, enfoca-se a premente necessidade de reformular a formação dos enfermeiros que considere a atenção interdisciplinar com base comunitária, seja na academia ou nos serviços, por meio da educação continuada. Essas medidas podem fortalecer a identidade profissional com consequente contribuição na qualidade do serviço^(2, 10-11, 14, 19).

O Trabalho Interdisciplinar

O trabalho interdisciplinar empreendido pelos enfermeiros o qual envolve a

participação de outros profissionais da equipe dos CAPS está discriminado na Tabela 3.

Tabela 3: Atividades interdisciplinares desenvolvidas pelos enfermeiros dos CAPS no interior do Estado de Goiás (N = 21). Goiás, 2011.

Tipo de atividade	Frequência
Participação em reuniões com a equipe multiprofissional	14
Discussão de casos clínicos	12
Planejamento terapêutico	8
Acolhimento	17
Atendimento familiar	16
Grupos e oficinas terapêuticos	14
Palestras educativas e informativas	15
Atuação em crise	7
Visitas domiciliares	16
Recreação	7

Dentre as atividades mais citadas desenvolvidas conjuntamente com outros profissionais da equipe destaca-se a realização de grupos terapêuticos. Se por um lado, não é comum o enfermeiro coordenar grupos, ele participa quando esta é uma iniciativa de outros profissionais. Há estudos que mostram a dificuldade dos enfermeiros em empreender tal atendimento⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Intervenção em grupo é uma das tecnologias mais adequadas disponíveis para os serviços extra-hospitalares, ainda que nem todos os profissionais possuam habilidades para seu manejo e assim, limitam-se a atividades ocupacionais e rotineiras, concretizando-se na perspectiva do entretenimento e de palestras, sem planejamento terapêutico e avaliação⁽¹¹⁾.

Os aspectos relacionados à relação de ajuda, comunicação e relacionamento interpessoal não foram referidas por nenhum dos sujeitos. Percebe-se que há desvalorização dessas práticas como fundamentais no exercício profissional do enfermeiro que pode estar relacionada à percepção de falta de um modelo assistencial ou ainda pelo seu entendimento que são ações de outras categorias profissionais⁽⁵⁾.

Em relação à atuação em crise foram mencionados procedimentos e técnicas para a assistência aos surtos psicóticos, situações de agitação psicomotora ou risco de agressão a outros ou a si mesmo. Há dúvidas entre os enfermeiros de como intervir nas crises de emergência, reiterando a necessidade de serem preparados para utilizar, além de técnicas, o julgamento clínico⁽¹⁰⁾. Intervenção em crises existenciais deixou de ser referida pelos participantes, seja entre suas ações específicas ou engajadas com outros da equipe multiprofissional.

Muitos enfermeiros relataram as visitas domiciliares entre as atividades

interdisciplinares. Esta intervenção possibilita conhecer e compreender melhor o usuário e a sua família no espaço em que eles vivem, além de valorizar as características do território onde está inserido, contrapondo-se ao modelo hospitalocêntrico criticado pela Reforma Psiquiátrica. É, inegavelmente, um dispositivo do cuidado que amplia a possibilidade de acolhimento e de troca⁽²¹⁾.

Interessante notar que, com outros profissionais os enfermeiros desenvolvem ações condizentes com o modelo psicossocial, que valoriza atividades multidisciplinares. As práticas terapêuticas nos CAPS carecem do trabalho coletivo que prevê ações interdisciplinares incluindo a participação da família e do usuário⁽¹⁰⁾. O grande desafio é o exercício interacional entre os profissionais na construção do trabalho interdisciplinar.

Houve 5 enfermeiros que afirmaram não desenvolver algum tipo de ação com outros profissionais, além de nem sempre participarem das reuniões de equipe, por não saber ao certo qual o seu verdadeiro papel neste contexto e, assim, não vislumbram como contribuir na dimensão interdisciplinar. Há certo desconhecimento do enfermeiro a respeito do papel de outros profissionais da equipe multiprofissional⁽¹⁹⁾. O trabalho interdisciplinar e as noções de acolhimento, escuta terapêutica, plano terapêutico individual e de reabilitação psicossocial, têm exigido a requalificação e expansão dos papéis dos enfermeiros⁽²⁾.

O enfermeiro percebe sua prática assistencial atrelada à troca de conhecimento e ações profissionais e, no trabalho interdisciplinar, os papéis e funções sobrepõem-se uns aos outros, tornando-se impossível distinguir suas atribuições isoladamente^(3,11). A desvalorização das suas atividades específicas diante da equipe multiprofissional⁽¹¹⁾, foi também relatada por eles.

Sendo assim, torna-se fundamental que identifique seu núcleo de práticas e competências no sentido de configurar sua identidade profissional com a desejada inserção e contribuição no campo da saúde mental.

Conclusões

Os resultados deste estudo permitiram identificar que a maioria dos enfermeiros que atuam nos CAPS do interior do Estado de Goiás tem pouca experiência na área e não recebeu capacitação específica para trabalhar em Saúde Mental. É de se compreender, portanto, que as ações que desenvolvem nestes serviços são predominantemente centradas nas atribuições gerais de enfermagem,

com pouca iniciativa em programar atividades específicas do campo da saúde mental ou em participar das ações terapêuticas propostas pelo modelo de atenção psicossocial, seja na especificidade da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, seja no engajamento do projeto terapêutico com outros profissionais da equipe.

É possível também o fato de grande parte dos contratos de trabalho ser temporários possa contribuir para que estes profissionais sintam-se desmotivados para se envolver efetivamente com o serviço. Esta é uma situação peculiar nos municípios goianos até o presente momento, aliada a pouca oferta de capacitação na área, atraindo os profissionais para outras em que a demanda de cursos e de emprego é mais atrativa.

Ficou evidente a compreensão heterogênea do que é atividade própria do enfermeiro nestes serviços especializados. As ações de *Gestão da Assistência* prevaleceram sobre as de *Gestão do Serviço*, ainda que muito voltadas ao cuidado técnico e de procedimentos próprios de enfermagem geral. Por outro lado, ainda que insipientes, foi possível identificar alguns avanços nas práticas de enfermagem para além de práticas tradicionais de supervisão, controle de medicação e higiene. Também se constatou que os enfermeiros têm realizado muitas atividades em parceria com outros profissionais atendendo à demanda do *Trabalho Interdisciplinar*, igualmente proposto pelas diretrizes de atenção da área.

É, portanto fundamental desenvolver competências que envolvam conhecimentos, habilidades e atitudes terapêuticas para o exercício profissional do enfermeiro na Saúde Mental de acordo com as premissas da PNSM.

A despeito de a capacitação ser valorizada pelos profissionais participantes, ainda carecem de investimentos por parte das instituições responsáveis com vistas à maior oferta de oportunidades de educação permanente, seja no nível de aperfeiçoamento ou especialização em Saúde Mental. Destaca-se a busca espontânea do conhecimento pelos enfermeiros independente do estímulo das esferas gestoras para tal.

Diante do quadro encontrado sinalizando que os enfermeiros têm dificuldade em perceber a especificidade do seu papel e de reconhecer sua identidade profissional nesta área, é fundamental que as instituições formadoras e gestoras repensem como estimular a inserção desses profissionais num campo onde cada vez mais as ações terapêuticas especializadas se ampliam com as devidas

interfaces na saúde, em conformidade com as Políticas de Saúde brasileiras, e em especial com a PNSM que prevê intervenções articuladas em toda área da saúde.

Com relação à operacionalização desta investigação, cabe considerar como aspectos limitantes, a utilização de questionário auto-aplicável, pois muitos participantes não tiveram disponibilidade para descrever com detalhes as ações que empreendem nos serviços, tirando a oportunidade de divulgar mais especificamente a prática do enfermeiro nos CAPS. Sugere-se, portanto, a coleta de dados por meio de entrevistas com os participantes.

Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010. Brasília (DF): DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas. Secretaria de Atenção à Saúde; Ministério da Saúde; 2011. 106 p.
2. Kantorski LP, Mielke FB, Teixeira Jr S. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. *Trab educ saúde*. 2008; 6(1):87-105.
3. Dias CB, Aranha e Silva AL. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):469-75.
4. Camatta MW, Scheneider JF. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):393-0.
5. Vilela SC, Moraes MC. A prática de enfermagem em serviços abertos de saúde mental. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16(4):501-6.
6. Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(3):333-40.
7. Furegato ARF, Osinaga VLM, Galera SAF, Pillon SC. Avaliação de instrumento para diagnóstico das atividades dos profissionais da saúde mental: estudo piloto. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2010; 1(3).
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4th. ed. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2010.
9. Rézio LA, Oliveira AGB. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14(2):346-54.
10. Tavares CMM. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(2):287-95.
11. Calgaro A, Souza EN. Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial

nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(3):476-83.

12. Vargas D, Oliveira MAF, Duarte FAB. A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011; 19(1):115-22.

13. Longaray VK, Almeida MA, Cezaro P. Processo de enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(1):150-7.

14. Lucchese R. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. *Rev Eletr Enf.* 2007; 9(3):883 -5.

15. Esperidião E, Cruz MFR, Silva GA. Perfil e atuação dos enfermeiros da rede especializada em saúde mental de Goiânia-Goiás. *Rev Eletr Enf [Internet].* 2011 [cited 03 jan 2012]; 13(3): 493-501. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a15.htm>.

16. Bourguignon LN, Guimarães ÉS, Siqueira MM. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos CAPS AD do Estado do Espírito Santo. *Cogitare Enferm.* 2010; 15(3):467-73.

17. Spadini LS, Souza MCBM. O preparo de enfermeiros que atuam em grupos na área de Saúde Mental e Psiquiatria. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010; 14(2):355-60.

18. Oliveira FB, Silva KMD, Silva JCC. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(4):692-9.

19. Soares RD, Villela JC, Borba LO, Brusamarello T, Maftum MA. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. *Esc Anna Nery.* 2011; 15(1):110-5.

20. Rodrigues RM, Schneider JF. A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. *Rev Latino-am Enfermagem.* 1999; 7(3):33-40.

21. Oliveira RMP, Loyola CMD. Pintando novos caminhos: a visita domiciliar em Saúde Mental como dispositivo de cuidar em enfermagem. *Esc Anna Nery R Enferm.* 2006; 10(4):645-51.

5.4 – Artigo 4

Percepção dos enfermeiros sobre os aspectos facilitadores e dificultadores da sua prática nos serviços de Saúde Mental

Nathália dos Santos Silva, Elizabeth Esperidião, Ana Lucia Queiroz Bezerra, Ana Caroline Gonçalves Cavalcante, Adrielle Cristina Silva Souza, Kelly Kan Carvalho da Silva

Resumo: O objetivo do estudo foi identificar, segundo a percepção dos enfermeiros, os aspectos facilitadores e dificultadores das suas práticas nos serviços de Saúde Mental. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, realizada em 22 serviços de Saúde Mental públicos do interior do Estado de Goiás. Participaram da pesquisa 21 enfermeiros. Utilizou-se o referencial de avaliação de Avedis Donabedian para discussão dos dados. Em relação aos aspectos facilitadores, foram citadas a disponibilidade de recursos físicos, mobiliário e materiais para realização das oficinas, qualificação profissional e relacionamento interpessoal com a equipe, coordenação e com os usuários. Nos aspectos dificultadores houve predominância de dificuldades relacionadas à estrutura que os serviços oferecem. Consideramos que os aspectos relacionados à estrutura e ao relacionamento interpessoal têm sido condicionantes para a efetividade das práticas dos enfermeiros em serviços de Saúde Mental no interior do Estado de Goiás.

Descritores: Enfermagem Psiquiátrica, Enfermeiros, Serviços de Saúde Mental, Saúde Mental

Perception of nurses about aspects facilitate or hamper their practice in mental health services

Abstract: The aim of this study was to identify, as perceived by the nurses, facilitate or hamper aspects of their practice in mental health services. It is a descriptive qualitative approach, held in 22 public mental health services in the State of Goiás, Brazil. Since 21 nurses participated. We used the evaluation reference of Avedis Donabedian for discussion of the data. With regard to facilitating factors were cited the availability of physical resources, furniture and materials for conducting workshops, professional training and interpersonal relationship with the team, and coordination with the users. Aspects hindering predominance of difficulties related to structure the services they offer. We consider that the aspects related to the structure and the interpersonal relationships have been constraints to the effectiveness of the practices of nurses in mental health services within the State of Goiás, Brazil.

Key words: Psychiatric Nursing, Mental Health Services, Mental Health

Percepción de las enfermeras en los aspectos facilitan o dificultan su práctica en los servicios de salud mental

Resumén: El objetivo de este estudio fue identificar, según la percepción de las enfermeras, los aspectos que facilitan o dificultan de su práctica en los servicios de salud mental. Se trata de un enfoque cualitativo descriptivo, realizado en 22 servicios públicos de salud mental en el Eestado de Goiás-Brazil. Desde el 21 enfermeras. Se utilizó la referencia de la evaluación de Avedis Donabedian para la discusión de los datos. En cuanto a los factores que facilitan fueron citados a la disponibilidad de recursos físicos, mobiliario y materiales para la realización de talleres, formación profesional y la relación interpersonal con el equipo, y la coordinación con los usuarios. Los aspectos dificultan el predominio de las dificultades relacionadas con la estructura de los servicios que ofrecen. Consideramos que los aspectos relacionados con la estructura y las relaciones interpersonales han sido las restricciones a la efectividad de las prácticas de los enfermeros en los servicios de salud mental en el Estado de Goiás-Brazil.

Palabras clave: Enfermería Psiquiátrica, Servicios de Salud Mental, Salud Mental

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas do século XX, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil intensificou críticas à forma violenta como os pacientes eram tratados nos asilos e hospícios, ocasionando as primeiras tentativas de humanização desses espaços⁽¹⁾. A Reforma Psiquiátrica brasileira pretendeu modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social e com o objetivo de integrar o sujeito que sofre de transtorno mental ao convívio familiar e social⁽²⁾.

O Brasil possui uma Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) que abarca os princípios da Reforma Psiquiátrica e propõe consolidar o modelo de atenção que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais e oferece cuidados com base nos recursos da comunidade. Com este enfoque, a rede de atenção ao portador de transtorno mental, deve ser formada por serviços comunitários articulados entre si, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência, Hospitais-dia, Núcleos de Atenção Psicossocial (NASF), além da inclusão de beneficiários no Programa de Volta para Casa⁽³⁾.

Para compreender a singularidade dos indivíduos, num contexto social e coletivo, os serviços de atenção em saúde mental devem contar com equipe ampla e multidisciplinar, na qual o profissional de enfermagem faz parte e possa implementar

ações terapêuticas conforme orientações da PNSM.

O momento atual do trabalho da enfermagem em saúde mental caracteriza-se pela transição entre uma prática de cuidado hospitalar que visava a contenção do comportamento dos doentes mentais e a incorporação de princípios novos e desconhecidos, buscando se adequar a uma prática interdisciplinar⁽⁴⁾.

Com o surgimento dos serviços abertos de saúde mental, foi necessário reorganizar os processos de trabalho e, conseqüentemente, o projeto terapêutico institucional. Nesse sentido, cabe também a enfermagem assumir uma postura terapêutica, na perspectiva humanista e de autonomia profissional⁽⁵⁾.

A prática atual da Enfermagem Psiquiátrica fundamenta-se em vários preceitos, sendo a reabilitação psicossocial a que deve nortear suas ações junto aos usuários e familiares dos serviços de Saúde Mental.

Com a mudança paradigmática de atenção à saúde mental, as funções do enfermeiro estão focadas na promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental, na ajuda ao indivíduo a enfrentar as pressões decorrentes dos transtornos mentais e na capacidade de assistir ao paciente, sua família e comunidade, ajudando-os a encontrarem o verdadeiro sentido da enfermidade mental⁽⁶⁾.

Entende-se que as ações de mudanças na atenção à saúde mental implicam na necessidade de profissionais comprometidos e capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura, de compreenderem os determinantes psicossociais da loucura, de articularem conhecimentos adquiridos com a proposta de assistência na área e de desenvolverem novas ações convergentes com a proposta psicossocial^(1, 6, 7).

Para o enfermeiro realizar suas funções, deve usar a percepção e a observação, formular interpretações válidas, delinear seu campo de ação com tomada de decisões, planejar a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo. Essas ações fazem parte do cuidado de enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico⁽⁶⁾.

Essa realidade vem requerer das instituições formadoras, a reconstrução dos seus Projetos de curso, no que se refere à atenção à saúde mental, buscando a reorientação do processo de formação voltado ao desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes para o exercício de práticas e saberes capazes de dar respostas aos princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica⁽⁷⁾.

Entretanto, os enfermeiros apresentam dificuldades em atender a PNSM, na medida em que não conseguem definir o objeto de trabalho de acordo com o paradigma da Reforma Psiquiátrica. Na equipe de saúde mental, que define como objeto de intervenção o sujeito-cidadão em suas necessidades psicossociais, o enfermeiro não se define como sujeito-trabalhador⁽⁴⁾.

Tendo em vista que as transformações do modelo de atenção na área mudaram a dinâmica na atuação dos profissionais de Enfermagem, cabe questionar quais os fatores que influenciam positiva ou negativamente a prática destes profissionais nos serviços substitutivos de Saúde Mental.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi identificar, segundo a percepção dos enfermeiros, os aspectos facilitadores e dificultadores nas suas práticas de trabalho nos serviços de Saúde Mental públicos do interior do Estado de Goiás.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa desenvolvida em todos os serviços públicos de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás, habilitados até dezembro de 2010. No período da coleta de dados, entre janeiro e maio de 2011, havia no interior do estado apenas CAPS, num total de 22 serviços.

Participaram do estudo todos os enfermeiros que trabalhavam nestes serviços há mais de três meses e estavam atuando na ocasião da coleta de dados, excluindo consequentemente aqueles em afastamento oficial, como férias e licença, totalizando 21 profissionais.

Utilizou-se um instrumento auto-aplicável, composto por questões abertas relacionadas à identificação dos aspectos facilitadores e dificultadores que os profissionais encontram para desenvolver suas atividades nos serviços.

As respostas, após serem transcritas, foram submetidas a análise de conteúdo⁽⁸⁾. Neste procedimento consideraram-se a frequência que foram listados os aspectos facilitadores e dificultadores da prática dos enfermeiros, assim como a relevância de conteúdo expressa pelos participantes, permitindo desta maneira considerar os conteúdos com baixa frequência, desde que significativos diante do contexto de atenção à saúde.

O referencial de avaliação de Avedis Donabedian foi considerado para fins de análise, o qual prevê três possíveis enfoques no processo avaliativo: Estrutura, Processo e Resultados. Assim, as facilidades e dificuldades também foram

categorizadas segundo dois deles, a estrutura e o resultado.

Os aspectos relacionados à estrutura referem-se aos recursos físicos, humanos (número e qualificação), materiais (como instalações e equipamentos), financeiros e organizacional. Quando se trata de processo, objetiva-se analisar todos os aspectos ligados às relações e às atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, na condução dos cuidados e na interação com os usuários⁽⁹⁾.

As falas dos enfermeiros que ilustram os resultados foram codificadas com a letra “E” seguidas do número da ordem com que eles foram entrevistados.

A pesquisa foi desenvolvida após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, protocolo 303/10, conforme as orientações da Resolução 196/96 do CONEP para pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram divididos em duas categorias que são: os aspectos facilitadores e dificultadores relacionados à prática dos enfermeiros nos serviços de saúde mental do interior do Estado de Goiás. Cada um destes aspectos foi separado em estrutura e resultado ⁽⁹⁾. Vale dizer que os enfermeiros relatam atividades relacionadas ao processo de trabalho, entretanto não foram mencionadas como facilitadoras ou dificultadores.

Aspectos facilitadores

Os aspectos citados, pelos enfermeiros, como facilitadores para o desenvolvimento das suas atividades nos CAPS foram agrupados na Tabela 1.

Foi possível perceber que estes aspectos estão mais relacionados à estrutura de trabalho dos profissionais que aos resultados dos serviços. Dentre os aspectos relacionados à estrutura, foram salientados a disponibilidade de recursos materiais e físicos, além da qualificação da equipe.

Especificamente em relação aos recursos físicos e materiais, foram mencionados o espaço, ambiente para atendimento aos usuários, mobiliário (mesas novas, cadeiras, armários) e materiais para realização das oficinas.

Trabalhar próximo ao serviço foi considerado como facilidade, aspecto também evidenciado em outro estudo, em que, somente a proximidade do local de trabalho com a residência do profissional foi um determinante externo ao ambiente de trabalho como causa de satisfação dos trabalhadores de saúde mental⁽¹⁰⁾.

Tabela 1: Aspectos facilitadores identificados pelos enfermeiros dos serviços de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás. Goiânia-GO, 2011.

Aspectos facilitadores das ações de enfermagem em Saúde Mental	Frequência
Relacionados à Estrutura dos serviços	
Disponibilidade de recursos materiais e físicos	5
Qualificação dos profissionais da equipe	3
Proximidade do serviço com a residência do profissional	1
Acesso à internet	1
Autonomia para realização de atividades de enfermagem	3
Equipe multiprofissional	7
Apoio e respeito da coordenação	8
Total	28
Relacionados ao Resultado	
Trabalho em equipe	3
Obtenção de experiência na área de SM	2
Afinidade pela área, iniciativa, e motivação própria	4
Interesse e aceitação (participação, empenho) dos usuários	2
Comprometimento dos profissionais da equipe	4
Total	15

Alguns enfermeiros citaram a qualificação dos profissionais da equipe multiprofissional e a experiência de seus membros na área de Saúde Mental como elementos que favorecem seu exercício profissional.

Sabe-se que a prática assistencial na área de saúde mental é complexa, pois requer, além da habilidade técnica necessária, a habilidade em lidar com o comportamento humano e com as relações humanas voltadas para a ressocialização do usuário⁽²⁾. Nesta perspectiva, 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 PNSM.

A percepção de os profissionais sentirem-se capacitados para atuar na área foi relacionada a cursos de pós-graduação, especialmente lato sensu, conforme ilustra o depoimento a seguir:

Sinto-me capacitado sim. Por acreditar que a pós-graduação a qual cursei teve um altíssimo rendimento, tanto pelos excelentes monitores, como pelas experiências compartilhadas pelos colegas de classe que já trabalhavam nos serviços de saúde mental. (E17)

Houve várias menções quanto a iniciativas próprias na busca por cursos, treinamentos e atualizações, a fim de melhorar o desempenho profissional.

Porque além de ser uma área que atuo porque gosto, tenho sempre me preparado em cursos, capacitações e diversas atualizações na área. Porém, a Saúde mental nos surpreende a cada dia e por mais “capacitada” que eu seja, o serviço nos mostra que sempre temos que aprender e capacitar um pouco mais. (E3)

Neste relato, nota-se um aspecto importante relacionado ao resultado que é a afinidade pela área, iniciativa e motivação própria, que podem influenciar positivamente o desempenho profissional. Em contrapartida, a área de Saúde Mental parece não ser atrativa para os enfermeiros e, muitas vezes, não é a área de escolha, mas a falta de melhores opções⁽¹⁾.

Entende-se que ação profissional no campo da saúde é multideterminada a fatores ligados à formação acadêmica do enfermeiro, às características pessoais do profissional e da própria sociedade⁽¹⁾.

Acredita-se que a baixa procura dos enfermeiros por trabalhos em Saúde Mental está intrinsecamente relacionada ao preconceito e estigma que muitas vezes não são superados pela forma com que o conteúdo é exposto durante os cursos de graduação, à pouca aproximação com os serviços extra-hospitalares e com os desafios postos pelo modelo psicossocial. Há também a desvalorização das competências relacionais, da criatividade e da plasticidade⁽¹¹⁾.

Por outro lado, todos os aspectos facilitadores, identificados no Resultado, estão pautados no relacionamento interpessoal com a equipe e com os usuários, como: trabalho em equipe, apoio e respeito da coordenação, interesse e aceitação, participação e empenho dos usuários.

Esses aspectos facilitadores corroboram com os resultados de outro estudo que avaliou a satisfação dos trabalhadores dos serviços de saúde mental, no qual emergiram determinantes considerados internos ao ambiente de trabalho, a saber: as relações estabelecidas com os usuários, referida por todos os entrevistados, o reconhecimento profissional e as relações com a equipe⁽¹⁰⁾.

Entretanto, as relações no ambiente de trabalho podem ser causa de satisfação ou insatisfação, dependendo de como são estabelecidas⁽¹⁰⁾. O apoio dos coordenadores foi destacado por muitos enfermeiros como facilitador das atividades nos serviços, destacando o importante papel da gestão neste processo.

A receptividade dos coordenadores no sentido de escutar e acolher as demandas dos profissionais revela que o bom relacionamento possibilita a integração de equipe multiprofissional, na perspectiva de construção coletiva do trabalho nos CAPS⁽¹⁰⁾.

Diante das possibilidades de organização dos processos de trabalho, emergem novas formas de relação entre os trabalhadores, inclusive a necessidade de se trabalhar com enfoque interdisciplinar⁽¹³⁾.

A interdisciplinaridade reforça a tendência de superação do compartilhamento do saber, como um dispositivo que busca integrar conhecimentos e atitudes que possam compreender a loucura em sua complexidade. A união de esforços pode ajudar na transformação do atendimento e no combate aos vícios de um modelo tradicional que ainda reside em nosso meio⁽¹²⁾. Elevados níveis de satisfação no trabalho na instituição correlacionam-se às boas relações profissionais, além de gostar de trabalhar com os usuários dos serviços⁽¹³⁾.

Entretanto, o trabalho interdisciplinar carece de constante reflexão. Não significa que todos podem fazer o trabalho de todos, porque há competências específicas de cada profissão. Certamente, a área da saúde mental passa por um período de reconstrução de práticas e saberes, tornando-se fundamental manter os profissionais engajados no compromisso coletivo. Espera-se que os profissionais de enfermagem trabalhem com a equipe no contexto da interdisciplinaridade, pois a inter-relação, a troca de experiências e conhecimentos favorece o cuidado junto ao usuário da rede de saúde mental⁽²⁾.

Aspectos dificultadores

Os aspectos dificultadores foram mais identificados e, igualmente aos aspectos facilitadores, houve predominância de dificuldades relacionadas à Estrutura dos serviços.

Também foi possível identificar que alguns aspectos relacionados à Estrutura e capacitação possuem uma característica dialética porque foram identificados como facilitadores quando presentes e dificultadores quando ausentes. Entretanto, considera-se os recursos materiais, humanos e físicos, qualificação profissional e acesso à internet como fundamentais para o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros.

O aspecto dialético pode estar relacionado aos serviços que estão situados em diversos municípios e, apesar de terem a mesma finalidade, têm estrutura e funcionamento diferentes e corrobora com as considerações de outro estudo⁽¹⁰⁾.

Tabela 2: Aspectos dificultadores identificados pelos enfermeiros dos serviços de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás. Goiânia-GO, 2011.

Aspectos dificultadores das ações da enfermagem	Frequência
Relacionados à Estrutura dos serviços	
Recursos materiais, humanos e físicos insuficientes	11
Transporte inexistente	3
Formação e capacitação profissional deficiente	9
Falta de acesso à internet	1
Vínculos empregatícios precários	7
Baixos salários	1
Ausência de trabalho interdisciplinar	3
Falta de apoio da coordenação	1
Total	37
Relacionados ao Resultado	
Centralidade no fazer médico	2
Falta de identificação do papel da enfermagem pela equipe multidisciplinar	6
Falta identificação do papel da enfermagem pelo próprio enfermeiro	3
Inexistência do trabalho em rede	1
Coordenação com perfil político	1
Total	13

A falta de recursos humanos, físicos e materiais como fator dificultador para o desenvolvimento das atividades nos serviços de saúde mental do interior do Estado de Goiás foi referida por mais da metade dos enfermeiros. Estudos apontam também que as principais causas de insatisfação dos trabalhadores está relacionada aos aspectos inerentes à estrutura física e material, como inadequação do local, precariedade do ambiente e restrição de materiais para a realização das oficinas^(1, 10, 13, 14).

Outro estudo realizado em Fortaleza corrobora com este resultado e mostra que 76% dos trabalhadores nos CAPS julgam que a estrutura física e a oferta de equipamentos/instrumentos para o trabalho não proporcionam condições satisfatórias para o desenvolvimento de suas ações⁽¹³⁾.

A preocupação com a estrutura física não tem origem somente na necessidade de conforto pessoal para a execução das atividades cotidianas, mas principalmente no desejo de melhor atender os usuários e de poder executar a contento as atividades programadas⁽¹⁰⁾, sendo portanto um dos meios e instrumentos de produção de trabalho⁽⁹⁾.

Três enfermeiros relataram como entrave, também, a inexistência de transporte para realização das visitas domiciliares, impedindo a realização de buscas ativas, visitas para avaliar condições de tratamento oferecido no domicílio do usuário, transporte do usuário quando necessário, ou seja, que dificulta a assistência de qualidade. Houve relatos da utilização de veículo próprio do profissional para as visitas domiciliares.

Vale salientar a necessidade de um veículo disponível no serviço para as visitas domiciliares, uma vez que o tratamento tem como meta avaliar e auxiliar o portador de doença mental e sua família no contexto em que se encontram, além de facilitar a busca ativa de usuários que ausentes ou desistentes do tratamento. A falta de transporte corrobora com o desconhecimento do território pela equipe e, assim, com a com a ineficiência do tratamento, sendo por isso um fator dificultador.

Alguns sujeitos também citaram como entrave, a falta de acesso à internet para realização de pesquisas. A utilização da internet é um meio significativo por facilitar o acesso a informações e a processos de educação à distância. Fazer uso desta ferramenta auxilia programas de qualificação, o que permite a agilização nos processos comunicacionais necessários à educação permanente ⁽¹⁵⁾.

Vale dizer que no cenário de estudo, há muitos profissionais em regime de contrato de trabalho temporário/comissionado o que prejudica o vínculo profissional e consequentemente sua inserção nos projetos assistenciais dos serviços. O fato de a maioria dos enfermeiros serem funcionários contratados enfraquece as suas relações com a instituição.

Outro fator citado como dificultador para a realização do trabalho de enfermagem foram os baixos salários recebidos pelos enfermeiros. Estudo de Rézio e Oliveira⁽¹⁴⁾ corrobora com este resultado, considerado fator desfavorável para as atividades desenvolvidas nos CAPS. O vínculo frágil não garante a continuidade do trabalho e, portanto, da assistência, como seria desejado^(12, 14, 15).

Diante destes resultados, fica evidente a necessidade dos gestores e coordenadores dos serviços de Saúde Mental adotar medidas que desprecarizem as condições de trabalho dos profissionais e fortaleçam o trabalho dos mesmos^(10, 12). Da mesma forma, os profissionais também devem reivindicar melhorias⁽¹⁴⁾.

Esta deficiência pode ser superada através da democratização das relações de trabalho, por meio do resgate da participação dos profissionais na gestão da organização e da produção da assistência aos usuários. Para tanto, faz-se

fundamental identificar o grau de comprometimento dos gestores dos serviços de saúde em viabilizar esse processo de democratização⁽¹²⁻¹⁴⁾.

O papel do coordenador nos serviços de saúde mental no interior do Estado de Goiás foi um forte aspecto facilitador no sentido de apoiar os enfermeiros e direcionar o trabalho de toda a equipe. No entanto, este cargo de coordenador foi observado como negativo quando ele possui apenas característica política e não técnica. Nos serviços pesquisados isto não ocorreu com frequência e, no entanto, é muito significativo visto a complexidade que a assistência em Saúde Mental exige, principalmente num momento de mudança do modelo assistencial. É fundamental que os coordenadores dos serviços tenham clareza do papel a ser desempenhado nos serviços e, principalmente, das propostas da Política Nacional de Saúde Mental. Esta condição deve influenciar diretamente nas atividades dos enfermeiros.

O trabalho de enfermagem é marcado historicamente por subordinação ao modelo médico disciplinador e pelo desenvolvimento de práticas coadjuvantes. Entretanto, o enfermeiro terá mais condições de desenvolver práticas que visem o resgate da cidadania das pessoas em sofrimento mental se estiver consciente da sua condição social e pessoal e ao se perceberem como co-responsáveis pelo trabalho com a coletividade⁽⁴⁾.

Outro resultado relevante corresponde à autonomia dada ao psiquiatra. Este fato reforça que muitos profissionais não se adequaram ao novo modelo de assistência em saúde mental que preconiza o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Esta autonomia e centralidade nas consultas médicas estão, portanto, relacionadas à deficiência de formação e capacitação dos enfermeiros. Na falta de um fazer definido o enfermeiro executa o que lhe parece correto ou o que se aproxima mais das ações que já está acostumado a realizar. Também o que poderia estar conduzindo a este posicionamento, seria o modelo de atenção à saúde ao qual o enfermeiro se insere. Trata-se de um modelo centrado na consulta médica, na psicofarmacologia e nos cuidados com o corpo, em virtude do agir terapêutico⁽¹⁶⁾.

A falta de capacitação na área de Saúde Mental, bem como a ausência de educação continuada foi considerada como dificultador para o melhor desempenho das atividades profissionais dos enfermeiros. Talvez, por esta razão aparece entre as respostas de alguns participantes a não identificação de seu papel profissional nos serviços especializados.

“Eu não fui capacitada quando cheguei aqui. Cheguei e pronto! Fui trabalhar sem saber ao certo o que estava fazendo. Sinto falta disso”. (E12)

Atualmente, verifica-se que, apesar da inserção do enfermeiro na equipe multiprofissional dos serviços de saúde mental, há ainda desvalorização das atividades específicas relativas à assistência⁽²⁾, falta de reconhecimento pelos demais membros da equipe⁽¹⁾. Percebe-se que, nos projetos institucionais, o enfermeiro está presente na equipe em função, apenas, de exigências legais e não como um profissional importante na assistência à pessoa em sofrimento psíquico⁽¹⁶⁾.

Diante disto, muitos enfermeiros não se sentem capacitados para atuar nos serviços de saúde mental e relaciona isto à deficiência do ensino durante a graduação à falta de educação continuada.

“Não me sinto capacitada, visto que não possuo nenhuma qualificação em saúde mental e creio que somente a graduação não oferece o suporte necessário para lidar adequadamente com o transtorno mental”. (2)

“Não me sinto capacitada em totalidade, pois falta um maior conhecimento acerca de procedimentos e condutas em saúde mental”. (E11)

Percebe-se que os profissionais necessitam de qualificação, além de graduações para desenvolver procedimentos e conhecimentos específicos de psiquiatria. Deste modo, o enfermeiro não consegue estabelecer uma prática que se diferencie da prática tradicional em psiquiatria indo das funções tradicionais de supervisão, administração de medicamento, alimentação e higiene^(2, 17).

A prática da enfermagem, principalmente nos serviços de atenção psicossocial, deve se constituir pela responsabilidade na acolhida do usuário, estabelecendo vínculos afetivos, de confiança, de escuta e de relações interpessoais entre usuários e familiares. Então, as universidades e os cursos de especialização e atualizações devem considerar este enfoque.

Há um distanciamento entre a teoria e prática nos serviços. Sendo assim, o acadêmico egresso possui um domínio teórico limitado e centrado no modelo tradicional e segregante da psiquiatria. Esta realidade dificulta a percepção e a capacitação dos profissionais para as práticas atuais na assistência à saúde mental⁽²⁾. Grande parte dos cursos de enfermagem está em municípios que não possuem CAPS, o que também dificulta a orientação psicossocial.

Muitos autores têm enfatizado que para atuar em saúde mental, o enfermeiro deve ter preparo suficiente e de qualidade, com uma prática que não se restrinja ao hospital psiquiátrico, considerando o modelo psicossocial de atenção à saúde com enfoque na comunidade^(1, 16, 18, 19). A inserção do discente em serviços extra-hospitalares possibilita que ele experiencie e desenvolva competências que contemple o modelo psicossocial^(14, 19).

Apesar de não ter tido contato com serviços de saúde mental que não fosse o hospital psiquiátrico, enquanto acadêmica, estou sempre procurando aperfeiçoar meus conhecimentos. Senti falta desta prática quando entrei aqui no CAPS. (E7)

O curso de graduação deve possibilitar o pensamento teórico, permitindo a compreensão das “novas” demandas na formação de enfermeiros que apresentem uma identidade profissional^(1, 2, 15, 16, 19). No entanto, a realidade aponta como um dos aspectos dificultadores, a falta de preparo profissional específico^(1, 2).

Então, é fundamental, além de direcionar a formação acadêmica, focar os enfermeiros que já atuam nos serviços. Há necessidade de se desencadear processos de educação permanente desses trabalhadores de enfermagem, especialmente relacionados à saúde mental exige além definições de competências específicas, processos educativos contextualizados que visem o desenvolvimento de interdisciplinaridade^(6, 15).

É inegável que a educação permanente é necessária e desejada pela equipe de enfermagem de saúde mental e exige além de programas educacionais baseados em definições de competências específicas, processos educativos mais amplos e problematizadores que visem o desenvolvimento de conhecimentos de caráter interdisciplinar^(11, 15). As competências devem possibilitar ao enfermeiro a articular e mobilizar recursos próprios, acadêmicos e científicos, sendo assim, conhecimentos e habilidades e atitudes devem ser complementares e igualmente estimulados^(2, 11).

A prática assistencial na área de saúde mental é complexa, pois requer, além da habilidade técnica necessária, de lidar com o comportamento humano, ou seja, com as relações humanas voltando-se para a ressocialização do portador de transtorno mental.

Assim, é preciso assegurar apoio à construção de sistemas integrais de educação permanente no âmbito do próprio serviço. Estes devem auxiliar no

conhecimento de estratégias inovadoras de cuidar, favorecer o intercâmbio de experiências e a aliança entre os serviços de saúde e as instituições acadêmicas⁽¹⁵⁾.

A inexistência do trabalho em rede e a dificuldade na referência e contra-referência também apareceram como fator dificultador. A articulação da rede de serviços de saúde permite que os profissionais encaminhem os pacientes a outros dispositivos de saúde, sejam eles na atenção básica, ou nos demais serviços. No entanto, é possível verificar que os profissionais dos outros serviços de saúde dificultam ou mesmo rejeitam os pacientes referenciados pelo CAPS. Uma das proposição é a do estigma social que ainda existe com relação a esses pacientes, uma vez que a visão dos hospícios como proposta de tratamento para os doentes mentais não foi definitivamente descartada.

Espera-se que as unidades de saúde sejam a porta de entrada da rede. Se essas unidades não tiverem os recursos necessários para a resolução do problema, deve-se encaminhar o usuário para a referência, que se constitui em outro serviço considerado de maior complexidade. Trata-se de estabelecer, portanto, uma circulação controlada, para que os problemas sejam resolvidos com eficácia e ao menor custo possível⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência de Enfermagem nos serviços de Saúde Mental, especialmente nos CAPS, pode ser influenciada por diversos fatores relacionados à disponibilidade de recursos, fatores inerentes aos profissionais, fatores relacionados à experiência na área de Saúde Mental, bem como a dinâmica do profissional com os demais membros da equipe de saúde.

Diante os resultados desta pesquisa, foi possível perceber que alguns enfermeiros apontaram como facilitadores: a disponibilidade de recursos humanos, físicos e materiais; a autonomia para desenvolver suas atividades; a aceitação dos pacientes; o reconhecimento de suas funções por parte dos demais profissionais do serviço; a qualificação e capacitação dos trabalhadores; afinidade pela área; proximidade do serviço com a residência do profissional; o desenvolvimento do trabalho em equipe e a interdisciplinaridade.

Todos estes fatores colaboram para que o profissional desenvolva seu trabalho com interesse e motivação, o que pode influenciar de forma positiva ou negativa a assistência dos enfermeiros se estiverem disponíveis.

Os resultados puderam contribuir para o conhecimento das lacunas e das deficiências que ainda existem nos CAPS, e despertar para a necessidade de se garantir meios/recursos para que os profissionais possam desenvolver uma assistência integral e humanizada.

Percebemos a necessidade de adequação da Estrutura dos serviços no interior do Estado de Goiás quanto ao dimensionamento dos ambientes e disponibilidade de materiais. A ausência destes fatores tem dificultado o desenvolvimento das atividades no CAPS, e conseqüentemente, prejudica o tratamento dos usuários. Como realizar oficinas terapêuticas se não há espaço e ou material suficiente e disponível? Como fazer acolhimento se os espaços não permitem privacidade aos usuários e seus familiares?

Outra questão relacionada à Estrutura é a falta de qualificação dos enfermeiros. Esta condição não possibilita a visibilidade do profissional enfermeiro e gera neles a sensação de insegurança perante a equipe multiprofissional. Também é possível perceber, de forma até então empírica, que há uma indefinição de papéis, a crise de identidade do profissional enfermeiro e que este atribui à formação acadêmica a dificuldade em trabalhar com os usuários nos serviços de saúde mental e com a equipe multiprofissional. O modelo psicossocial concebe práticas que contrapõem as práticas asilares e médico-centradas, sendo assim fundamental a adequação segundo este modelo, de modo a atender o usuário do serviço de modo integral e humanizado.

As instituições formadoras precisam adequar o ensino da enfermagem psiquiátrica ao modelo vigente. Adequar os conteúdos e ensinar com enfoque no paradigma psicossocial, e ainda, inserir no currículo os estágios nos serviços que compõem a rede de assistência em Saúde Mental, em especial os CAPS.

Também está relacionado ao investimento em melhorias na estrutura dos serviços, e a qualificação dos profissionais, como forma de agregar conhecimentos, por meio de programas de educação continuada. Este é um aspecto importante, visto que há uma necessidade de formar e manter os recursos humanos fundamentados nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Por fim, os processos avaliativos têm que ser reforçados com o intuito de conhecer a situação dos serviços, suas fragilidades e potencialidades e, desta forma, discutir ações para a melhoria da formação e práticas dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dias CB, Aranha e Silva AL. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 02 mar 2011]; 44(2): 469-75. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/.
2. Calgaro A, Souza EN. Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(3):476-83.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras DrogasSaúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde. 2011. 106 p.
4. Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. Rev Latino-am Enfermagem. 2003; 11(3):333-40.
5. Vilela SC, Moraes MC. A prática de enfermagem em serviços abertos de saúde mental. Rev enferm UERJ. 2008; 16(4):501-6.
6. Villela SC, Scatena MCM. A Enfermagem e o cuidar na área de Saúde Mental. Rev Bras Enferm. 2004 57(6):738-41.
7. Fernandes JD, Sadigursky D, Silva RMO, Amorim AB, Teixeira GAS, Araújo MCF. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(4):962-8.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
9. Donabedian A. Quality assurance. Structure, process and outcome. Nurs Stand. 1992; 7(11 Suppl QA):4-5.
10. Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. Ciênc saúde coletiva. 2011; 16(4):2145-54.
11. Lucchese R. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. Rev Eletr Enf [Internet]. 2007 [cited 2010 mar 30]; 9(3): 883 -5. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a28.htm>.
12. Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010; 14(2):260-7.

13. Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Morais APP. Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2007 16(3):417-25.
14. Rézio LA, Oliveira AGB. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010; 14(2):346-54.
15. Tavares CMM. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(2):287-95.
16. Rodrigues RM, Schneider JF. A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. *Rev latino-americana de enfermagem.* 1999; 7(3):33-40.
17. Oliveira FB, Silva KMD, Silva JCC. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(4):692-9.
18. Kantorski LP, Mielke FB, Teixeira Júnior S. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. *Trab educ saúde.* 2008; 6(1):87-105.
19. Soares RD, Villela JC, Borba LO, Brusamarello T, Maftum MA. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. *Esc Anna Nery.* 2011; 15(1):110-5.
20. Zambenedetti G, Silva RAN. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicol rev.* 2008; 14(1):131-50.

5.5 – Artigo 5

Compreensão dos coordenadores acerca da Política Nacional de Saúde Mental

Nathália dos Santos Silva, Elizabeth Esperidião, Adrielle Cristina Silva Souza, Ana Caroline Gonçalves Cavalcante, Kelly Kan Carvalho da Silva

Resumo: O processo de desinstitucionalização da assistência em Saúde Mental pode ficar comprometido se não houver uma adequada formação e compreensão da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) pelos profissionais da área. O objetivo deste trabalho foi analisar a compreensão dos coordenadores serviços de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás sobre a PNSM. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa realizada com 19 coordenadores de CAPS do interior do Estado de Goiás. Os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo com o auxílio do software ATLAS-ti. Os coordenadores possuem uma compreensão pertinente sobre a PNSM destacando a reinserção social, inclusão da família na assistência, trabalho interdisciplinar e a articulação dos serviços em uma rede de assistência. Mas, eles têm tido dificuldade para implementar a PNSM devido à carência de dispositivos na rede, à necessidade de qualificação e à falta de investimentos em recursos físicos, financeiros e humanos.

Descritores: Assistência em saúde mental; gestão em saúde; recursos humanos; serviços de saúde mental; Saúde Mental.

Knowledge about the National Mental Health Policy: analysis of coordinators

Abstract: The process of deinstitutionalization of mental health care may be compromised if there is adequate training and understanding of the National Mental Health (PNSM) by professionals. The aim of this study was to understand the mental health service coordinators in the state of Goiás on PNSM. This is a descriptive qualitative approach performed with 19 CAPS coordinators in the state of Goiás Data were submitted to thematic content analysis with the help of the ATLAS-ti software. The coordinators have an understanding about the PNSM highlighting relevant social reintegration, including family care, interdisciplinary work and coordination of services in a service network. But they have struggled to implement PNSM due to lack of network devices, the need for qualification and the lack of investment in physical resources, financial and human.

Descriptors: Mental health care, health management, human resources, mental health services, Mental Health.

El conocimiento sobre la Política de Salud Mental: análisis de las del coordinadores

Resumen: El proceso de desinstitucionalización de los servicios de salud mental puede verse afectada si hay una formación adecuada y la comprensión de la Nacional de Salud Mental (PNSM) por los profesionales. El objetivo de este estudio fue conocer los coordinadores de servicios de salud mental en el estado de Goiás en PNSM. Se trata de un enfoque descriptivo cualitativo realizado con 19 coordinadores de CAPS en el estado de Goiás datos fueron sometidos a análisis de contenido temático, con la ayuda del software ATLAS-ti. Los coordinadores tienen un entendimiento acerca de la PNSM destacando la reintegración social relevante, incluyendo el cuidado de la familia, el trabajo interdisciplinario y la coordinación de los servicios en una red de servicio. Pero ellos se han esforzado por aplicar PNSM debido a la falta de dispositivos de red, la necesidad de cualificación y la falta de inversión en recursos físicos, financieros y humanos.

Descriptor: Asistencia De Salud Mental; la gestión de la salud; recursos humanos; servicios de Salud Mental; Salud Mental.

INTRODUÇÃO

No modelo manicomial da assistência psiquiátrica, ao longo da história, o sujeito era excluído de seu contexto social após um ou mais episódios de sofrimento e surto, sendo submetido a regras hospitalares frias e sem flexibilidade. As vontades e os desejos dos indivíduos atendidos eram descartados em prol de uma idéia pré-concebida do que seria saudável moralmente para sua vida e conveniente para a sociedade, oferecendo um longo período de internação e de reclusão em um mundo que lhe é alheio¹.

Neste contexto que, nos anos de 1960, surge em vários países o movimento denominado Reforma Psiquiátrica que contesta a perspectiva asilar e medicalizante de assistência em saúde mental, envolvendo propostas alternativas em relação aos manicômios².

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica iniciou-se na década de 70 e trouxe uma nova visão de tratamento e acompanhamento para as pessoas com transtornos mentais, através de práticas diferenciadas no campo da psiquiatria e da saúde mental. Este movimento sofreu influência de concepções teóricas e experiências de diversos países, tais como Inglaterra, França, Itália e Estados Unidos, apontando para a construção de um novo modelo de atenção³.

Portanto, ao longo dos últimos 30 anos, o modelo assistencial e os saberes nesta área têm se modificado na sociedade, na medida em que se passa a dar importância singular aos sujeitos em sofrimento mental, na perspectiva da atenção psicossocial em que se valoriza também a questão dos direitos humanos^{4,5}.

Neste cenário, o atendimento em saúde mental tem sido redirecionado para a assistência em serviços de base comunitária com enfoque no modelo de atenção que cuida das pessoas no seu meio e suas relações e não mais na doença. É possível perceber que há uma mudança, pelo menos, de paradigma. O antigo modelo que entende o processo de enlouquecimento como estritamente orgânico, médico-centrado, que tem a cura como finalidade e que percebe o tratamento como apenas medicamentoso é substituído pelo modelo psicossocial. Assim, a autonomia e subjetividade do indivíduo são valorizadas na proposta terapêutica objetivando atender, apoiar e reabilitar o usuário e a família no meio em que vivem⁶.

No Brasil, tais premissas estão contidas na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) que propõe a criação de uma rede de serviços substitutivos abertos, de base comunitária e territorial sustentada na atenção psicossocial. Esta rede objetiva proporcionar às pessoas com transtorno mental um novo espaço social, de modo a promover a condição de cidadania⁷.

A PNSM fundamenta-se na Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e estabelece que os tratamentos devam ser realizados, preferencialmente, em serviços extra-hospitalares de Saúde Mental com a finalidade de reinserção social do paciente em seu meio, ficando vedada a internação destes pacientes em instituições com características asilares⁸.

Uma das modalidades dos serviços extra-hospitalares que integram a rede especializada são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que estão sendo implantados em vários municípios do país e se consolidam como dispositivos eficazes na substituição dos internamentos psiquiátricos, cabendo-lhes realizar o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes⁷.

Os CAPS são entendidos como espaços que buscam maneiras de resgatar e promover o modelo psicossocial ao utilizar abordagens vocacionais, educacionais, sociais e recreacionais, visando a autonomia do portador de transtorno mental na sociedade⁶.

Entretanto, quando se analisa a realidade assistencial da área de Saúde Mental brasileira, nota-se que as instituições especializadas encaram desafios referentes ao processo de transformação do cuidado ao paciente e frente ao processo de desinstitucionalização. Tais desafios são caracterizados por

difficultades de implementar ações para prover reinserção do paciente no meio social e familiar porque, muitas vezes, esse processo de transformação é dado como mera desospitalização, não havendo mudança no contexto do cuidar⁹.

Alguns autores ressaltam ainda a dificuldade no trabalho interdisciplinar encontrada no processo de mudança de paradigma assistencial, pois alguns profissionais não são preparados para desenvolver atividades multidisciplinares, sentindo-se perdidos, levando-os algumas vezes a não desenvolverem ações específicas de sua área de formação^{1,9}.

Neste tocante, é inegável a importância do papel do coordenador dos serviços na condução dos processos e ações que são empreendidos pelos profissionais de saúde, considerando que a depender da sua compreensão e atitudes, pode haver influência no direcionamento da equipe profissional nas atividades que desenvolvem.

Diante da relevância desses aspectos para a efetividade do modelo de atenção psicossocial, este estudo objetiva analisar a compreensão dos coordenadores dos serviços de Saúde Mental públicos do interior do Estado de Goiás acerca da PNSM.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória realizada nos serviços públicos de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás habilitados até o mês de dezembro de 2010, totalizando 22 serviços localizados em 19 municípios. No interior do Estado foram identificados apenas serviços públicos do tipo CAPS.

Foram incluídos na pesquisa todos os coordenadores que estavam atuando nos serviços no período de coleta de dados. Um dos CAPS não possuía coordenador, outro o coordenador não compareceu para a entrevista e, em outro, o coordenador se recusou a participar; totalizando 19 coordenadores.

Os dados foram coletados entre janeiro e maio de 2011 por meio de um roteiro semi-estruturado com questões fechadas para identificar o perfil profissiográfico dos coordenadores e por entrevistas com questões norteadoras sobre a PNSM. Todas as entrevistas foram gravadas, estando presente apenas o entrevistador e o coordenador a ser entrevistado.

As respostas foram transcritas e submetidos à análise temática de conteúdo, segundo Bardin (2010)¹¹, com o auxílio do *software* ATLAS-ti, versão 6.2.

Após a organização dos dados obtidos, procurou-se identificar palavras e frases que tivessem maior frequência de citação e que pudessem ser agrupadas por semelhanças de sentido¹¹. Tal processo deu origem às unidades de registro (*codes*) que respondiam aos objetivos da pesquisa.

Partiu-se para a codificação das entrevistas que consiste em descobrir as unidades de contexto (*quotations*) que compõem a comunicação, trechos de falas, relato e cuja frequência de aparição pode apresentar alguns significados com o objetivo analítico escolhido. Ou seja, à medida que as unidades de contexto eram identificadas uma unidade de registro era atribuída a eles. Dessa forma, codificaram-se todas as citações pertinentes ao objetivo da pesquisa.

Após a codificação seguiu-se pela categorização (*families*) dos dados. As unidades de registro foram agrupadas em razão de características comuns destes elementos, com a finalidade de condensar as unidades de contexto cuja aproximação favorece o entendimento¹¹.

Optou-se por visualizar as categorias a partir de uma rede (*network*) de elementos no ATLAS.ti. Estas redes permitem fazer relações entre unidades de registro e unidades de contexto que também puderam ser visualizadas num esquema gráfico.

Por fim, as categorias foram analisadas e discutidas com base nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e na literatura especializada sobre o tema em bases de dados.

As falas dos sujeitos que ilustram as categorias foram codificadas no ATLAS.ti e a referência da citação é formada pelo número do sujeito seguido do número de ordem do núcleo temático no documento transcrito.

Todos os procedimentos éticos deste estudo foram obedecidos que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, com o protocolo número 303/10.

Esta pesquisa faz parte de um projeto multicêntrico coordenado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no qual a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás é responsável pela condução de estudos em Goiás visando consolidar os dados a fim de contribuir com a Saúde Mental da Américas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A - Perfil profissiográfico dos coordenadores

A maioria das coordenações é exercida por psicólogos (47,4%), seguidos por enfermeiros (31,6%) e terapeutas ocupacionais (10,5%). Um dos coordenadores possuía formação em gestão pública e também apenas um era médico.

O sexo feminino prevaleceu (79%) e a idade dos coordenadores variou de 22 a 61 anos, sendo que 26,3 % possuíam até 30 anos de idade, 15,8 % tinham idade entre 31 e 40 anos, 36,8% entre 41 e 50 anos e 21 % com 51 anos ou mais.

O tempo de formação variou de um a 33 anos, embora 52,6% dos coordenadores possuíam até cinco anos completos de conclusão do curso de graduação, 10,5% tinham entre cinco e 10 anos completos, 10,5% entre 11 e 20 anos completos, 26,3% têm mais de 21 anos de conclusão do curso de graduação.

O tempo de atuação na área de saúde mental desses coordenadores variou de menos de um ano a 33 anos, sendo que 52,6% deles possuíam até cinco anos de trabalho na área de saúde mental; 5,3% tinham entre cinco e 10 anos, 26,3% tinha de 11 a 20 anos, 15,8% trabalham há mais de 20 anos em saúde mental.

Por outro lado, o tempo de trabalho nos CAPS em que os coordenadores se encontravam variou de menos de um ano até nove anos completos; 21% atuam nos CAPS há menos de um ano; 31,6% entre um e dois anos; 10,5% atuam entre dois a três anos e 36,8% atuam há mais de três anos.

A despeito da jornada de trabalho dos coordenadores variou entre 12, 20, 30 e 40 horas semanais, predominou a jornada de trabalho de 40 horas semanais, cumprida por 15 dos coordenadores.

Com relação à capacitação profissional, 68,4% dos coordenadores têm curso de especialização; mas com formação na área da Saúde Mental, apenas 30,8% deles.

O salário variou de R\$ 800,00 à R\$ 6.000,00, sendo a média salarial de R\$ 2583,33. Salienta-se que, no momento da coleta de dados, o salário mínimo vigente no país correspondia a R\$ 545,00. Dentre os participantes 68,4% referiram não receber gratificação por exercer cargo de coordenador do serviço.

Quanto à empregabilidade, 63,2% dos coordenadores afirmaram possuir outro trabalho, sendo que metade dos empregos está relacionada à Saúde Mental. Entretanto, não foi possível discriminar se tais vínculos empregatícios ocorrem em instituições públicas, de natureza privada ou filantrópica.

Esses resultados podem ser preocupantes na medida em que um dos

principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a formação de recursos humanos, cujo processo exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho ¹².

A política de recursos humanos para o SUS deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho, e como diretriz, o Pacto de Gestão que preconiza a educação permanente como política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para qualificação do SUS ¹³.

Em relação ao regime de contrato, 73,7% possuíam vínculo empregatício por contrato temporário, apresentando insegurança quanto a permanência no serviço e grande rotatividade de profissionais prejudicando o vínculo paciente/família com o profissional.

As condições de trabalho identificadas nos municípios podem estar relacionadas a subjetividade nas relações de poder oriundas da dimensão político-partidária. Por exemplo, cada vez que muda o gestor municipal, ocorrem indicações para cargos considerados de confiança, gerando descontinuidade de ações em função de interesses partidários e não em função de avaliações ancoradas em necessidades reais ¹⁴.

Entretanto, é importante compreender que o gerenciamento local de saúde deve ser desenvolvido por profissional competente, capaz de liderar e agregar valor aumentando o potencial de sua equipe e conjugando esforços para utilizar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos de modo a aumentar a resolutividade do serviço, em conformidade com o modelo assistencial pautado na região ¹⁵.

B - Os coordenadores e a Política Nacional de Saúde Mental

A análise de conteúdo das entrevistas acerca da compreensão dos coordenadores dos CAPS sobre a PNSM possibilitou elencar duas categorias temáticas e suas respectivas subcategorias: *O conhecimento dos coordenadores sobre Reforma Psiquiátrica* (A transição da assistência psiquiátrica tradicional para a atenção psicossocial e Vivência dos coordenadores sobre a Política Nacional de Saúde Mental) e *Modelo de gestão da assistência em Saúde Mental* (Formação e articulação do trabalho em rede, O trabalho interdisciplinar e A inclusão da família no projeto terapêutico).

1 - O conhecimento dos coordenadores sobre a Reforma Psiquiátrica

1.1 – A transição da assistência psiquiátrica tradicional para a atenção psicossocial

A experiência de trabalho no modelo hospitalocêntrico possibilitou a muitos coordenadores compreender os objetivos da PNSM porque puderam comparar a assistência tradicional com a atenção psicossocial.

“Olha eu entendo que nós estamos no caminho certo. Acho que a exclusão não ajudou ninguém. Eu trabalhava em uma instituição de regime fechado com 400 pacientes que entravam lá, ficava dois anos e nunca saia, a não ser se fosse dirigido. Eu nunca vi assim fulano saiu daqui com alta.” (4:20)

Este relato permite refletir sobre o tratamento oferecido no modelo hospitalocêntrico, que favorecia a exclusão do sujeito.

“Com certeza, nós temos ainda um longo caminho. Nós analisamos em equipe toda semana e concluímos que já caminhamos bastante, assimilando e executando bem a proposta da Reforma Psiquiátrica. Acho que nós vamos chegar lá. Eu vivi as duas realidades, e hoje eu vejo com muito bom olhos essa nova proposta de atendimento.” (14:28)

O depoimento desse participante destaca a efetividade com que vem se consolidando os serviços e práticas psicossociais propostos pela PNSM. Para garantir o avanço da reforma é importante ter um quadro de profissionais que defenda modelos de atenção diferentes dos anteriores, para não reduzir a proposta à simples abertura de novos serviços. Os profissionais que participaram da luta militante podem ter mais facilidade de reconhecer os avanços propostos pela PNSM¹⁶, na medida em que suas experiências permitam não mais nortear a assistência nos moldes custodiais, visto sua ineficácia na reinserção social.

Os profissionais da saúde que trabalharam em hospitais psiquiátricos, antes de serem tomados pelo medo da desapropriação do trabalho e de se apegarem às premissas do modelo manicomial, devem ter claro o novo momento da saúde mental e seus questionamentos, procurando transformar as tecnologias de acordo com tal momento, visando à humanização, à cidadania e à inclusão social na prestação de serviços¹.

O conhecimento dos princípios da Reforma Psiquiátrica é importante porque

são eles que fundamentaram a construção da PNSM. A promoção de reinserção social através do trabalho no território em que o usuário está inserido foi considerada pelos coordenadores como prioridade para efetivar a PNSM.

Estes fundamentos possibilitam aos coordenadores direcionar suas práticas para promover desinstitucionalização e a reinserção social.

“O que eu entendo é que hoje a saúde mental tem prioridade de cuidar das pessoas que tem algum sofrimento psíquico, em liberdade, com base comunitária, ou seja, dentro da comunidade. É um modelo que não exclui.” (4:1)

Poucos (quatro) coordenadores compreendem a Reforma Psiquiátrica como possibilidade apenas de não hospitalização das pessoas com transtorno mental. Neste sentido, a desinstitucionalização é entendida como mera desospitalização, ou seja, colocar estas pessoas para fora do hospital, sem haver estrutura na comunidade para cuidar delas e de seus familiares ¹⁷.

“Desinstitucionalização. Essa seria a primeira prioridade, porque na reforma psiquiátrica fala da não internação, para não internar os pacientes e a gente sabe que, no geral, nós não temos estrutura o suficiente para que isso não aconteça.” (19:1)

É importante compreender que o modelo que não exclui envolve a desospitalização e a adoção de práticas que possibilitam realmente reinserir o paciente em seu meio social e familiar ².

“Então a desospitalização, é trabalhar com questões de infra estrutura social, tirar os estigmas que o usuário de saúde mental sempre sofreu, é romper os preconceitos e fazer um trabalho realmente efetivo e reinserção social”.(8:1)

Embora este relato faça referência a desospitalização, seu conteúdo vai muito além do sentido de apenas retirar os usuários dos hospitais psiquiátricos. Traz em si o conceito de desinstitucionalização, que está relacionado a um processo ético de resgate dos direitos dos cidadãos em uma dimensão contrária ao estigma, à exclusão e à violência. Também envolve práticas diferenciadas de promoção de cidadania e reprodução social ¹⁷.

Vale destacar que, neste estudo, os participantes não fizeram distinção conceitual entre desinstitucionalização e desospitalização, utilizando-os muitas vezes como sinônimo. Por outro lado, muitos coordenadores compreendem a

desinstitucionalização como principal proposta da PNSM. A apropriação deste conhecimento é essencial para o desenvolvimento do cuidado integral aos usuários, para proporcionar reinserção social considerando as necessidades deles e de seus familiares.

1.3 – Vivência dos coordenadores sobre a Política Nacional de Saúde Mental

A vivência dos coordenadores nos serviços substitutivos tem lhes favorecido a aproximação com as orientações da PNSM, experienciando o processo de construção do modelo de atenção proposto.

“Eu acredito plenamente na experiência que tem mostrado, que à medida que você oferece esse tipo de serviço, o agravamento dessas crises vai diminuindo.” (1:18)

“E, desde 2002 que eu estou trabalhando com este novo modelo. Com a assistência eu vejo que algumas pessoas conseguem a sua reinserção social. Que depressão pode ter cura, que esquizofrenia pode ter controle, quebrar com os estereótipos, quebrar com os estigmas. Estamos no caminho certo.” (4:22)

“A gente está conseguindo avançar, não vou falar que a gente está no zero, está de passo a passo, tem muito a desejar, tem muito a fazer, mas a gente está avançando.” (3:18)

Por outro lado, encontramos o relato de um coordenador que compreende a PNSM como uma forma de exclusão social das classes menos favorecidas de atenção à saúde mental:

“A doutora (psiquiatra do CAPS) falou uma coisa muito certa. A reforma psiquiátrica aqui no Brasil, ela foi feita pra excluir os pobres de internação. Porque, os ricos que tem doente mental paga internação tranquilo, e os pobres? O que vamos fazer com os pobres?”(11:3)

O conteúdo deste relato apresenta-se totalmente direcionado para a valorização do modelo hospitalocêntrico e retoma a compreensão da desinstitucionalização como uma proposta de organização de natureza administrativa de redução de custos para os cofres públicos e menos para uma

mudança real de assistência ¹⁷. Torna-se preocupante por se tratar do depoimento de um coordenador de CAPS, pois sua compreensão desloca a intencionalidade das atividades de promoção da reinserção social que visam evitar as internações.

Há de se destacar, entretanto, que expressa um sentido que pode estar incorporado na prática de muitos profissionais de saúde nos serviços substitutivos, que também desacreditam nas ações que eles próprios empreendem, deslocando o enfoque para o manejo da doença e não o cuidado à saúde em que se valorizam os aspectos saudáveis da pessoa que recebe assistência.

O principal obstáculo ao avanço da reforma psiquiátrica encontra-se na perspectiva biologicista e hospitalocêntrica do modelo anteriormente hegemônico na área de saúde mental, considerando que ainda é partilhada pelos políticos, administradores e prefeitos que gerenciam o sistema de saúde ².

Houve relatos que sinalizaram o distanciamento do planejamento e gerenciamento das ações do contexto assistencial, muitas vezes orientados por questões políticas.

“Eu sinto a necessidade, não sei se os outros profissionais também, que antes de você elaborar e concluir uma política em saúde você deveria está lá na ponta pra saber realmente o que se passa. Porque trabalhar atrás de uma mesa, no ar condicionado, com uma caneta na mão imaginando pode ser isso pode ser aquilo é muito fácil, agora a realidade fica bem distante disso aí.”(7:19)

É inegável que houve avanços na implementação da PNSM nos últimos anos, mas na realidade cotidiana eles são percebidos como insuficientes, pela magnitude da problemática e pelo isolamento de várias regiões do país, principalmente o seu interior distante das capitais e zonas metropolitanas ².

Os coordenadores dos CAPS do interior do Estado de Goiás também percebem certa fragilidade na operacionalização das medidas preconizadas pela PNSM. Há sérios problemas relativos à capacitação profissional, à estrutura física dos serviços que via de regra dificultam que o trabalho possa ser desenvolvido com qualidade de acordo com o que é recomendado.

“Eu acho que falta mesmo é adequar, eu acho que assim a ideia é ótima, que as diretrizes são boas, eu acho que só falta adequar essa questão pela capacitação dos

profissionais...”(6:27)

A saúde mental sendo uma área da saúde que conta com uma política recente, em processo de expansão e consolidação, entretanto, muitas vezes não recebe o destaque merecido, resultando em poucos investimentos em recursos e condições de trabalho precárias²³. Os profissionais entrevistados consideram que poderiam atuar com mais competência se houvessem mais recursos disponíveis e adequados à proposta assistencial.

Também, à medida que os coordenadores e trabalhadores estiverem envolvidos na atenção em Saúde Mental, mantendo-se comprometidos com as mudanças em vigor, com a população e com a melhoria de suas condições de vida para a criação de serviços substitutivos em Saúde Mental, as diretrizes e as propostas da Reforma Psiquiátrica vão adentrar no SUS dos diversos municípios²⁴.

É essencial investimentos para recursos físicos, materiais, qualificação e educação continuada dos trabalhadores dos serviços de saúde mental para que estes sejam capazes de instituir a construção de novas práticas de cuidado com vistas à melhoria das condições de vida e reinserção social dos usuários dos serviços desta área.

2 – Modelo de gestão da assistência em Saúde Mental

2.1 – Formação e articulação do trabalho em rede

A articulação do trabalho em rede de assistência é fundamental para ampliar a possibilidade de reinserção dos pacientes nos diversos espaços sociais, proporcionando atendimento em todos os níveis de complexidade de atenção direcionado ao paciente e família.

Dentre as recomendações da PNSM está a criação de uma rede de serviços substitutivos territorializados com abordagem sustentada na atenção psicossocial com base comunitária, proporcionando às pessoas com transtorno mental um novo espaço social, de modo a promover sua condição de cidadãos⁷.

Os coordenadores dos serviços pesquisados identificam a existência dos vários dispositivos da rede especializada em saúde mental e da atenção básica:

“No planejamento é a abrangência, passando pelas estruturas de NASF chegando nos CAPS, no ambulatório, na atenção básica, nos consultórios de rua, residências terapêuticas, no projeto fecha tudo isso.” (1:26)

Também reconhecem a necessidade da articulação entre estes serviços, para integralizar o trabalho: *“A gente percebe o CAPS, as residências terapêuticas, ambulatório... que tem que funcionar a rede...”* (3:3).

A articulação dos CAPS com as unidades de Programa de Saúde da Família (PSF) é igualmente valorizada por eles quando se pretende identificar e acompanhar os casos de pacientes que poderiam ser atendidos nos CAPS ou na atenção básica através das equipes de NASF.

“Os CAPS são na verdade a porta de entrada, mas na minha cabeça a porta de entrada sempre vai ser a atenção básica. Ela que detecta os casos ali nos lugares onde eles estão, com os agentes comunitários de saúde achando, listando cada um deles dentro da sua casa, identificando cada um deles, referenciando pro CAPS os casos de CAPS.” (1:15)

A despeito da intencionalidade da PNSM de construção do trabalho em rede e no território, há uma grande lacuna entre as diretrizes da articulação em rede propostas pela política e as práticas concretas.

O PSF criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, trabalha na perspectiva de saúde integral e ampliada, com equipes multiprofissionais responsabilizadas por um número de pessoas de uma região delimitada. Um de seus princípios é o trabalho em rede, pois se supõe que nenhum serviço pode resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território. A realização de parcerias entre serviços de saúde é também relevante para os cuidados na área de saúde mental. Para isso é fundamental que sejam comprometidas todas as organizações sanitárias e priorizadas as conexões com outras políticas públicas e com os recursos da comunidade¹⁸.

Entretanto, estudos mostram que os profissionais que atuam na atenção básica estão despreparados para lidar com o sofrimento psíquico e com as necessidades subjetivas das pessoas. Diante desta realidade e considerando a demanda para esta área da saúde, é preciso capacitar as equipes que atuam na atenção básica com vistas ao atendimento das questões relativas à saúde mental do cidadão^{19, 20}, baseando-se também na proposta da formação e articulação em rede dos serviços.

A Lei 10.216/2001, que sustenta a PNSM, determina que a pessoa portadora de transtorno mental deva ser tratada em ambiente terapêutico, preferencialmente,

em serviços comunitários de saúde mental⁸. Para tanto é importante que os serviços sejam articulados em rede de assistência, visto que apenas um dispositivo não é capaz de atender todas as necessidades do usuário e promover sua reinserção social.

Dentre os desafios para programar o trabalho em rede, os coordenadores enfatizam a intersetorialidade como pressuposto essencial para efetividade das ações previstas na PNSM. A intersetorialidade é reconhecida como um dos mecanismos que favorecem a reinserção social, na medida em que propõe a articulação dos serviços especializados com outros serviços de saúde e equipamentos sociais.

“Acho que rede também não pode ficar só na saúde, teria que ter intersetorialidade, então nós teríamos que buscar também todos os outros meios. Seria buscar parcerias dentro de um bairro que aquela comunidade tem, fortalecer com outras entidades que não sejam só órgãos públicos (...). Acho que integra uma rede quando você integra tudo.” (6:8)

No entanto, os coordenadores apontam dificuldades para articular os serviços em rede, ora por falta de conhecimento do objeto de atenção em saúde mental, ou por falta de serviços para compor a rede, ou ainda pela falta de comunicação entre eles.

Apesar de nos últimos quatro anos, no Brasil, a rede de CAPS ter se expandido e interiorizado, o Estado de Goiás, mantém uma cobertura de CAPS abaixo da média nacional²¹. Neste sentido, chamam atenção para a necessidade de implantação de mais CAPS na composição da rede especializada, considerando a demanda de receber usuários que não tem sido atendida.

“Esse tipo de serviço está atendendo muito bem as necessidades de quem necessita dos serviços. Falta alguma coisa? Falta. Teria que ter uma quantidade maior pra atender a demanda. Senão, a gente não consegue atender todo mundo. (14:8)

Os coordenadores enfatizaram a necessidade de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para a consolidação da rede de atenção à saúde mental, já que estes são inexistentes no Estado de Goiás. *“Na prática, a gente depara com inúmeras situações em que a hospitalização é necessária.” (17:4)*

Ao analisar a realidade da área de Saúde Mental brasileira, observa-se que ainda existem impasses que dificultam a concretização do verdadeiro significado da desinstitucionalização, reduzindo tal proposta ao processo de desospitalização sem a real desmontagem do hospital psiquiátrico. Nota-se que fica comprometido o deslocamento completo da atenção em saúde mental para serviços substitutivos, já que estes atendem a demanda em saúde mental da população ⁹.

O processo de desinstitucionalização é complexo e pode se mostrar fragilizado na medida em que as equipes ainda tendem a reproduzir velhas práticas, a despeito das propostas de atenção à saúde mental. A mudança não está garantida apenas com a saída da assistência do hospital psiquiátrico para os serviços substitutivos, porque as práticas manicomiais podem ser facilmente reproduzidas nos serviços abertos ²².

2.2 – O trabalho interdisciplinar

Os serviços de saúde mental trabalham com equipes interdisciplinares possibilitando diferentes formas de sociabilidade, na medida em que conta com profissionais da tradicional equipe de saúde (médicos, enfermeiros e psicólogos) e de outras áreas como com arteterapeutas, musicoterapeutas, artistas plásticos, pedagogos, assistentes sociais, farmacêuticos, professores de educação física, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Esta é a realidade da maioria dos CAPS do interior do Estado de Goiás, cujas equipes são constituídas por profissionais de diversas formações acadêmicas.

Tendo em vista que o trabalho em saúde mental tem características interdisciplinares, nos CAPS todos os profissionais contribuem na construção do projeto terapêutico favorecendo a troca de saberes para a construção do trabalho que visa à integralidade do sujeito. Ainda assim, a perspectiva interdisciplinar no tratamento nem sempre é fácil de ser atingida, visto sua complexidade e compreensão entre os diferentes profissionais que participam das ações terapêuticas dos usuários dos serviços. Há relatos que ilustram as várias possibilidades de entendimento a esta questão.

“Para definir responsabilidades com relação à equipe do CAPS é muito complicado. Porque ela tem que ter cumplicidade com a interdisciplinaridade.” (14:19)

“Eu acho que no projeto terapêutico, dentro do que o paciente

precisa, monta-se um projeto terapêutico e a partir disso sabe-se qual a contribuição de cada profissional para ele.” (6:9)

Embora as especificidades das profissões sejam reconhecidas para desenvolver o trabalho, os coordenadores consideram que a ação deve ser conjunta. É preciso partilhar as experiências e trocar entre as várias especialidades na busca de soluções para os problemas a fim de se desenvolver o projeto terapêutico. O trabalho interdisciplinar é explicitado pelos profissionais de saúde como a única forma de se conseguir um resultado efetivo em acordo ao objetivo proposto pela Reforma Psiquiátrica².

2.3 – A inclusão da família no projeto terapêutico

A inserção da família no projeto terapêutico foi outra questão destacada pelos coordenadores atestando que eles apreendem a dimensão inclusiva do contexto familiar conforme preconiza a PNSM. O conhecimento da estrutura familiar permite entender melhor a problemática do usuário além de analisar sua dinâmica frente ao enfrentamento das dificuldades, podendo ser determinante para o processo de reinserção social que se inicia no ambiente familiar. Um dos primeiros passos para a inclusão social está na inclusão familiar, que a contemple nas ações propostas no plano terapêutico.

É importante criar espaço para que a família possa se sentir sujeito do projeto assistencial para que sua adesão aconteça num espaço de negociação, sendo este um desafio para os trabalhadores de CAPS ²². Por vezes, a família não se responsabiliza com o tratamento não assumindo seu papel de cuidador.

“A gente não tem o apoio familiar. A família vem e joga aqui, eles ficam sozinhos. E aí, por mais que eu faça reunião com a família, mando bilhete, escrevo, às vezes vou na casa e tudo. (...) A família pensa “Não, vou deixar lá e eles tomam conta”. Não tem aquela participação assídua de como deveria ser, da importância que ela deveria ter.” (16:13)

Nos relatos fica evidente que ainda é muito intenso o estigma por parte da família e suas dificuldades na aceitação do problema. Esta problemática pode ser ao menos amenizada ao incluir a família no tratamento, possibilitando que reconheça o paciente nas suas qualidades, habilidades e limitações, que são características inerentes a todo ser humano, sem distinção. É preciso reconhecer também o

processo de adoecimento da família, como movimento legítimo diante da lida com seu familiar desajustado e com limitações de convívio social.

“Eu acredito que hoje a família tem que ser focada na política. A família ainda está desatendida, desestruturada e sem apoio. Então, eu acredito que tem que se construir uma estratégia pra atender a família.” (9:11)

O sofrimento psíquico de um membro da família tende a circular entre todos os outros, dependendo da atenção ao núcleo familiar pode resultar no adoecimento da sua dinâmica. O cuidado ao grupo familiar e ao contexto social tem resultados mais positivos do que aquele que reduzindo-o à sua doença. O trabalho conjunto enriquece a prática e desmistifica preconceitos¹⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para efetivar as ações de saúde de acordo com a PNSM é necessário que os coordenadores dos serviços estejam preparados para o contexto assistencial no Brasil, na qual, além de acolher o usuário devem facilitar o desenvolvimento do trabalho com características coletivas e em equipe interdisciplinar na busca da reabilitação psicossocial.

Apesar do reconhecimento dos pressupostos da PNSM e compreensão assertiva de suas recomendações por parte dos coordenadores ainda há certo deslocamento entre o que é conhecido e o que é vivido nos serviços de saúde mental no interior do Estado de Goiás.

De qualquer forma, foi importante conhecer a compreensão dos coordenadores dos CAPS acerca das competências necessárias à operacionalização da nova prática de atendimento, em que se privilegiam a reinserção do usuário, o coletivo e o trabalho participativo na perspectiva multidisciplinar. Nesse sentido há uma convergência da compreensão dos coordenadores sobre o papel e a importância da rede de assistência em saúde mental articulada com os diversos equipamentos sociais existentes no território.

Este panorama reforça que o conhecimento é insuficiente para que as práticas se modifiquem. É preciso acompanhamento por parte das esferas gestoras, investimentos em supervisão, treinamento em serviço, discussão de situações exitosas e/ou conflitantes, parcerias com outros serviços e equipamentos sociais, de

maneira a aproximar os preceitos teóricos do que se experiencia nas ações profissionais no cotidiano dos serviços.

Neste estudo os coordenadores do CAPS ressaltam que investimentos governamentais insuficientes inviabilizam o treinamento e educação continuada para os profissionais que são inseridos no contexto da assistência psicossocial. De igual forma, a falta de capacitação resulta em coordenadores despreparados para gestão de uma unidade de saúde.

Os resultados aqui discutidos permitem considerar que os coordenadores são um terreno fértil de potencialidades que carecem de investimentos por parte das instâncias governamentais.

A aproximação dos autores deste estudo com os serviços de Saúde Mental e com a gerência estadual de saúde mental do Estado de Goiás desencadeou iniciativas, por parte do governo estadual, no sentido de apoiar os coordenadores para na condução da assistência psicossocial em seus municípios.

Ao longo de seu desenvolvimento foi possível aproximar o pensamento acadêmico à lógica assistencial dos serviços mantendo suas especificidades e acima de tudo a convergência de saberes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferro LF. Trabalho Territorial em Hospitais Psiquiátricos - Construindo no Presente um Futuro sem Manicômios. *Psicol cienc prof.* 2009; 29(4):752-67.
2. Antunes SMMO, Queiroz MS. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(1):207-15.
3. Amarante P. *Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
4. Quinderé PHD, Jorge MSB. (Des) Construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. *Saúde Soc.* 2010; 19(3):569-83.
5. Paula KVS. A questão da saúde mental e atenção psicossocial: considerações acerca do debate em torno de conceitos e direitos. *Rev Saude Coletiva.* 2008; 18(4):829-40.
6. Teixeira Júnior S, Kantorski LP, Olshowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivencia do portador de transtorno psíquico. *Rev Gaúcha*

Enferm. 2009; 30(3):453-60.

7. Soares RD, Villela JC, Borba LO, Brusamarello T, Maftum MA. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(1):110-5.
8. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2004. 340 p.
9. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):195-204.
10. Pande MNR, Amarante PDC. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(4):2067-76.
11. Bardin L. **Análise de Conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
12. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, Brasil: OPAS; 2005.
13. Ermel RC, Bigio FM, Evangelista AFR, Gomes MFP, Fracolli LA. Algumas perspectivas para análise da gestão da saúde no estado de São Paulo (Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1899-906.
14. André AM, Ciampone MHT. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(Esp):835-40.
15. Neto FRGX, Sampaio JJC. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(6):687-95.
16. Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14(2):260-7.
17. Amarante P. **O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
18. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e

PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2009; 14(Supl. 1):1483-92.

19. Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009; 14(1):173-82.

20. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad Saúde Pública**. 2009; 25(9):2033-42.

21. 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, Brasil: Ministério da Saúde; 2011. 106 p.

22. Wetzel C, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF, Camatta MWI. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2011; 16(4):2133-43.

23. Rézio LA, Oliveira AGB. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2010; 14(2):346-54.

24. Luzio CA, L'Abbate S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2009; 14(1):105-16.

5.6 – Artigo 6

Desafios para a efetivação da Política Nacional de Saúde Mental sob a ótica de coordenadores

**Nathália dos Santos Silva, Elizabeth Esperidião, Adrielle Cristina Silva Souza,
Ana Caroline Gonçalves Cavalcante, Kelly Kan Carvalho da Silva**

Resumo: O objetivo deste estudo foi analisar os desafios para efetivação Política Nacional de Saúde Mental sob a ótica de coordenadores dos serviços de Saúde Mental públicos no interior do Estado de Goiás. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com a participação de 19 coordenadores. Foram realizadas entrevistas individuais e os dados foram submetidos à análise de conteúdo com o auxílio do software ATLAS-ti. Os principais desafios são: apoio do governo municipal na atenção psicossocial, valorizar a estrutura dos serviços, compor e articular a rede de assistência, valorizar a participação da família no projeto terapêutico e superação do preconceito. Consideramos que é necessário o comprometimento dos gestores municipais para com a Saúde Mental, articulação dos serviços com uma rede social e investimentos em educação permanente para os profissionais.

Descritores: Assistência em saúde mental; gestão em saúde; recursos humanos; serviços de saúde mental; saúde mental.

Challenges for the effectiveness of the National Mental Health from the perspective of coordinators

Abstract: The objective of this study was to analyze the challenges to effective National Policy on Mental Health from the perspective of the coordinators of the public mental health services within the State of Goiás. This is a qualitative study involving 19 coordinators. Individual interviews were conducted and data were subjected to content analysis with the help of the ATLAS-ti software. The main challenges are: support of local government in psychosocial care, to optimize the structure of services, compose and articulate the service network, enhance family participation in treatment plan and overcoming prejudice. Consider that we need the commitment of municipal managers with the Mental Health, coordination of services with a social network and investments in continuing education for professionals.

Keywords: Mental Health Assistance, Health Management, Human Resources, Mental Health Services, Mental Health.

**Desafíos para el ejercicio del Nacional de Salud Mental desde la perspectiva de
los ingenieros**

Resumem: El objetivo de este estudio fue analizar los desafíos de la política nacional efectiva sobre la salud mental desde la perspectiva de los coordinadores de los servicios de salud mental pública en el Estado de Goiás. Se trata de un estudio cualitativo con 19 coordinadores. Las entrevistas individuales se llevaron a cabo y los datos fueron sometidos a análisis de contenido con la ayuda del software ATLAS-ti. Los principales retos son: el apoyo del gobierno local en la atención psicosocial, para optimizar la estructura de los servicios, componer y articular la red de servicios, aumentar la participación de la familia en el plan de tratamiento y la superación de los prejuicios. Tenga en cuenta que necesitamos el compromiso de los gestores municipales con la coordinación de Salud Mental, de los servicios con una red social y las inversiones en educación continua para los profesionales.

Palabras-clave: Atención en Salud Mental, Gestión en Salud, Recursos Humanos, Servicios de Salud Mental, Salud Mental

Introdução

O processo de Reforma Psiquiátrica vem sendo construído no Brasil há mais de 20 anos e tem como um dos seus principais pilares a desinstitucionalização. No país, a política de Saúde Mental segue uma tendência mundial observada em todas as áreas de assistência à saúde, como a organização de práticas comunitárias e de cuidado domiciliar em substituição aos procedimentos institucionalizados para tratamento⁽¹⁾.

Neste contexto, a assistência no campo da psiquiatria e da saúde mental está fundamentada na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) que prevê a reinserção social das pessoas com transtorno mental na família e na comunidade através do trabalho interdisciplinar e em serviços de saúde mental abertos e articulados em rede. Uma das suas diretrizes norteadoras é a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos de baixa qualidade assistencial⁽²⁾.

Desta forma, o tratamento psiquiátrico antes médico-centrado e que isolava as pessoas em manicômios deve ser substituído por atendimento em serviços abertos que pretendem promover reinserção social, liberdade e cidadania aos usuários dos serviços⁽¹⁾.

Dentre as modalidades dos serviços de saúde mental destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que são dispositivos eficazes na substituição das internações psiquiátricas, cabendo-lhes realizar o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes⁽²⁾.

O tratamento nos CAPS objetiva diminuir o tempo e a frequência das internações, apontando para um serviço que supera gradativamente o recurso manicomial. No entanto, ainda pode haver resquícios de institucionalização nestes serviços substitutivos⁽³⁾.

Com a mudança de paradigma assistencial em saúde mental, muitos profissionais apresentam entendimento equivocado referente ao processo de desinstitucionalização, sendo que às vezes é compreendido como mera desospitalização, não havendo mudança no contexto do cuidar⁽⁴⁾.

Sendo assim o trabalho em saúde mental representa grandes desafios, em virtude de sua complexidade, os quais vão da reestruturação dos serviços à qualidade da assistência prestada, passando pelas relações de trabalho e pela adoção de novas tecnologias, conhecimentos e práticas de trabalho ⁽⁵⁻⁷⁾.

A possibilidade de se romper com o modelo assistencial excludente promove a necessidade de avaliar o atendimento dos serviços no atual cenário da Saúde Mental, sinalizando a importância do acompanhamento crítico e pertinente da assistência em todos os níveis de atenção à saúde. Neste tocante, este estudo objetivou analisar os desafios para efetivação da Política Nacional de Saúde Mental sob a ótica de coordenadores dos serviços de Saúde Mental públicos no interior do Estado de Goiás.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa realizada em todos os serviços de Saúde Mental públicos do interior do Estado de Goiás que possuíam profissionais com nível superior de escolaridade nas equipes e que estavam habilitados até o mês de dezembro de 2010. Desta forma, foram incluídos apenas serviços do tipo CAPS totalizando 22 serviços localizados em 19 municípios.

Os participantes do estudo foram 19 coordenadores dos respectivos CAPS, sendo que em um deles não possuía coordenador e houve a recusa de dois coordenadores.

Foram realizadas entrevistas individuais com o auxílio de um roteiro semi-estruturado com questões sobre Política Nacional de Saúde Mental. Todas as entrevistas foram gravadas em gravador digital de voz, realizadas em salas isoladas de ruídos e interferências, estando presente apenas a pesquisadora e o coordenador a ser entrevistado.

Os dados obtidos foram transcritos na íntegra e submetidos à análise temática de conteúdo, segundo Bardin⁽⁸⁾ com o auxílio do software ATLAS-ti, versão 6.2. O processo de análise obedeceu a sequência proposta por esta, iniciando com a plano de análise, seguida da exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, fase em que os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativamente validados.

Assim, as categorias temáticas foram analisadas e discutidas com base na literatura e nos documentos oficiais.

As falas dos sujeitos que ilustram as categorias foram codificadas no ATLAS.ti e a referência da citação é formada pelo número do sujeito seguido do número de ordem da unidade de registro no documento transcrito.

Todos os procedimentos éticos foram obedecidos de acordo com a Resolução CONEP 196/96, que normatiza pesquisa com seres humanos. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, com o protocolo número 303/10.

Resultados e Discussão

Os relatos dos coordenadores dos CAPS foram agrupados em 5 categorias temáticas que revelam sua compreensão acerca dos desafios para a efetivação da PNSM no interior de Goiás. Eles envolvem desde ações esperadas pela esfera gestora como aquelas relacionadas à proposta terapêutica aos usuários desses serviços. São elas:

A gestão municipal e o modelo de atenção

A gestão municipal é frequentemente vista pelos coordenadores como um entrave para efetivar a PNSM. Segundo eles, há uma desvalorização dos serviços de saúde mental, na medida em que os gestores municipais desconhecem a proposta do modelo psicossocial e o funcionamento dos serviços substitutivos para superar o modelo tradicional de exclusão e internação.

No município, o único serviço de alta complexidade que tem é o CAPS, mas tratam o CAPS como se fosse um PSF (...) eles não entendem isso porque não tem conhecimento. Ao invés deles se envolverem no serviço para conhecer, eles preferem deixar de lado porque é mais fácil. (5:13)

A influência política partidária em municípios de pequeno porte é acirrada e os investimentos feitos em saúde são vistos como uma possibilidade de criar

visibilidade da gestão vigente e possibilitar mais votos em futuras eleições. Desta forma, os serviços de saúde mental nem sempre são priorizados e ou valorizados, porque não há apelo popular, já que atendem uma clientela que carrega um grande estigma social de alienação.

Os coordenadores mencionaram as implicações econômicas na gestão, considerando o desconhecimento de como é feito e qual o valor do repasse financeiro do governo federal relativo à assistência em Saúde Mental e também de quanto o município tem investido nos serviços.

Prioridade é que o gestor local tivesse que prestar conta para onde vão os recursos financeiros que são destinados ao serviço da saúde mental, porque só assim nós teríamos certeza que essa verba é destinada ao serviço do município. (5:7)

Como não tem muita visibilidade, o investimento em saúde mental é visto como muito oneroso aos municípios e, na maioria das vezes, sem retorno eleitoral.

Entrave, geral é quando você fala sobre a questão financeira. Você tem que sensibilizar gestores através do dinheiro mesmo, pensar que a saúde mental e a saúde como um todo é um investimento, ela não é um gasto. (8:10)

As justificativas do pouco interesse dos municípios pelos recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para a Saúde Mental estão relacionadas à necessidade da contrapartida do município, à existência de verbas vinculadas a projetos e às exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal, principalmente relacionadas às limitações para contratação de recursos humanos⁽⁹⁾.

Os coordenadores destacam os interesses privados como impeditivos da efetivação da Política Nacional de Saúde Mental. Esses interesses estão relacionados às clínicas psiquiátricas particulares existentes no Estado de Goiás. A fala a seguir destaca esta problemática:

Aqui nessa cidade um dos principais impedimentos é a vontade política de fazer. É o conservadorismo e os interesses econômicos, interesses particulares e que ainda tem muita força política. (1:4:19)

A inexistência de apoio por parte das prefeituras locais para implementação de serviços de saúde mental frustra de certo modo a equipe. Os profissionais poderiam atuar com mais competência se os recursos disponíveis fossem adequados⁽⁵⁾.

A gestão da assistência em saúde mental nos municípios reflete no cotidiano do trabalho dos CAPS. As interferências municipais são percebidas com o sucateamento dos serviços existentes e a falta de uma rede de atenção em saúde

mental⁽¹⁰⁾.

O descaso da administração municipal para com a ampliação e articulação da rede de assistência em saúde é visto como uma tentativa de desestruturar os serviços extra-hospitalares⁽¹¹⁾, o que foi referido também pelos coordenadores dos CAPS interior do Estado de Goiás.

A Estrutura nos serviços de atenção psicossocial

A falta de estrutura para trabalhar nos CAPS foi referida por todos os participantes, relacionada a diferentes aspectos como: recursos financeiros, físicos, materiais e humanos insuficientes; vínculos empregatícios precários; ausência de transporte para o deslocamento de pacientes e para realizar as visitas domiciliares. Tais dificuldades foram apontadas de formas distintas pelos coordenadores, considerando as especificidades dos serviços nos diversos municípios.

... além do espaço físico, a gente percebe também dificuldade em aquisição de materiais permanente. (12:18)

A falta de espaço, a deficiência de instalações e a carência de materiais são aspectos que podem causar insatisfações e limitar o trabalho dos profissionais nos CAPS.⁽¹²⁾

Hoje nós precisamos de um carro para fazer as visitas domiciliares e o CAPS não tem um veículo. Então como nós fazemos as visitas? Nós pegamos os próprios veículos, gastamos a nossa própria gasolina, o próprio veículo pra conseguir fazer essas visitas. (9:10)

Apesar de a maioria dos municípios onde os CAPS estão implantados serem pequenos, há distâncias geográficas importantes que inviabilizam a realização das visitas domiciliares quando não há transporte. Pelo entendimento da equipe de que as visitas domiciliares são fundamentais para acompanhar os usuários, fazer busca ativa e conhecer o território, muitas delas são feitas com recursos dos próprios profissionais.

Alguns relatos soam como denúncia de sucateamento dos serviços. A falta de estrutura vai muito além da deficiência de recursos e pode ter implicações relacionadas às condições precárias das instalações elétricas, insegurança e falta de espaço para realizar atividades terapêuticas, especialmente em grupos e oficinas.

Quando nós recebemos muitos pacientes, tem que ficar um pouco na cozinha, um pouco na sala. Então, eu acho que tinha que aumentar o espaço. (15:3)

Uma antena parabólica, uma internet, nós não temos. Não tem nem como instalar porque a instalação já é antiga, então corre o risco de queimar tudo. Não tem um telefone fixo, só temos um

orelhão que às vezes não funciona. (13:6)

A internet, televisão, telefone são recursos tecnológicos e inclusivos fundamentais no contexto contemporâneo e favorecem as equipes técnicas no processo trabalho nos serviços de Saúde Mental, como por exemplo: desenvolver atividades com os usuários na inclusão digital, realizar pesquisas e na articulação entre os serviços, além de aperfeiçoar referência e contra-referência e os processos de comunicação necessários para a efetivação da assistência.

A autonomia da gestão municipal permite aos governos considerar as especificidades de cada região e, por outro lado, também permite aos municípios a inclusão precária, ou até mesmo a não inclusão, das políticas públicas de Saúde Mental de acordo com a Reforma Psiquiátrica. Assim, os investimentos governamentais insuficientes inviabilizam a inclusão de novas tecnologias⁽⁵⁾.

Os coordenadores destacaram os baixos salários dos profissionais da equipe, vínculos empregatícios frágeis, com grande número de contratos temporários e a falta de oferta de educação permanente. Essas condições de trabalho precárias diminuem as possibilidades dos trabalhadores se perceberem como sujeitos corresponsáveis pela qualidade da assistência ofertada⁽⁷⁾. Sendo assim, há necessidade de adoção de medidas pela administração pública no sentido de melhorar as condições de trabalho, de modo que os serviços possam se constituir de fato em substitutivos aos hospitais psiquiátricos^(7, 12).

Outro entrave nos CAPS relaciona-se aos recursos humanos. A maioria dos serviços visitados, na ocasião da coleta de dados, não contava com a equipe mínima requerida para seu funcionamento. Em um deles, havia apenas dois profissionais atuando no serviço, constituindo-se numa situação irregular mantida há certo tempo, conforme apontado pelo relato a seguir:

Esse CAPS nunca teve a equipe mínima completa e se você abre o CNEAS lá no site vai dizer: “nossa a gente tem gente demais da conta”! Tem gente que já saiu daqui há cinco, seis anos e ainda está lá (no CNEAS). (1:29)

Além da deficiência no quantitativo de profissionais, há também problemas relativos à qualificação dos profissionais para atuar nestes serviços especializados.

E a gente vai colocando a equipe no trabalho, mas com uma deficiência de qualificação. Que também é um grande prejuízo e acaba colocando um entrave no desenvolvimento desse trabalho. (14:13)

Ainda é frequente encontrar nos serviços substitutivos práticas como a fragmentação do cuidado, a centralidade do médico na tomada de decisões e a

hegemonia do saber psiquiátrico sobre as práticas de promoção de cidadania, saúde e reinserção social^(9, 13).

A carência do conhecimento das novas práticas instituídas no campo da saúde mental pode estar relacionada aos cursos de graduação que são voltados para o modelo biológico e medicamentoso, que não atualizam as novas formas de atenção à saúde⁽¹⁴⁾.

Neste cenário, a alteração do modelo de atenção à saúde mental representa um desafio para os profissionais, pois se espera que adotem novos saberes, tecnologias e métodos de trabalho, passando pelas relações entre os demais componentes da equipe de trabalho⁽⁶⁾.

O desafio é portanto dispor de condições de trabalho favoráveis, de espaços de supervisão, e de momentos de formação permanente que permitam trocas de pensamentos e de experiências entre os profissionais ^(7, 15).

A rede de assistência psicossocial nos municípios

O funcionamento dos serviços de Saúde Mental em Goiás é oferecida por meio de serviços privados, públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os portadores de transtorno mental são atendidos tanto em hospitais/clínicas quanto em CAPS e ambulatorios de Psiquiatria, Unidades de Geração de Renda (Gerarte) e Serviço de Residências Terapêuticas (SRT). Todos esses serviços funcionam como referência no atendimento de grande parcela da população no atendimento psiquiátrico no Estado.

O município de Goiânia, capital do Estado, é referência por ser o único município goiano que possui Pronto Socorro Psiquiátrico e Unidades de Geração de Renda.

O conteúdo da fala dos coordenadores indica que os municípios do interior do Estado enfrentam dificuldades para a implantação de serviços para compor uma rede de assistência em Saúde Mental.

A nossa dificuldade para internar os usuários aqui na nossa cidade em hospitais gerais, eu vou te contar, é muito difícil. (10:19)

O que é prioridade hoje nesta cidade é implantar os CAPS ... (1:11)

Ao final de 2010, o Brasil como um todo tinha uma cobertura de 0,66 CAPS por 100.000 habitantes. O Estado de Goiás contava com uma cobertura de 0,42 CAPS por 100.000, sendo que a cobertura está abaixo da média brasileira ⁽²⁾.

Quanto à distribuição dos serviços tipos CAPS, há uma especificidade no Estado porque a Portaria GM 336/2002 estabelece que os CAPS poderão constituir-se por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional de no mínimo 20.000 habitantes. mais de 70% dos municípios goianos possui população inferior a este número⁽¹⁶⁾ e até o presente momento no Estado de Goiás não existem CAPS do tipo III e nem leitos cadastrados em hospitais gerais.

Desta forma, as situações de urgência e emergência de todo o Estado são encaminhadas para clínicas psiquiátricas conveniadas aos SUS e ou para o único Pronto Socorro Psiquiátrico localizado na capital goiana.

Diante das dificuldades para efetivar a rede de assistência em saúde mental, os coordenadores esboçam uma preocupação com a eficácia da assistência oferecida na área. Os relatos mostram que percebem retrocesso, caso a rede não seja efetivada.

Até que ponto os CAPS vão se tornar em mini manicômios a gente não sabe, mas ideologicamente a proposta é essa, cuidar dessas pessoas em liberdade, mas com uma proposta terapêutica de base comunitária.(4:2)

Tendo em vista o financiamento atrelado à implantação dos CAPS, os gestores municipais buscaram organizar a rede de atenção em saúde mental a partir desses serviços, embora a assistência não deva ficar restrita apenas a eles ^(10, 17).

O atendimento especializado deve ser conduzido em uma rede diversificada de serviços e de espaços sociais na comunidade. Desta forma, a promoção de saúde mental deve explorar as possibilidades do território. É preciso que as ações de atenção psicossocial extrapolem a sede do serviço procurando na sociedade vínculos que completem e ampliem os recursos existentes tendo em vista soluções das necessidades e demandas locais em saúde, apostando na criatividade, na autonomia e na significação dos sujeitos ^(10, 17, 18).

Alguns pesquisadores retornam a crítica à institucionalização e discutem que, a depender das práticas dos profissionais, tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, cronificação e até manicomialização. Por vezes, os usuários podem até ter sua frequência diminuída em caso de melhora, mas nunca alta dos serviços ⁽³⁾.

Sendo assim, ao mesmo tempo em que o CAPS se preocupa em favorecer a troca com a comunidade, ele se reconhece limitado nele mesmo. Essa limitação acontece porque muitas vezes os profissionais, por meio de suas práticas,

conservam os usuários nos serviços para protegê-los dos desafios impostos pela sociedade, remetendo à idéia de nova cronicidade^(3, 19).

A relação de dependência dos CAPS ocorre com frequência nos serviços de Saúde Mental do interior de Goiás, visto que muitos deles parecem funcionar nos moldes de ambulatórios e todas as atividades ali desenvolvidas ocorrem em função da consulta psiquiátrica, mantendo o modelo médico centrado, em contraposição ao estabelecido pela PNSM.

Nesta dinâmica assistencial, a terapêutica fica restrita apenas ao CAPS sem articulação com os demais e equipamentos sociais do próprio território. O termo “enCAPSulados” tem sido empregado para simbolizar a inexistência da relação dos CAPS com outros espaços⁽¹⁹⁾.

O reconhecimento dos riscos da institucionalização por parte dos coordenadores é fundamental para que tais problemas possam ser minimizados⁽³⁾.

Os depoimentos dos entrevistados destacam a inexistência de leitos em hospitais gerais como aspectos dificultador na consolidação da rede de atenção à saúde mental. Ficou evidente receio de determinado coordenador ao falar sobre a necessidade de internação de curto prazo em hospitais gerais, modalidade de intervenção por vezes recomendada. As críticas sobre as internações são equivocadas quando há uma radicalidade de excluir as internações da rede. O que se critica, no entanto, são as internações de longa duração e em hospitais psiquiátricos de grande porte no modelo asilar que contaria toda proposta de atenção psicossocial.

“Então em termos de saúde mental, nós deveríamos ter uma rede coesa e de fato! Não adianta ter só no papel. Então, pra que se consolide, por incrível que pareça, acho que meus colegas vão ficar meio assim... a gente ter leitos de internação, por exemplo nos hospitais gerais...é ideal! Seria interessante sim internações a curto prazo, porque agora eu sou da área e eu sou da luta, mas nós não podemos radicalizar.” (10:16)

Para os profissionais dos serviços substitutivos, internações em hospitais gerais podem reproduzir praticas características do modelo hospitalocêntrico. Esta crítica é frequente e, no entanto, as unidades psiquiátricas em hospitais gerais substituem os grandes hospitais e podem ter um papel estratégico para assistência em Saúde Mental se forem inseridas na rede, ao possibilitar um espaço de tratamentos junto aos outros sujeitos acometidos por patologias clínicas⁽²⁰⁾.

As práticas e trabalhadores de saúde de saúde mental não são, muitas vezes,

condizentes com a proposta psicossocial. Muitos agem de modo a dificultar o crescimento e a qualificação da rede de assistência comunitária e tendem a evocar a volta dos leitos psiquiátricos perdidos no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira⁽²¹⁾.

Em contrapartida, todos defendem a diversificação de serviços comunitários no território e do uso de substâncias psicoativas para enfrentar a complexidade dos transtornos mentais, condenam os regimes de privação dos manicômios e as condições desumanas que muitos hospitais seguem dispensando a seus usuários⁽²¹⁾.

A parceria da família no projeto terapêutico

Para alguns coordenadores o desafio em fortalecer o modelo psicossocial está fortemente relacionado ao engajamento da família na valorização da proposta terapêutica e consequentemente no processo de desinstitucionalização.

Ainda existe uma necessidade muito grande de internar as pessoas. Nós estamos vivendo a “antipsiquiatria”, mas as pessoas ainda nos procuram dizendo: “Ah, eu quero internar meu filho, eu quero internar meu pai”. Querendo retomar o modelo anterior. Então nós estamos vivendo a quebra de paradigma, porque as pessoas demandam, acham injusto alguém ficar internado, desumano; mas continuam com um problema que é de internar as pessoas.(4:10)

A prioridade do atendimento psicossocial é oportunizar as pessoas a condição de se tratarem na comunidade e com a família, evitando as internações. Apesar disto, para alguns coordenadores, a família tem sido protagonista da demanda por internação, como observado em outro estudo⁽⁹⁾. Há a percepção de que a família “quer se ver livre” do usuário e tem dificuldades para incluí-la no projeto terapêutico.

E tem pais também, que quando o filho recebe alta e eles acham ruim. Parece que eles querem que o filho continue na unidade, no serviço, porque acha que o filho não está preparado pra viver em sociedade. (2:10)

É muito difícil fazer com que o paciente participe das atividades, porque a família fala contra, só quer se for internar. Chega lá falando que quer encaminhamento, porque está muito ruim. (15:5)

A organização psicossocial implica em intensificar o comprometimento das famílias na participação do tratamento dos indivíduos^(19, 22). As equipes reconhecem a necessidade de envolvimento delas e, no entanto, isso ainda acontece como um ato espontâneo de boa vontade⁽¹⁹⁾.

Como visto, novas demandas a elas foram impostas, sem que tenham sido instrumentalizadas para atendê-las. Neste processo a família pode se sentir sozinha

e desamparada na responsabilidade de cuidar da pessoa com transtorno mental em casa. Ante o exposto, é compreensível que ela tenda a resistir às novas possibilidades de tratamento e a exigir mais das equipes profissionais⁽²³⁾.

Neste contexto as famílias carecem de informações e apoio profissional para se sentirem satisfeitas. O desgaste familiar é um aspecto que deve ser considerado pelas equipes profissionais na organização dos serviços substitutivos^(23, 24). Além disto, os profissionais dos serviços devem criar um espaço de negociação para que a família tenha participação ativa e possa se sentir sujeito de um projeto⁽¹⁹⁾.

Se por um lado os serviços substitutivos percebiam os familiares como sustentação para o tratamento, ainda não conseguem envolvê-los de forma efetiva no projetos terapêutico, condição que possibilita alívio de sobrecarga familiar. Para os profissionais da equipes destes serviços este ainda é um desafio, visto que eles, necessariamente, não tiveram formação apropriada para esta abordagem⁽²³⁾.

Os profissionais precisam construir com os familiares a compreensão de que outros espaços da comunidade podem substituir o local para o tratamento e promoção de saúde mental⁽¹⁰⁾. Deste modo a equipe profissional deve ter olhar e atitudes ampliadas condizentes com o modelo psicossocial.

No modelo psicossocial a família é uma parceira importante no planejamento terapêutico, que favorece a estratégia de vinculação e corresponsabilização entre familiares e equipe. Para tanto, o familiar deve ser incluído no projeto terapêutico e receber informações e orientações personalizadas e individualizadas⁽¹⁰⁾. Também o envolvimento da família propicia mais sentido às intervenções, multiplica os recursos ao paciente, em especial a adesão ao tratamento.

A reinserção social na comunidade

Mesmo após mais de 20 anos do início da Reforma Psiquiátrica brasileira, os coordenadores dos serviços de saúde mental do interior do Estado de Goiás destacaram o preconceito e o estigma como um dos entraves a serem superados para efetivação da PNSM.

Segundo os coordenadores ainda é possível perceber o preconceito originado por parte de vários atores sociais envolvidos no processo de mudança de paradigma como os profissionais de saúde, familiares e por parte dos próprios usuários.

Todo mundo tem aquela percepção ainda de que o louco é bravo, que o louco é violento e que ele agride todo mundo... aí se afastam dele. (4:6)

Na maioria das vezes o preconceito está relacionado ao conceito de periculosidade e, em decorrência disto, gera um processo de estigmatização que se aproxima da exclusão social.

Não tem credibilidade, o povo não confia, principalmente no interior. Eu acho que aqui no interior não funciona do jeito que deveria ser. Os pacientes ainda sofrem preconceito, vivem jogados, algumas famílias deixam eles trancados dentro do quarto. (15:13)

Apesar de a PNSM investir em atenção psicossocial e de o Brasil possuir uma lei específica que abarca propostas da Reforma Psiquiátrica, as transformações culturais na sociedade não respondem imediatamente à legislação⁽²⁵⁾. A influência da política é percebida como insuficiente, devido à complexidade do problema, principalmente no interior distante das capitais e zonas metropolitanas⁽⁵⁾.

O preconceito produzido pela sociedade em geral é paradoxo porque ao mesmo tempo em que ele dificulta a reinserção social dos usuários, a inserção dos usuários na comunidade é uma condição que pode auxiliar na redução o preconceito. Em cidades de pequeno e médio porte, a realização de ações no território do serviço e nos espaços públicos pode permitir uma maior compreensão da sociedade sobre o sofrimento psíquico⁽⁹⁾.

Por outro lado, o preconceito produzido por profissionais de saúde de outros serviços foi destacado pelos entrevistados como um dos desafios da PNSM. Esta situação dificulta o fortalecimento e divulgação do modelo psicossocial para a sociedade visto que, os profissionais de saúde em geral que deveriam difundir os ideais reformistas são, muitas vezes, contraditórios em suas atitudes. Tal contexto, impede a articulação da rede de assistência no cenário da saúde.

Antes os profissionais de saúde chegavam e falavam “como você aguenta trabalhar com doido?”. Ou então, eu chego em um lugar e dizem “lá vem a dona dos doidinhos”. Entendeu? Isso são profissionais de saúde, os próprios profissionais de saúde me falam isso. (5:12)

É uma outra dificuldade, ter que encaminhar um paciente. Porque, eles não querem pôr a mão, se pôr a mão tem que ser junto com polícia. E não é papel da polícia pôr a mão neles. Então, eu tenho muitas barreiras em todos aspectos. Tanto atenção básica quanto no hospital, até os próprios médicos, enfermeiros. (16:12)

Preconceitos por parte dos profissionais de saúde de outros serviços funcionam como um empecilho na aceitação das pessoas com transtorno mental nos espaços institucionais, chegando ao extremo de negar o cuidado a pessoas em estados clínicos graves, escondidas no eufemismo da falta de preparo,⁽²⁵⁾.

Em contrapartida, as propostas da reforma psiquiátrica têm conseguido

adentrar nos diversos municípios, principalmente quando gestores, trabalhadores e usuários envolvidos na atenção em Saúde Mental estão engajados com as mudanças. Para isto são fundamentais investimentos na formação acadêmica e permanente dos profissionais, desde que fundamentadas nos pressupostos teóricos da atenção psicossocial⁽⁹⁾.

Considerações Finais

Os resultados deste estudo possibilita afirmar que os coordenadores têm entendimento adequado acerca dos entraves e prioridades na condução dos serviços de Saúde Mental, embora em alguns relatos ainda apareçam equívocos de conhecimento sobre aspectos das políticas públicas de saúde do Sistema Único de Saúde e que implicam nas atitudes profissionais.

Atender a integralidade dos usuários parece ser o desafio maior para os coordenadores e profissionais das equipes de saúde mental nos serviços substitutivos, visto que são muitas deficiências em quantidade e qualidade dos recursos relacionados à estrutura de trabalho dos profissionais.

Defendemos a integralidade como uma forma de possibilitar a emancipação e reinserção social dos usuários, no sentido não só de atender demandas colocadas por eles e seus familiares, mas com a possibilidade de identificar e atender as reais necessidades destas pessoas. Sendo assim, destacamos o acesso aos diversos dispositivos de saúde como nos equipamentos sociais existentes para efetivar a proposta de reinserção social dos usuários dos serviços de Saúde Mental.

Entretanto, ainda não é possível identificar a composição da rede de assistência especializada com a disponibilidade de todos os dispositivos que a PNSM propõe, muito menos de articulação dos serviços substitutivos já existentes com outros recursos sociais nos territórios.

Também, vale ressaltar que a PNSM ainda não foi integralmente efetivada no interior do Estado de Goiás onde já existem fortes críticas ao que propõe o modelo psicossocial, principalmente se referindo as CAPS como “sistema capscêntrico”, numa forma disfuncional do oferecimento desta modalidade de serviço especializado.

É necessário que haja um forte comprometimento dos gestores municipais com a proposta psicossocial, principalmente no interior longe das capitais metropolitanas, no sentido de compor a rede e oferecer estrutura de trabalho

adequada para os profissionais. Após a realização deste trabalho fica a convicção de que o envolvimento e interesse por parte do governo municipal e demais instâncias gestoras pela atenção em saúde mental, influenciam muito positivamente na operacionalização das diretrizes contidas na PNSM que, inevitavelmente, fortalecem o modelo de atenção psicossocial.

De igual forma, os gestores e instituições de ensino têm muita responsabilidade pela formação e educação continuada dos profissionais segundo o modelo assistencial vigente no país, principalmente para superação do preconceito. E, por fim, famílias de usuários dos serviços devem ser incluídas nos projetos terapêuticos não só para ter a sobrecarga aliviada, mas também como sujeitos ativos e grandes parceiros na terapêutica.

Referências Bibliográficas

1. Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1996.
2. 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, Brasil: Ministério da Saúde. 2011. 106 p.
3. Pande MNR, Amarante PDC. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. Ciênc saúde coletiva. 2011; 16(4):2067-76.
4. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. Ciênc saúde coletiva. 2009; 14(1):195-204.
5. Antunes SMMO, Queiroz MS. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. Cad Saúde Pública. 2007; 23(1):207-15.
6. Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. Ciênc saúde coletiva. 2011; 16(4):2145-54.
7. Rézio LA, Oliveira AGB. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010; 14(2):346-54.

8. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 4 ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
9. Luzio CA, L'Abbate S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciênc saúde coletiva*. 2009; 14(1):105-16.
10. Camatta MW, Schneider JF. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(3):477-8.
11. Teixeira Junior S, Kantorski LP, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(3):453-60.
12. Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(4):2145-54.
13. Schneider JF, Souza JP, Nasi C, Camatta MW, Machineski GG. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(3):397-405.
14. Silva EA, Costa II. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. *Psicolem Revista*. 2008; 14(1):83-106.
15. Nunes M, Torrenté M, Ottoni V, Moraes Neto V, Santana M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:188-96.
16. IBGE. Dados do Censo 2010/Goiás [Internet]. 2011; Acesso em: 2011 17 nov; Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=52.
17. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
18. Castro LM, Maxta BSB. Práticas territoriais de cuidado em saúde mental: experiências de um centro de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog (Ed port)* [Internet]. 2010 [cited 07 fev 2012]; 6: 1-11. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100004&lng=pt&nrm=iso.

19. Wetzel C, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF, Camatta MWI. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(4):2133-43.
20. Carvalho CRA. As unidades psiquiátricas em hospitais gerais e seu papel na rede de assistência em saúde mental. *Saude Debate*. 2011; 35(88):148-56.
21. Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16 (12):4579-89.
22. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc saúde coletiva*. 2009; 14(2):477-86.
23. Cavalheri SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1):51-7.
24. Soares CB, Munari DB. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. *Cien Cuid Saude*. 2007; 6(3):357-62.
25. Nunes M, Torrenté M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(Supl. 1):101-8.

5.7 – Artigo 7

Desenvolvimento de Recursos Humanos para atuar nos Serviços de Saúde Mental

Nathália dos Santos Silva, Elizabeth Esperidião, Ana Caroline Gonçalves Cavalcante, Adrielle Cristina Silva Souza, Kelly Kan Carvalho da Silva

Resumo: A assistência em Saúde Mental no Brasil passou por uma mudança de paradigma, em virtude da Reforma Psiquiátrica, e possui uma Política Nacional de Saúde Mental. O objetivo deste estudo foi analisar os aspectos relacionados à formação e capacitação dos profissionais que atuam nos serviços de Saúde Mental no interior do Estado de Goiás-Brasil, sob o ponto de vista dos coordenadores destes serviços. Trata-se de pesquisa qualitativa, com a participação de 19 coordenadores. Os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo com o auxílio do software ATLAS-ti. As categorias temáticas que emergiram da análise de conteúdo foram: Características dos profissionais para atuar em Saúde Mental, Trabalho em equipe e Interdisciplinaridade, Formação acadêmica, Educação Permanente dos profissionais e Estrutura de vínculos empregatícios. Consideramos emergente a necessidade de desenvolver pessoas, segundo o modelo psicossocial, para atuar nos serviços de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás e garantir vínculos de trabalhos favoreçam a qualificação e a assistência.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental, Gestão em saúde; Recursos Humanos, Educação Continuada, Saúde Mental.

Abstract: Assistance in Mental Health in Brazil has undergone a paradigm shift because of the Psychiatric Reform, and has a National Policy on Mental Health. The objective of this study was to analyze aspects related to education and training of professionals working in mental health services within the State of Goiás, Brazil, from the point of view of the coordinators of these services. This is qualitative research, with the participation of 19 coordinators. Data were submitted to thematic content analysis with the help of the ATLAS-ti software. The themes that emerged from content analysis were: Characteristics of professionals to work in Mental Health, Teamwork and Interdisciplinary, Education, Professional and Continuing Education of the structure of employment contracts. We consider the emerging need to develop people, the psychosocial model, to work in mental health services in the state of Goiás and ensure linkages to promote job skills and assistance.

Keywords: Mental Health Assistance, Health Management, Human Resources, Mental Health Services, Mental Health and Education, Continuing

INTRODUÇÃO

A atenção em Saúde Mental no Brasil, nas últimas três décadas, tem passado por mudança de paradigma assistencial iniciada com a Reforma Psiquiátrica. A desinstitucionalização, um dos seus pilares principais desse movimento é compreendida para além das medidas relativas à desospitalização e que inclui a reinserção social e de quebra de estigmas¹.

Após mais de 20 anos de reivindicações iniciadas pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que foram impulsionados pelo movimento pela Reforma Sanitária, na década de 1980¹, o Brasil conquistou mudança significativa na legislação de saúde mental com a promulgação da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais².

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), no Brasil, sustentada por esta lei, segue a tendência mundial de organização de práticas comunitárias de cuidado em substituição aos procedimentos institucionalizados para tratamento. A PNSM propõe diversos dispositivos para a atenção em Saúde Mental que devem ser articulados em rede, cujos atendimentos deverão ser realizados em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência e Núcleos de Atenção Psicossocial².

A propositura da PNSM busca garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, além de prever cuidados com base nos recursos que a comunidade tem de acordo com modelo psicossocial². Este modelo foca o sujeito em sofrimento psíquico e procura resgatar a sua cidadania, enfatizando também a importância da inclusão da família no tratamento e na reabilitação³.

Neste cenário, a organização dos serviços foi alterada e possibilitou a inserção de outros atores e categorias profissionais na assistência em Saúde Mental, emergindo a necessidade da equipe de saúde atuar na perspectiva interdisciplinar^{4, 5}, pautada na responsabilidade e no vínculo terapêutico para atender a integralidade do sujeito e promover reabilitação psicossocial⁶.

A despeito disto, não se pode afirmar que as práticas em Saúde Mental acompanharam esta mudança paradigmática, porque ainda é possível encontrar nos serviços práticas focalizadas na dimensão orgânica, de delimitação individual e médico-centrada⁹.

Muitas vezes, a atuação dos profissionais nos CAPS ainda é voltada para a doença como objeto de trabalho, embora esse serviço seja, essencialmente, um dispositivo pautado no paradigma psicossocial⁷.

Espera-se portanto mudanças no processo de trabalho dos profissionais que estejam atuando⁷. É exigido que mantenham contato mais próximo com o paciente e articulem seu trabalho com profissionais de outras categorias considerando o contexto social⁸.

A mudança de paradigma e das práticas em saúde mental gera nos profissionais sentimentos de angústia relacionado ao novo. O modelo de atenção psicossocial rompe com a prática tradicionalmente instituída que via de regra é reproduzida nos cursos de formação colocando em questão a própria identidade do profissional⁸.

Tais transformações na esfera da atenção em Saúde Mental no país despertou a necessidade de se discutir os rumos da formação dos profissionais na área. Fato considerado como um grande desafio aos profissionais da prática e da academia, na medida em que depende de esforço coletivo para a implementação de políticas públicas que favoreçam avanços significativos na área¹⁰.

Apesar de, no Brasil, vários segmentos terem se mobilizado e construído novas experiências de assistência à Saúde Mental, isso não se deu de forma única no tempo e no espaço. Houve uma expansão de serviços públicos especializados, sem no entanto ter sido acompanhada pela oferta de capacitação compatível para os profissionais, gerando uma carência de profissionais qualificados na área¹¹.

Ante o exposto, objetivamos analisar os aspectos relacionados à formação e capacitação dos profissionais que atuam nos serviços de Saúde Mental no interior do Estado de Goiás-Brasil, sob o ponto de vista dos coordenadores destes serviços.

METODOLOGIA

Estudo de natureza descritiva, desenvolvido no interior do Estado de Goiás.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2011, junto aos coordenadores técnicos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) habilitados até dezembro de 2010, totalizando 19 municípios e 22 serviços.

Sendo assim, foram sujeitos desta pesquisa os coordenadores dos respectivos CAPS. Um dos CAPS não possuía coordenador técnico e dois

coordenadores não estavam presentes nos serviços no momento da coleta. Sendo assim, 19 coordenadores participaram da pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais norteadas por um roteiro semi-estruturado com questões norteadoras que visavam identificar, dentre outros aspectos, o entendimento dos coordenadores sobre políticas da Saúde Mental no Brasil e suas repercussões sobre os serviços e categorias profissionais que atuam nos serviços.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, tendo sido submetidas à análise temática de conteúdo, segundo Bardin¹², com o auxílio do *software* ATLAS-ti, versão 6.2.

Tal procedimento tem como foco encontrar núcleos de sentido na comunicação apresentada pelo material estudado, verificando sua frequência relacionada ao objetivo do estudo. Assim, a organização da análise gira em torno de três pólos: 1) a pré-análise, fase onde ocorre à organização propriamente dita, corresponde ao plano de análise; 2) a exploração do material e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, nesta fase os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativamente validados¹².

As categorias temáticas foram analisadas e discutidas com base nos documentos oficiais e na literatura sobre o tema.

As falas dos sujeitos foram codificadas no ATLAS.ti e a referência da citação é formada pelo número do sujeito seguido do número de ordem do núcleo temático no documento transcrito.

Todos os procedimentos éticos foram obedecidos de acordo com a Resolução CONEP 196/96, que normatiza pesquisa com seres humanos e o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, com o protocolo número 303/10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias temáticas que emergiram da análise de conteúdo foram: Características dos profissionais para atuar em Saúde Mental, o trabalho em equipe e interdisciplinaridade como modelo de gestão em serviço, a formação acadêmica dos profissionais, a prática profissional e a educação permanente, a inserção no mercado de trabalho.

Características dos profissionais para atuar em Saúde Mental

Os coordenadores dos CAPS destacam a importância do conhecimento teórico sobre Saúde Mental, embora não seja suficiente para direcionar as práticas segundo o modelo psicossocial de atenção. Os temas mencionados pelos entrevistados relacionam-se à Reforma Psiquiátrica, à PNSM, tecnologias de cuidado e ou psicopatologia, considerando fundamental o desenvolvimento de habilidades e atitudes para atuar em saúde mental, como: capacidade de formação de vínculo, afinidade com a área, saber trabalhar em equipe, ter consciência coletiva e de participação social.

(...) nem todo mundo que entra tem habilidades ou preparo emocional para trabalhar com transtorno mental, não basta você ter só conhecimento tem que ter visão, tem que ser uma pessoa super preparada, você tem que gostar, tem que adquirir um vínculo para ficar nessa área. (3:6)

O profissional que atua pensando em fazer somente o seu trabalho...aquilo que ele aprendeu na faculdade...se for só isso, ele não está dando a contribuição para as futuras gerações também. A gente, enquanto ator social, tem que pensar em construções coletivas (...) uma coisa é você não ter noção, não ter curso, e uma coisa é você conviver e adquirir experiência, mas para isso acontecer o profissional tem que querer (...) trabalhar no CAPS, na saúde mental, é um exercício de luta. (8:6:36)

(...)uma das coisas que atrapalha o serviço é essa política da indicação. Eu acho que não deveria acontecer, tinha que ser proibido. A pessoa da saúde mental tem que ter perfil, a maioria das pessoas que trabalham não tem formação, mas tem dom, tem perfil. (5:21)

Segundo o modelo psicossocial, a responsabilidade no trabalho exige do profissional atitude de crítica ao modelo asilar, já que ele também é sujeito do processo de mudança paradigmática e, portanto, demanda maior envolvimento e comprometimento com as práticas substitutivas³.

Os usuários e familiares também são protagonistas das mudanças no campo da Saúde Mental, embora sejam os profissionais de saúde os responsáveis por

direcionar este processo. Com este sentido a relevância da consciência da coletividade e cidadania⁵ foi mencionada por um dos coordenadores.

Atrelado à formação profissional, os coordenadores enfatizaram que para atuar em Saúde Mental é fundamental ter afinidade com a área. Do ponto de vista dos coordenadores seria interessante que o profissional tivesse um perfil específico para trabalhar na saúde mental, considerando a sua especificidade.

Não sei se nós da saúde mental somos muito felizes ou muito infelizes. Felizes porque nós da saúde mental somos peças raras no mercado e somos infelizes porque ninguém olha pra gente, para o nosso trabalho, para o nosso serviço. (5:15)

Eu acho que a equipe do CAPS tem que ser uma coisa mais seletiva, de quem tem o perfil e quem não tem o perfil. Porque, você precisa ganhar dinheiro? Você precisa! Mas você infelizmente tem que saber o que você tem condições de estar atuando e do que não tem. (7:9)

Agora vai depender muito dele...então é envolvimento da pessoa com o serviço, sabe, então acho que não é a categoria (profissional) da pessoa. Então se nós pudéssemos ter uma seleção curricular ou um perfil do profissional para trabalhar nesses serviços a gente ganharia muito. (10:27)

O perfil referido pela maioria dos coordenadores se relaciona ao uso de ferramentas relacionais e desenvolvimento de habilidades e atitudes terapêuticas, voltados aos atos de escuta, acolhimento, disponibilidade e compromisso para com o outro¹³.

O trabalho no CAPS exige dos profissionais disponibilidade para ouvir, dialogar e compartilhar saberes e práticas com os usuários, familiares e equipe multiprofissional³.

O trabalho em equipe e interdisciplinaridade como modelo de gestão em serviço

O trabalho em saúde mental, necessariamente deve ocorrer em equipe, embora esta nem sempre seja uma tarefa fácil. Os coordenadores entendem o trabalho dos profissionais como multiprofissional, mas não há uma definição de papéis e destacam a importância da interdisciplinaridade.

Em princípio, a equipe deixa de ser um conjunto de categorias específicas para formar um novo coletivo, de forma interdisciplinar e responsável por atender as diferentes demandas e dimensões dos sujeitos em sofrimento mental¹⁴. A interdisciplinaridade não propõe abolir as especificidades, busca a interação entre as categorias profissionais sem perder a especificidade³.

Apesar de cada um ter atribuições inerentes, as propostas que tem alguma interface, são decididas em reuniões de equipe, de maneira muito democrática. (4:17)

Para definir responsabilidades com relação à equipe do CAPS é muito complicado. Porque ela tem que ter uma cumplicidade da interdisciplinaridade. Nós já tivemos alguns profissionais que não se identificaram com essa ideia e não conseguiram executar nenhum trabalho. A responsabilidade de cada um aqui é com todos os serviços, caso contrário a equipe não funciona. (14:19)

O que se observa na prática assistencial é que nem sempre os profissionais conseguem trabalhar na perspectiva da interdisciplinaridade, em que o trabalho em equipe tem o sentido de complementação e não de sobreposição ou hierarquia de disciplinas. A despeito dos coordenadores visualizarem as atividades conjuntas do campo da Saúde Mental não identificam as atividades específicas de cada categoria profissional.

Eu falei que todo mundo faz o serviço de todo mundo, mas na área específica cada um tem a sua área (...) a gente não tem uma linha assim, “essa aqui é a função do psicólogo, essa é função do assistente social”. (7:11:15)

As práticas de saúde deveriam ser pautadas na integralidade do cuidado. A equipe multiprofissional que procura trabalhar de forma interdisciplinar em locais de tratamento diversificados deve estar focadas não mais na doença, mas no sofrimento existencial do sujeito e na sua relação com a sociedade. O meio social do indivíduo e a visão da família devem ser considerados na reabilitação psicossocial e a reintegração sociocultural dos sujeitos em sofrimento psíquico¹⁴.

Com relação à equipe multidisciplinar, os coordenadores referem a dificuldade em inserir os médicos nas reuniões de equipe. A observação advinda de experiência profissional permite constatar que esta é uma realidade em vários serviços de

saúde, em que o médico desenvolve seu trabalho sem compartilhar suas experiências com a equipe e, conseqüentemente, deixa de tomar conhecimento e acompanhar as práticas terapêuticas por elas empreendidas.

A formação profissional, especialmente em nível de graduação, deveria enaltecer o trabalho em equipe entre tais categorias, compreendendo a importância da integralidade do cuidado em Saúde Mental. No entanto a formação ainda vem ocorrendo de maneira isolada sem preparar os profissionais para o trabalho interdisciplinar e intersetorial^{9, 15}.

A gente sabe que deveria interagir mais (...), mas infelizmente a gente não consegue colocar o médico diante de todas as funções que a equipe tem. (3:11)

Além disto, os coordenadores destacam algumas diferenças no regime de trabalho e condições salariais entre os médicos e as demais categorias, as quais dificultam a realização do trabalho em equipe.

(...) porque aqui, principalmente no nosso serviço, a gente tá tentando entrar no setor da interdisciplinaridade, mas como? A discrepância salarial, a discrepância de carga horária, e outros movimentos também... Então, é uma das coisas que a gente poderia rever e eu não sei como seria isso. É...a gente precisa gritar muito em cima disso. (10:11)

Há insatisfação dos profissionais com o salário, especificamente daqueles que se dedicam à área de Saúde Mental, quando comparados com outros núcleo de atuação, particularmente, o da medicina, em que os profissionais são mais bem remunerados.⁴

A formação acadêmica dos profissionais

Existem vários entraves para a efetivação da PNSM no Estado de Goiás e, dentre eles, destaca-se a formação dos profissionais em desalinho com as propostas desta política. Os profissionais de saúde recebem, geralmente, formação fragmentada que não possibilita a visão integralizada do indivíduo e na maioria das vezes desarticulada com a prática profissional desenvolvida nos serviços de saúde.

Uma coisa que eu acho fundamental nesse aprimoramento é a própria formação desses profissionais, de como trabalhar na Saúde Mental. Hoje existe uma deficiência muito grande de

arsenal terapêutico, de constituição de um modelo que seria individual, mas que seja no coletivo. Que consiga atender as necessidades individuais para se fazer em conjunto. (4:23)

Um dos motivos da carência do conhecimento das novas práticas instituídas no campo da saúde mental se relaciona ao fato de os cursos de graduação estar voltados para o modelo biológico e medicamentoso, e não atualizarem as formas de atenção à saúde¹⁶. Neste tocante, é frequente encontrar nos serviços, que a despeito de terem surgido em função da reforma psiquiátrica, práticas como a fragmentação do cuidado, a centralidade do médico na tomada de decisões e a hegemonia do saber psiquiátrico sobre as práticas de promoção de cidadania, saúde e reinserção⁹.

A academia tem se esforçado para contemplar a discussão das questões da Saúde Mental, seja nas disciplinas de graduação, nos cursos de pós-graduação e nas pesquisas. Entretanto, historicamente, elas não deram conta da grande demanda por qualificação específica para trabalhar na perspectiva da Reforma Psiquiátrica¹⁷.

A articulação do diálogo entre as diferentes categorias poderia ser refletida durante a graduação. A formação profissional, ainda vem ocorrendo de maneira isolada sem preparar os profissionais para o trabalho interdisciplinar⁹. A real interdisciplinaridade ocorreria de forma mais natural se o seu conceito e importância fosse vivenciada desde a graduação, integrando os alunos de diferentes áreas de saúde na prática clínica, incentivando o raciocínio clínico conjunto e a discussão dos saberes em benefício da assistência.

Os coordenadores destacam a necessidade de adequação dos currículos e disciplinas oferecidas nos cursos de graduação em saúde para nortear as ações do futuro profissional, destacando a premência deste cuidado também para a área da Saúde Mental.

Não tem uma grade curricular, nem uma disciplina para formação de profissionais para esse mercado de trabalho, na saúde mental. Precisaria disso nas universidades, nos cursos de graduação. Os profissionais precisam já sair com um pouquinho de teoria para essa área (...) porque senão fica muito inseguro - o que eu posso ver? O que eu não posso? Até onde eu vou? Até onde não? - entendeu? (6:10:11)

No serviço, no dia-a-dia que eu estou aprendendo mais sobre o serviço de Saúde Mental. Na faculdade foi muito por cima, eu fiquei lá no hospital (psiquiátrico) uma semana só de estágio, então foi muito rápido. Passei pelo CAPS também...um dia! Então, o estágio foi muito rápido (2:2)

Os coordenadores apontam para a superficialidade com que a Saúde Mental é abordada durante a graduação e a pouca aproximação com os serviços substitutivos durante os estágios. A exposição a conteúdos curriculares pertinentes sobre esta área torna mais provável que os estudantes desenvolvem atitudes positivas às pessoas com transtornos mentais.

Entretanto, a formação deve estar associada à prática clínica supervisionada em serviços públicos da rede substitutiva e na lógica transdisciplinar, procurando evitar os hospitais psiquiátricos como cenário de prática^{6, 15}. Vale destacar também que a aproximação do aluno com os serviços sensibiliza o futuro profissional para a abrangência da rede social em que o sujeito está inserido.

Tais resultados também remetem a reflexão do panorama educacional brasileiro que, nos últimos anos, evidencia-se grande expansão de vários cursos de graduação.

Sabe-se, entretanto, que nem todos eles oferecem minimamente os conteúdos engajados ao cenário assistencial e o mais preocupante, deixam de oportunizar experiências no processo ensino aprendizagem *in loco*. Restringem o contato dos alunos a visitas técnicas e deveriam priorizar momentos de vivências práticas importantes para que o futuro profissional as incorpore no seu repertório de aprendizado.

Outro aspecto que não pode ser desconsiderado é a formação e preparo dos formadores. Muitos deles têm poucas experiências com atual modelo de assistência, deixam de se atualizar e se limitam ao repasse de ideias estigmatizadas sem estimular a busca de novos conhecimentos por parte dos alunos, instigando-os a saírem do lugar comum no contexto da assistência em pleno momento de transição.

A prática profissional e a educação Permanente

A questão da educação permanente para os profissionais que atuam nos CAPS foi uma questão referenciada por todos os sujeitos desta pesquisa e está relacionada à qualidade das atividades oferecidas nesses serviços. Na medida em

que ocasiões de educação permanente deixam de existir, considerou-se que a efetivação de PNSM fica prejudicada, pois estas oportunizam discussões e medidas inerentes ao exercício profissional.

A adequação dos conteúdos curriculares nos cursos de graduação da área da saúde foi mencionada pelos coordenadores diante da necessidade de capacitação e atualização dos profissionais.

A educação permanente tem como princípio promover a aprendizagem significativa na capacidade de transformar a prática dos trabalhadores de saúde mental e que acontece nos serviços, a partir dos problemas do cotidiano¹⁸.

A grande necessidade de educação permanente em saúde mental decorre, primeiramente, da especificidade desta área do conhecimento no setor da saúde; também, porque muitos profissionais de saúde inseridos nos serviços tiveram sua formação acadêmica anterior ao processo da Reforma Psiquiátrica e; por último, porque a academia não conseguiu, ao longo do tempo, trabalhar a temática em consonância à PNSM.

O Ministério da Saúde enfoca que a qualificação dos profissionais de saúde deve favorecer a formação segundo a lógica psicossocial, sendo assim as residências em psiquiatria e a criação de residências multiprofissionais em Saúde Mental devem ser concebidas dentro de um modelo comunitário de atenção².

Os coordenadores destacaram que é muito comum receberem nos serviços profissionais sem formação especializada para atuar em Saúde Mental e ainda assim, não são oportunizados momentos de capacitação a fim de minimizar suas dificuldades.

Nós precisamos muito de capacitação. Eu falo até por mim, eu vim trabalhar na Saúde Mental (...) e não foi promovida pela política da Saúde Mental uma capacitação. (9:8)

A mudança de modelo de atenção em saúde mental gerou insegurança nos profissionais, de forma até inconsciente, porque houve mudanças de significados e sentidos do adoecimento mental e de assistência na área. É importante, portanto, entrar em contato com o paciente, trabalhar a interdisciplinaridade e “ressignificar o seu próprio saber”⁸.

Estudo realizado no município de Goiânia indicou a demanda de trabalhadores recém-chegados ao serviço por capacitações, relacionada à falta de preparo durante a formação¹⁶.

De igual forma, os coordenadores destacam que é fundamental capacitar os profissionais da Atenção Básica. São eles que, na maioria da vezes, entram primeiramente em contato com as pessoas e necessitam de atenção especializada, além de que, fazem parte da rede de assistência em Saúde Mental.

(...) cada um começa a atuar com seu conhecimento da parte clínica, mas acaba que o que é fundamental da Reforma Psiquiátrica, da política, às vezes muitos profissionais não tem. Então eu acho que primeiramente a gente tem que capacitar os profissionais que vão atuar em cada área, seja CAPS, seja ESF, seja NASF...acho que para todos. Todos eles têm que ter conhecimento da política da saúde mental. (12:5)

Um dos principais limitantes das ações de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família é o despreparo dos profissionais para lidar com questões referentes ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência. As atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família não possibilitam a identificação e descrição da demanda e o envolvimento com a área da saúde mental. Desta forma a assistência é realizada de forma improvisada e tudo é feito informalmente ao se estabelecer um contato com a pessoa em sofrimento psíquico que se apresenta no serviço¹⁹.

Não é novidade que os agentes comunitários de saúde (ACS) são os que mais identificam casos de pessoas que podem ser inseridas na rede, razão pela qual merecem destaque nas iniciativas de educação permanente.

O nosso sonho é articular essa rede, conseguir com que esses usuários, por exemplo, tenha o Agente Comunitário de Saúde (ACS). O agente de saúde pra visitar essa família, ver como é esse usuário, teria até que capacitar esses ACS sobre Saúde Mental. (9:20)

Foi também enfatizada pelos participantes do estudo, a necessidade de cursos de especialização como estratégia importante dos processos de educação permanente em Saúde Mental e destacam a dificuldade de encontrar cursos para poder se especializar.

Enfim, a capacitação não é tudo, mas é muito importante, porque você tendo uma especialização, você está buscando

maiores conhecimentos e trazendo outras práticas através do conhecimento teórico para o município. (8:14)

Prioridade na saúde mental é incentivar profissionais de saúde a se especializar no serviço de saúde mental, porque a gente também não tem incentivo pra poder fazer isso. Nem todos gostam do serviço (...) não é fácil você encontrar um que tenha especialização em saúde mental. Também não é fácil você encontrar esse serviço de especialização. (5:6)

Os coordenadores referiram ainda falta de incentivo, principalmente por parte dos gestores municipais, para frequentarem cursos de especialização. Estes incentivos estão relacionados a custeio de cursos, deslocamento dos profissionais para locais onde eles são oferecidos, flexibilidade de carga horária no trabalho e consentimento dos gestores.

Outra estratégia de educação permanente muito referida pelos coordenadores foi a necessidade de supervisões clínico-institucionais, sendo esta uma ferramenta estratégica proposta pelo Ministério da Saúde² e deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde¹⁵.

As supervisões clínico-institucionais são entendidas como atividade que qualifica e integra as equipes nos serviços de saúde mental considerando casos clínicos e o contexto institucional, que sejam, os recursos do território onde o serviço está inserido possui, a política pública e a gestão. Ainda, o supervisor possibilita à equipe um espaço de reflexão e a construção de um projeto terapêutico que articule sujeito, rede e território²⁰.

Nesta lógica, os apontamentos ou diagnósticos feitos pelos supervisores junto com a equipe são fundamentais para a tomada de decisões e direcionamento das práticas.

Eu acho que o principal movimento feito aqui no CAPS foi a solicitação dessa supervisão. Realmente isso trouxe um diferencial muito grande, porque nós passamos a ter informações de que realmente seria trabalhar no CAPS...a forma de trabalho, as estratégias, o tipo de clientela , o que seria prioridade (...) extremamente enriquecedora no sentido de nos dar um norte de como trabalhar. (17:11)

A supervisão clínica é vista como suporte para orientar os processos de trabalho nos CAPS além de qualificar as relações interpessoais entre a equipe. Entretanto, recomenda-se que o supervisor seja externo à equipe de trabalho e necessita ser comprometido e qualificado de acordo com os princípios da PNSM¹⁵, ter conhecimento sobre o modo de funcionamento dos CAPS, da organização do trabalho, além de uma atitude de acolhimento para com a equipe¹⁶.

Os coordenadores também citaram as supervisões realizadas pelos profissionais da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), como uma supervisão programada. Nesta perspectiva, SES-GO tem parcela fundamental na responsabilidade pela capacitação dos profissionais que estão atuando nos serviços. Para organizar a rede, o Estado também tem a responsabilidade de funcionar como um órgão modulador de assistência em Saúde Mental e capacitar os profissionais que atuam nos serviços. Foi evidente entre os relatos dos coordenadores que os profissionais apoiam as supervisões realizadas pela SES_GO. Compreendem, entretanto que as iniciativas devem ir além do caráter burocrático e de fiscalização.

Então é preciso aprimorar as supervisões clínicas (...) tem muito de burocrático ainda, (...) tem quantos funcionários, qual a carga horária... Não quer saber quais são as necessidades daquela clientela, não quer saber o quê aquele território precisa (...) muito burocrático. (4:24:25)

Que se tivesse mais essas visitas...não auditorias, mas visitas, orientação. Seria condição da supervisão. Não temos tanto acesso porque você tem entrar num projeto e a verba é muito pequena e o nosso Estado, infelizmente as dificuldades financeiras são muito grandes e, eles estão ausentes na saúde mental. (10:4)

Os municípios devem assumir a responsabilidade pela execução das ações de saúde, devendo a Secretaria Estadual trabalhar para que os pontos cegos localizados nos municípios sejam resolvidos. Desta forma, mais do que simplesmente implantar unidades de atendimento, cabe ao Estado constituir e desenvolver o sistema como um todo²¹. Tal lógica obedece a descentralização, um dos princípios do Sistema Único de Saúde, em que cada esfera de governo assume responsabilidades específicas. Os coordenadores dos CAPS questionam a maneira

insipiente pela qual a SES-GO se configura, em muitos serviços, acarretando a falta de visibilidade das suas ações.

Até mesmo porque o CAPS é um projeto do governo federal em parceria com os municípios, e é o Estado quem supervisiona...fica meio estranho, fica meio isolado... (8:19)

Por exemplo, aqui a queixa, principalmente na nossa cidade, é que nós só temos a parceria do federal e o municipal...o Estado está omissa em todos os aspectos, sabe!? Incluindo saúde mental. Então, tanto na orientação, acompanhamento...muito omissa. (10:5)

Outra questão enfatizada foi a necessidade de incluir os gestores municipais de saúde nos processos de capacitação profissional. Muitos deles, embora profissionais de saúde, não compreendem a PNSM.

E a gente percebe também a questão da dificuldade dos gestores. (...) Então, eu penso que isso seria a capacitação e também a participação dos gestores municipais, porque aí a aceitação seria maior porque se a dificuldade é por falta de conhecimento. (12:23)

É uma dificuldade (...) a gente não consegue um desconto, nem uma condução, um combustível, alguma coisa... algo que facilite a sua vida pra o que você tá fazendo. (...) Mas aí tem também outra parte, eu vou buscar inovações, chega aqui no meu município eu não consigo aplicar. Eu vou ficar frustrada. (13:13).

Vale destacar que a educação permanente dos gestores também deve incluir a capacitação em elaborar projetos para captar recursos e buscar a ampliação de parcerias interinstitucionais além de recursos junto a instituições de pesquisa ¹⁵. É inegável que gestores bem preparados facilita e viabiliza a realização de programa de saúde em territórios sob sua responsabilidade.

A inserção no mercado de trabalho

Os vínculos empregatícios são entendidos como parte estrutura que os profissionais possuem para atuar nos serviços de forma qualificada. Esta condição

está relacionada à busca por qualificação por parte dos profissionais e com o vínculo que eles estabelecem com os usuários dos serviços.

No interior de Goiás, quase todos os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde mental têm vínculos empregatícios por meio de contratos anuais. Sendo assim, todo início de ano os profissionais ficam incertos com relação à renovação de seu contrato e ou com a mudança do quadro de profissionais nas unidades de saúde. Pode-se perceber, nas falas dos coordenadores, que este tipo de contratação tem impedido e ou dificultado a formação de vínculos com os usuários,⁶ o trabalho em equipe e até a possibilidade de qualificação dos profissionais.¹⁴ Situação muito parecida foi relatada no Estado de Mato Grosso onde poucos gestores investem em contratação efetiva⁶.

A maioria dos profissionais que atuam no CAPS eles trabalham através de um contrato de prestação de serviço, que é anual. Então com isso há uma rotatividade muito grande de profissionais. (...) Então eu penso que isso dificulta muito. Se fosse possível um concurso público pra estabilizar essa equipe eu acho que iria facilitar muito. Porque aí poderia investir mais nesse profissional, capacitar mais e, com certeza, isso teria mais respostas. (12:16:17)

Estudos mostram que há insatisfação com o trabalho em saúde mental relacionado à desregulamentação e flexibilização da forma de contratação dos profissionais. Este aspecto pode gerar conseqüências como tensões, medo e insegurança no trabalhador.⁴ Aprende-se, portanto, que vínculos empregatícios precários, tempo de trabalho diminuído e rotatividade dos trabalhadores são situações que dificultam a busca por qualificação⁶.

Além disso, segundo os coordenadores é importante considerar o perfil profissional para contratar os profissionais que trabalharão na área, independente da forma de contratação. Mesmo que os profissionais sejam concursados, é fundamental que se tenha critérios pré-estabelecidos em edital e que esteja clara a possibilidade de o aprovado ser alocado em serviços de Saúde Mental.

Eu vejo que o concurso não é só para ganhar o conhecimento. Tem que ter o perfil também, dos profissionais que passam nesses concursos e são chamados, nem todo mundo dá conta de trabalhar na área pública, nem todo mundo tem o perfil para

trabalhar na saúde mental. Ou fica um mau profissional, ou de repente acomoda e não desenvolve realmente o que deveria desenvolver. (3:5:6)

Entretanto, é possível perceber que a afinidade entre a realização do concurso e o perfil para atuar em saúde mental tem uma relação intrínseca com a concepção estigmatizada que os profissionais dos CAPS possuem sobre o adoecimento mental. Muitas vezes os profissionais se recusam a trabalhar nesta área por medo, receio e até repulsa para com o usuário dos serviços de saúde mental²².

Tal relação ocorre também por falta de conhecimento por parte dos profissionais ou por suas experiências em instituições psiquiátricas com características asilares que ferem os direitos humanos, desestimulando o interesse do trabalhador se dedicar à área. Diante deste panorama, a V Conferência de Saúde Mental, no Brasil, propõe a implantação de uma política de especialização e de capacitação permanente para os profissionais com garantia de contratação imediata, via concurso, de pessoas com perfil para trabalhar em saúde mental¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os coordenadores dos CAPS do interior do Estado de Goiás destacaram muitos aspectos relacionados à preparação dos profissionais para atuar em Saúde Mental. Foi interessante perceber que os conteúdos dos seus relatos vão ao encontro do que foi deliberado na última Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial¹⁵.

A preparação dos profissionais de saúde mental é uma responsabilidade intersetorial. As universidades precisam adequar os currículos dos cursos de graduação de forma a priorizar os preceitos da PNSM e os campos de prática e estágios devem ocorrer serviços com ideais antimanicomias para que os futuros profissionais tenham contato com o território, com a articulação dos serviços e com a comunidade, de acordo com o modelo psicossocial.

A formação acadêmica também precisa promover o trabalho em equipe, ainda durante a graduação, para que as relações interpessoais e a importância da interdisciplinaridade façam sentido na profissão e no processo de trabalho em saúde mental.

Sendo assim, para os profissionais que não tiveram a formação segundo esta lógica, destaca-se a importância de educação permanente, de forma a facilitar a apreensão de conceitos e ações fundamentadas no modelo psicossocial capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura.

Os processos de educação permanente devem ocorrer nos serviços, considerando o território em que eles estão inseridos, a população atendida e a rede de serviços. Neste tocante a supervisão clínico-institucional seria a melhor estratégia porque considera estes aspectos e os processos de trabalho de toda a equipe. Entretanto, podemos perceber que faltam oportunidades para os profissionais se qualificarem e ainda pouco incentivo por parte dos gestores municipais.

Todos os coordenadores destacaram a importância de contratar profissionais que tenham perfil para atuar em Saúde Mental. Este perfil está relacionado à afinidade do profissional com a área e ao domínio que ele possui das ferramentas relacionais como vínculo, acolhimento, escuta e responsabilização.

É imprescindível rever as condições dos vínculos empregatícios dos trabalhadores pois a estabilidade é fundamental para incentivar os profissionais à qualificação, favorecer o trabalho em equipe e o vínculo com os usuários.

Diante dos resultados encontrados, reforça-se a ideia que os investimentos em recursos humanos pode representar a possibilidade do salto de qualidade que a assistência psiquiátrica em Saúde Mental necessita para contemplar, de fato, a Política Nacional de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amarante PDC. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996.
2. Ministério da Saúde (BR). 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): Ministério da Saúde; 2011. 106 p.
3. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciênc saúde coletiva**. 2009; 14(1):159-64.

4. Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciênc saúde coletiva**. 2011; 16(4): 2145-54.
5. Camatta MW, Schneider JF. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2009; 13(3):477-84.
6. Rézio LA, Oliveira AGB. Equipes e condições de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial em Mato Grosso. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2010 14(2):346-54.
7. Wetzel C, Kantorski LP, Olschowsky A, Scheneider JF, Camatta MW. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc saúde coletiva**. 2011; 16(4):2133-43.
8. Koda MY, Fernandes MIA. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cad Saúde Pública**. 2007; 23(6):1455-61.
9. Schneider JF, Souza JP, Nasi C, Camatta MW, Machineski GG. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. **Rev Gaúcha Enferm**. 2009; 30(3):397-405.
10. Munari DB, Godoy MTH, Esperidião E. Ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental na faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Goiás. **Esc Anna Nery R Enferm**. 2006; 10(4):684-93.
11. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília, Brasil: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2011. 210 p.
12. Bardin L. **Análise de Conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
13. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Souza FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc saúde coletiva**. 2011; 16(7):3051-60.
14. Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Trabalhadores de saúde mental: contradições e desafios no conexto da reforma psiquiátrica. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2010 14(2):260-7.
15. Ministério da Saúde (BR). Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência**

Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010. 210 p.

16. Silva EA, Costa II. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. **Psicologia em Revista.** 2008; 14(1):83-106.

17. Fraga MNO, Souza ÂMA, Braga VAB. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. **Acta paul enferm.** 2006; 19(2):207-11.

18. Ceccim EB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** 2004; 9(16):161-77.

19. Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc saúde coletiva.** 2009; 14(1):173-82.

20. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **O ofício da supervisão e a sua importância para a rede de saúde mental do SUS** [Internet]; 2011. [cited 2011 set 23]; Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31355.

21. Secretaria Estadual da Saúde Goiás. Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde Mental.** Goiânia (GO): Secretaria de Estado da Saúde; 2005.

22. Nunes M, Torrenté M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev Saúde Pública.** 2009; 43(Supl. 1):101-8.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Organização Mundial da Saúde tem incentivado a criação de políticas assistenciais para o controle e tratamento de transtornos mentais no contexto dos cuidados primários, nas comunidades e de forma articulada com outros serviços e recursos sociais, como estratégia fundamental a fim de favorecer o acesso aos serviços e considerar o meio em que as pessoas vivem.

A Política Nacional de Saúde Mental segue esta tendência na medida em que propõe vários serviços substitutivos às internações em instituições psiquiátricas de grande porte e incentiva a articulação com os equipamentos sociais existentes nos territórios. Sendo assim, sua concepção foi uma grande conquista no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, porque possibilitou direcionar a assistência em saúde mental segundo o modelo psicossocial.

Com a revisão de literatura empreendida nesta investigação, evidenciamos que muitos pesquisadores têm se dedicado a avaliar os resultados da Reforma Psiquiátrica em várias regiões brasileiras sinalizando avanços relacionados à criação de serviços substitutivos e da legislação específica. Entretanto, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste as pesquisas ainda são insuficientes.

No Estado de Goiás são escassos estudos que mostram os avanços e entraves encontrados pelas gestões e profissionais nos serviços de modo a direcionar a assistência segundo modelo proposto pela PNSM.

O estudo bibliográfico mostrou que, em avaliações de serviços de saúde mental, são relatadas questões referentes à inadequação de área física, à grande demanda de usuários, à falta de recursos humanos, materiais e financeiros. Destacou não só a urgente necessidade de formação e capacitação de profissionais para atuarem na área, além da importância da formação de redes no cuidado e da realização do trabalho interdisciplinar.

Os resultados alcançados revelaram que os profissionais em geral e coordenadores dos serviços de Saúde Mental no interior do Estado de Goiás são de várias categorias profissionais, caracterizando o trabalho multidisciplinar. A maioria deles é jovem, com pouco tempo de conclusão da graduação e possuem restrita experiência na área de Saúde Mental, com raras exceções. Os vínculos empregatícios são frágeis e os salários muito baixos quando comparados com outras localidades brasileiras.

Foi enfatizada a contribuição de alguns poucos profissionais que possuem vasta experiência na área, os quais tendem a influenciar positivamente as equipes

na condução do modelo psicossocial porque conseguem perceber, com mais facilidade, os avanços e desafios da mudança de paradigma assistencial.

Sobre a fragilidade nos contratos de trabalho dos profissionais nos serviços foram apresentados vários estudos que mostram que alguns tipos de vínculos empregatícios dificultam o trabalho interdisciplinar, o vínculo com os usuários e a qualificação profissional, visto que aumenta a rotatividade e diminui o poder de articulação entre a equipe e outros serviços.

Ficou evidente também a carência de recursos humanos dos serviços de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás. Sendo assim, salientamos a premente necessidade de investimentos no quantitativo e na qualificação dos profissionais, assim como em melhorias das condições de trabalho deles.

Quanto aos enfermeiros, a maioria deles tem pouca experiência na área e não receberam capacitação específica para trabalhar em Saúde Mental. Em virtude disto, as ações que desenvolvem nestes serviços são predominantemente centradas nas atribuições gerais de enfermagem, com pouca contribuição nas ações terapêuticas propostas pelo modelo de atenção psicossocial.

Por outro lado, ainda que incipientes, foi possível identificar alguns avanços nas práticas de enfermagem para além de práticas tradicionais de supervisão, controle de medicação e higiene. Constatou-se também que os enfermeiros têm realizado muitas atividades em parceria com outros profissionais, igualmente proposto pelas diretrizes de atenção da área.

A assistência de Enfermagem nos serviços de Saúde Mental, especialmente nos CAPS, pode ser influenciada por diversos fatores que estão relacionados à disponibilidade de recursos, fatores inerentes aos próprios profissionais, fatores relacionados à experiência na área de Saúde Mental, bem como a dinâmica do profissional com os demais membros da equipe de saúde.

Os aspectos relacionados à estrutura dos serviços e à qualificação dos enfermeiros foram muito considerados pelos participantes do estudo. A falta de qualificação para atuar em Saúde Mental dificulta a visibilidade do profissional enfermeiro e gera neles a sensação de insegurança perante a equipe multiprofissional.

Diante deste cenário, é fundamental que as instâncias formadoras adequem o ensino da Enfermagem Psiquiátrica ao modelo vigente, inserindo no currículo

experiências de aprendizagem teórico-práticas também nos serviços que compõem a rede de assistência em Saúde Mental, em especial os CAPS.

Quanto aos coordenadores dos serviços de Saúde Mental do interior do Estado de Goiás é possível afirmar que eles possuem compreensão condizente com a PNSM, acerca das competências necessárias à operacionalização da prática psicossocial de atendimento, em que se privilegia a reinserção do usuário, o coletivo e o trabalho participativo. Em contrapartida, há conflitos conceituais, entre a grande maioria deles, acerca do real sentido da desinstitucionalização, que muitas vezes é compreendida apenas como mera desospitalização.

De igual forma, em poucos relatos dos coordenadores ainda aparecem equívocos no conhecimento sobre aspectos das políticas públicas de saúde e descrédito para com o modelo psicossocial. Consideramos repensar estes resultados, mesmo que não retrate o pensamento da maioria deles, uma vez que o coordenador tem grande influência nas atitudes profissionais de toda a equipe e no trabalho empreendido nos serviços.

As instituições de ensino têm grande responsabilidade na formação e educação continuada dos profissionais, principalmente para superação do preconceito direcionado aos usuários dos serviços de Saúde Mental.

Os principais desafios apresentados pelos coordenadores foram relacionados ao interesse da gestão municipal pela saúde mental (principalmente relacionado ao interesse político e repasse financeiro); à estrutura dos serviços (capacitação profissional condizente com a proposta psicossocial, vínculos empregatícios adequados e recursos materiais, físicos, humanos); enfrentamento do preconceito por parte de todos os atores sociais; construção e ampliação da rede de serviços e recursos sociais; e a necessária preparação dos profissionais (formação, capacitação e supervisões clínicas).

Atender a integralidade dos usuários parece ser o desafio maior para os coordenadores e profissionais das equipes de saúde mental nos serviços substitutivos, visto que são muitas deficiências em quantidade e qualidade dos recursos relacionados à estrutura de trabalho dos profissionais.

Ainda não foi possível perceber, no interior do Estado de Goiás, a composição da rede de assistência especializada com a disponibilidade de todos os dispositivos que a PNSM propõe, muito menos de articulação dos serviços substitutivos já existentes com outros recursos sociais nos territórios.

Quanto à desospitalização, a proposta de criar a rede de serviços substitutivos ainda está longe de acontecer visto que a cobertura no Estado ainda é baixa e faltam serviços especializados e estratégicos para consolidá-la. A inexistência de CAPS do tipo III e de leitos em hospitais gerais no Estado é um grande entrave porque inviabilizam o tratamento para situações agudas e de emergência durante todos os horários e dias da semana.

Além disto, cabe enfatizar os interesses particulares que influenciam a assistência psicossocial no Estado, visto a grande quantidade de clínicas psiquiátricas e que não fazem articulação com a rede de atenção à saúde.

Portanto, é necessário que haja forte comprometimento dos gestores municipais com a proposta psicossocial, principalmente no interior longe das capitais metropolitanas, no sentido de oferecer estrutura de trabalho adequada para os profissionais e compor a rede para ampliar as possibilidades de efetivação das ações empreendidas.

A aproximação dos pesquisadores envolvidos nesta investigação com os serviços de Saúde Mental e com a Gerência de Saúde Mental do Estado de Goiás tem gerado importantes iniciativas por parte do governo estadual, no sentido de apoiar os coordenadores na condução da assistência psicossocial em seus municípios.

Entre elas, salientamos a realização do I Encontro de coordenadores municipais e coordenadores dos serviços públicos de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Estado de Goiás, novembro de 2011, em que toda a equipe executora deste estudo participou ativamente.

Nesta ocasião, parte dos resultados foi apresentada aos coordenadores durante o evento, quando muitos se reconheceram a partir dos relatos apresentados, o que favoreceu o debate. Eles foram protagonistas, estavam motivados e participaram ativamente de todas as atividades propostas. Vale salientar que muitos dos coordenadores presentes foram sujeitos deste estudo. Este momento foi importante porque possibilitou apresentar parte dos dados e, de certa forma, favoreceu a discussão e validação dos resultados encontrados.

Salientamos também que os produtos desta pesquisa constituem-se como instrumentos auxiliares na condução da gestão dos serviços de Saúde Mental em Goiás. É com este enfoque que, durante o encontro, foram feitas a proposição e elaboração de um documento conjunto e coletivo com ações prioritárias para

enfrentamento das dificuldades identificadas pelos coordenadores. Outra indicação, que provavelmente gerará impacto nas ações de saúde mental no Estado de Goiás, foi a de que, a título de sugestão, os planos de ação propostos no Encontro fossem inseridos no Plano Anual de Saúde Municipal de 2012, visando sua efetivação.

Temos a convicção que tal iniciativa proporcionará um estímulo para efetivação de ações ainda mais impactantes e que a uniformidade das atividades propostas possibilitará apoio mútuo, entre os serviços, diante dos entraves encontrados.

Diante do panorama relatado nesta ampla investigação, ressaltamos a necessidade em dar continuidade aos estudos e processos avaliativos sobre os serviços e a assistência em Saúde Mental no Estado de Goiás com o intuito de conhecer os processos de trabalho nestes espaços e, mediante isto, discutir ações para a melhoria da formação e práticas dos profissionais.

Também, vale lembrar que este trabalho faz parte de um projeto maior, que está em andamento e que prevê o desenvolvimento de ações educativas diante dos resultados encontrados. Sendo assim, oportunamente, pretendemos apresentá-los para promover a discussão elencando estratégias de intervenção, de acordo com as prioridades e necessidades levantadas.

Entendemos que, para além da oferta de dispositivos, o avanço da PNSM no interior do Estado fica comprometido se as práticas profissionais e a políticas locais não seguirem de acordo com sua proposta.

Há o risco de que os profissionais, mesmo com a existência dos diversos serviços substitutivos, possam reproduzir práticas institucionalizadas, disciplinares, de coerção e de restrição muito características do modelo asilar manicomial. Por isso há necessidade de que essas práticas sejam avaliadas continuamente.

Podemos perceber que, no Estado de Goiás, embora com poucos serviços substitutivos existentes, há distorção da assistência psicossocial na medida em que o trabalho nos CAPS, apesar de alguns avanços, ainda limita-se a si próprio ou ainda ocorrem em função das consultas médicas. As práticas terapêuticas que possibilitam o desenvolvimento das habilidades são, muitas vezes, limitadas porque se restringem a atendimento ambulatorial.

O desafio da desinstitucionalização depende muito mais das competências interpessoais que envolvem conhecimento, habilidades e atitudes dos profissionais e dos gestores, do que das instituições.

Recomendamos também iniciativas de avaliação dos serviços com a participação dos usuários e seus familiares. Certamente assim, será um meio de “olhar o outro lado da moeda” e incluir os demais atores nestes processos avaliativos. Acreditamos que tal estratégia, além de possibilitar a reformulação de políticas de saúde e de educação, pode ser uma boa oportunidade de fazer inclusão social e promover cidadania aos usuários.

Apesar de todo o envolvimento dos coordenadores e profissionais, ainda não há uma estrutura de trabalho adequada nos serviços de saúde mental do interior do Estado de Goiás, podendo comprometer a assistência oferecida, desviando do modelo de atenção psicossocial.

Apesar da grande envergadura desta pesquisa, as práticas profissionais e os fluxos de atendimentos nos serviços não foram seu objeto de estudo, razão pela qual consideramos importante compreender como os dados apresentados podem influenciar nesses aspectos e quais são os resultados assistenciais alcançados. Esta medida de avaliação permitirá entender e explicar determinadas situações acerca da assistência e auxiliar na tomada de decisões por parte dos próprios profissionais e da administração pública.

Sabemos que, embora alguns dos resultados sejam possivelmente conhecidos pela Gerência de Saúde Mental, esta sistematização possibilitará melhor reflexão do contexto assistencial e a tomada de decisões por parte de todos os envolvidos com a assistência em Saúde Mental em Goiás.

Por fim, destacamos que esta pesquisa representou uma importante interlocução entre uma instituição formadora e de pesquisa com as instâncias gestoras da saúde do Estado de Goiás. Esta aproximação, principalmente durante a coleta de dados, nos possibilitou compreender um pouco do trabalho e da estrutura da Gerência Estadual de Saúde Mental e, por outro lado, possibilitou à gerência compreender e valorizar o desenvolvimento da pesquisa.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida LPG, Ferraz CA. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007; 61(1):31-5.

Almeida PF, Escorel S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde Debate.* 2001; 25(58):35-47.

Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995a.

_____. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. *Cad Saude Publica.* 1995b; 11(3):491-4.

Amarante P, Torres E. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde Debate.* 2001; 25(58):26-34.

Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1996.

Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc saúde coletiva.* 2009; 14(1):195-204.

Andrade MM. Introdução à metodologia do trabalho científico. 6 ed. São Paulo: Atlas; 2003.

Bardin L. Análise de Conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições 70; 2010.

Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(2):456-68.

Brêda MZ, Albuquerque RS, Brandão TM, Lira YCMS, Albuquerque MCS, Jorge JS. A atuação do enfermeiro em Centros de Atenção Psicossocial na cidade de Maceió-Alagoas. In: XI Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica: o contexto histórico-social e os cenários do cuidado em saúde mental na atualidade [CD-ROOM]; 2010 jun 7-9; Ribeirão Preto - SP.

Calgaro A, Souza EN. Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(3):476-83.

Camatta MW, Schneider JF. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. *Rev Esc Enferm USP.* 2009a; 43(2):393-400.

_____. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009b; 13(3):477-8.

CAPSUL. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. Questionário do coordenador do CAPS. [Internet]. 2010; cited 2010 nov 23; Available from: http://ufpel.edu.br/feo/capsul/estudo_quantitativo.php.

Carvalho CRA. As unidades psiquiátricas em hospitais gerais e seu papel na rede de assistência em saúde mental. Saude Debate. 2011; 35(88):148-56.

Cavalheri SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. Rev Bras Enferm. 2010; 63(1):51-7.

DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. Server - List Terms. Pesquisa sobre SAUDE MENTAL. [Internet]. 2011; cited 2011 Ago 15; Available from: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.

Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciênc saúde coletiva. 2009; 14(Supl. 1):1483-92.

Dias CB, Aranha e Silva AL. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010; 44(2): 469-75. Available from: www.ee.usp.br/reeusp/.

Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciênc saúde coletiva. 2009; 14(1):129-38.

Fornazier ML, Siqueira MMd. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. J Bras Psiquiatr. 2006; 55(4):280-7.

Fraga MNO, Souza ÂMA, Braga VAB. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. Acta paul enferm. 2006; 19(2):207-11.

Furegato ARF, Osinaga VLM, Galera SAF, Pillon SC. Avaliação de instrumento para diagnóstico das atividades dos profissionais de saúde mental: estudo piloto. Cad Bras Saúde Mental. 2010; 1(2):23-37.

Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem: há acordo sobre o conceito? Rev Eletr Enf [Internet]. 2009; 11(2)Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a01.htm>.

Gilz C. Os desafios e facilidades do uso do programa de Software ATLAS/ti na análise de dados da pesquisa: A coleção "Redescobrimo o universo religioso na formação do professor". Anais do VII congresso Nacional de Educação. 2007; EDUCERE.

Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(4):2145-54.

Hwang S. Utilizing Qualitative Data Analysis Software: A Review of Atlas.ti. *Social Science Computer Review*. 2008; 26(4):519-27.

Jorge MR, França JMF. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001; 23(1):3-6.

Jorge MSB, Ramirez ARA, Lopes CHAF, Queiroz MVO, Bastos VB. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):135-42.

Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):173-82.

Kantorski LP, Coimbra VCC, Silva ENF, Guedes AdC, Cortes JM, Santos F. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(4):2059-66.

Kantorski LP, Jardim VR, Wetzel C, Olschowsky A, Schneider JF, Heck RM *et al*. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009a; 43(Supl. 1):29-35.

Kantorski LP, Mielke FB, Teixeira Júnior S. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. *Trab educ saúde*. 2008; 6(1):87-105.

Kantorski LP, Pinho LB, Saeki T, Souza MCBM. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(3):317-24.

Kantorski LP, Wetzel C, Olschowsky A, Jardim VMR, Bielemann VLM, Schneider JF. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. *Interface (Botucatu)*. 2009b; 13(31):343-55.

Kirschbaun DIR. Análise Histórica das Práticas de Enfermagem no campo da Assistência Psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre décadas de 20 e 50. *Rev latino-americana de enfermagem*. 1997; 5(número especial):19-30.

Koda MY, Fernandes MIA. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(6):1455-61.

Lancetti A, Amarante P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, editors. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p. 871.

Lemos SS, Lemos M, Souza MGG. O preparo do enfermeiro da atenção básica para a saúde mental. Arq Ciênc Saúde. 2007; 14(4):198-202.

Lucchese R. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. Rev Eletr Enf [Internet]. 2007; 9(3): 883 -5. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a28.htm>.

Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad Saúde Pública. 2009; 25(9):2033-42.

Lucchesi M, Malik AM. Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009; 43(1): 161-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100021&lng=en.

Luzio CA, L'Abbate S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. Ciênc saúde coletiva. 2009; 14(1):105-16.

Machado AL, Colvero LA. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2003; 11(5): 672-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500016&lng=en&nrm=iso.

Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. Ciênc saúde coletiva. 2009; 14(1):159-64.

Minayo CS. O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde. 7 ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

Minayo MCS, Sanches O. Qualitativo-Quantitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública. 1993; 9(3):239-62.

Ministério da Saúde. Portaria Nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2012.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. Brasília, Brasil: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196 de 10 De Outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. [Internet]. Brasília, Brasil; 1996; cited 2008 mar 4; Available from: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>.

_____. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2004a. p. 340.

_____. Portal da Saúde. [Internet]. Brasília, Brasil; 2010b; cited 2010 mar 29; Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33883.

_____. Portal da Saúde. [Internet]. Brasília, Brasil; 2011a; cited 2011 jan 5; Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925.

_____. Portal da Saúde. Saúde Mental. Atenção Básica. [Internet]. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2011b; cited 2011 20 jan; Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1.

_____. Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas - 24 horas CAPSadIII. Brasília, Brasil 2010c.

_____. 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, Brasil: Ministério da Saúde; 2011c. p. 106.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2004b. p. 86.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, Brasil: OPAS; 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2007.

Montanari AJ. Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psico-Social em Cataguases – MG. *Revista Mental*. 2005; 3(4):81-112.

Monteiro CB. O enfermeiro assistencial nos novos dispositivos assistenciais em saúde mental. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2006; 10(4):735-9.

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(Supl. 1):8-15.

Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(4):643-8.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(5):547-9.

Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003; 11(3):333-40.

Oliveira FB, Silva KMD, Silva JCC. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(4):692-9.

Olschowsky A, Duarte MLC. Saberes dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. *Rev Latino-am Enfermagem* julho-agosto [Internet]. 2007; 15(4) Available from: www.eerp.usp.br/rlae.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias. Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Genebra: World Health Organization; 2005.

_____. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Genebra: World Health Organization; 2001.

Pelisoli C, Moreira AK, Kristensen CH. Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. *Mental (Barbacena)* [Internet]. 2007; 5(9): 63-8. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/420/42000905.pdf>.

Pereira E, Costa M. Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: estudo de um centro de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(3):408-16.

Pillon SC, Luis MAV. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004; 12(4):676-82.

Rézio LA, Oliveira AGB. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14(2):346-54.

Rodrigues RM, Schneider JF. A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. *Rev Latino-am Enfermagem*. 1999; 7(3):33-40.

Sadigursky D. A enfermeira na equipe transdisciplinar de saúde mental. *Rev Baian Enferm*. 2002; 17(3):45-53.

Schneider JF, Souza JP, Nasi C, Camatta MW, Machineski GG. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(3):397-405.

Secretaria Estadual da Saúde Goiás. Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde. Política Estadual de Atenção Integral à Saúde Mental. Goiânia, Goiás: Secretaria de Estado da Saúde; 2005.

Silva EA, Costa II. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. *Psicolem Revista*. 2008; 14(1):83-106.

Silva GA. Atuação dos profissionais da rede especializada em Saúde Mental de Goiânia - GO [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Goiás; 2010. 186 p.

Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciênc saúde coletiva*. 2009; 14(1):139-48.

Silveira LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de Saúde Mental. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13(4):591-5.

Soares MH. Recorte histórico da psiquiatria e do campo de enfermagem psiquiátrica brasileiras. *Revista Salus-Guarapuava-PR*. 2008; 2(1):57-66.

Soares RD, Villela JC, Borba LO, Brusamarello T, Maftum MA. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(1):110-5.

_____. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. *Esc Anna Nery*. 2010; 15(1):110-5.

Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc saúde coletiva*. 2009; 14(2):477-86.

Tavares CMM. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(2):287-95.

Teixeira Junior S, Kantorski LP, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(3):453-60.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist cienc saude-Manguinhos.* 2002; 19(1):25-59.

Vilela SC, Moraes MC. A prática de enfermagem em serviços abertos de saúde mental. *Rev enferm UERJ.* 2008; 16(4):501-6.

Villa EA, Cadete MMM. Portas abertas: novas possibilidades no ensino da enfermagem psiquiátrica. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet].* 2000; 8(6): 13-9.

Walter SA, Bach TM. Adeus Papel, Marca-textos, Tesoura e Cola: Inovando O Processo de Análise de Conteúdo Por Meio do Atlas.ti. *Anais do XII SEMEAD.* 2009; Seminário de Administração, São Paulo.

Wetzel C, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF, Camatta MWI. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc saúde coletiva.* 2011; 16(4):2133-43.

WHO-AIMS. Assessment Instrument for Mental Health Systems. Report on Mental Health System in Brazil. Brasília: WHO e Ministério da Saúde; 2007.

WHO. Mental health atlas 2011. Geneva: World Health Organization; 2011.

_____. Atlas: nurses in mental health. Cataloguing-in-Publication Library: World Health Organization; 2007.

_____. Mental Health Atlas-2005 provides essential information on mental health for all 192 Member States of WHO. Geneva: World Health Organization; 2005.

APÊNDICE A

Questionário para identificar o perfil profissiográfico dos coordenadores dos serviços de saúde mental



**Fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental:
caracterização dos serviços de Saúde Mental no Estado de Goiás**



Código da instituição		Número de identificação da instituição	
Data		Local	

Contextualização

1	Data de Nascimento		Anos completos=				
2	Qual seu sexo?	1=feminino	2=masculino				
3	Qual o seu nível de escolaridade?	1= () 1º grau incompleto	2=() 1º grau completo				
		3= () Fundamental incompleto	4=() Fundamental completo				
		5= () Ensino Médio incompleto	6=() Ensino Médio completo				
		7= () Superior incompleto	8=() Superior completo				
4	Se superior completo, qual é a sua formação? Caso contrário, pule para a questão 9.		1= Médico 2= Enfermeiro 3= Psicólogo 4= Fisioterapeuta 5= Terapeuta Ocupacional 6= Assistente Social 7=Outro. Especifique: 8 = Não se aplica				
6	Ano de conclusão da sua graduação?		Anos completos=	Não se aplica			
7	Tem especialização?	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica			
8	Que tipo de especialização?	1= Saúde mental	2= Outra	3= Não se aplica			
9	Desde qual ano você trabalha na área de saúde mental?		Anos completos=				
10	Desde qual ano você trabalha nesta instituição?		Anos completos=				
11	Qual sua carga horária semanal de trabalho?						
12	Qual é o seu salário bruto?						
13	Você recebe uma gratificação por exercer o cargo de coordenador do serviço?		1= Sim	2= Não	3= Não se aplica		
14	Tem outro emprego?		1= Sim	2= Não	3= Não se aplica		
15	Que tipo outro emprego?	1= saúde mental	2= outro	3= Não se aplica			
16	Em relação ao CAPS, qual o tipo de vínculo que você tem?	1= CLT	2= Contrato emergencial/temporário	3=Estatutário	4= Outro. Qual?		
17	Como você ingressou no serviço?	1= Concurso	2= Contrato	3= Indicação	4= Outro. Qual?		
18	Qual a periodicidade das reuniões de equipe?	1= Semanal	2= Quinzenal	3= Mensal	4= Bimestral	5= Conforme a necessidade	6= Não realiza
19	Abordam questões administrativas?		1= Sim	2= Não	3= Não se aplica		

20	Abordam questões técnicas (discussões de PTIs, discussões de casos, discussões sobre medicações)?	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
21	Este serviço possui sistema de referência para outros serviços?	1= Sim	2= Não	
Se respondeu Não na questão anterior, pule para a questão 27. Se sim, para onde são referenciados?				
22	Atendimento especializado	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
23	Emergência Psiquiátrica	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
24	Hospital Geral (internação psiquiátrica)	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
25	Hospital Psiquiátrico	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
26	Unidade Básica de Saúde	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
27	Este serviço possui sistema de contra referência?	1= Sim	2= Não	
Se respondeu Não na questão anterior, pule para a questão 34. Se sim, para onde são contra referenciados?				
28	Atendimento especializado	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
29	Emergência Psiquiátrica	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
30	Hospital Geral (internação psiquiátrica)	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
31	Hospital Psiquiátrico	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
32	Unidade Básica de Saúde	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
33	Em sua opinião, o fluxo de referência e contra referência é organizado?	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
34	Este serviço possui atendimento de orientação à família?	1= Sim	2= Não	
Se respondeu Não na questão anterior, pule para a questão 41. Se sim, que questões são discutidas nos grupos de família?				
35	Manejo com o paciente	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
36	Apoio psicológico estimulando interação da família e usuário	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
37	Espaço aberto para sugestões sobre o serviço	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
38	Patologia	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
39	Tratamento	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
40	Outros. Especifique:	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
41	Os atendimentos possuem abordagem interdisciplinar?	1= Sim	2= Não	
Se respondeu Não na questão anterior, pule para questão 48. Se sim, quais profissionais participam?				
42	Médico	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
43	Psicólogo	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
44	Enfermeiro	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
45	Assistente Social	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
46	Terapeuta Ocupacional	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
47	Outro profissional. Especifique:	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
48	Este serviço possui oficinas terapêuticas?	1= Sim	2= Não	
Se respondeu Não na questão anterior, pule para a questão 55. Se sim, quais oficinas terapêuticas o serviço oferece?				
49	Artes	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
50	Música	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
51	Dança	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica

52	Geração de renda	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
53	Higiene e cuidados pessoais	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
54	Outra. Especifique:	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
55	Este serviço realiza atividades grupais?	1= Sim		2= Não
Se respondeu Não na questão anterior, pule para a questão 61. Se sim, as atividades grupais tem caráter:				
56	Operativo	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
57	Psicoterapia	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
58	Psico-educação	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
59	Prevenção de recaída	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
60	Outro. Especificar:	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
61	O CAPS utiliza outros espaços na comunidade?	1= Sim		2= Não
Se respondeu Não na questão anterior, pule para a questão 67. Se Sim, qual ou quais espaços ele utiliza:				
62	Ginásio/quadra poliesportiva	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
63	Academia	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
64	Salão de festas	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
65	Atelier de arte	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
66	Outros. Quais?	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
67	O serviço realiza manejo do usuário em situação de crise como surto, agitação psicomotora, risco de agressão a outros ou a si mesmo?	1= Sim		2= Não
Se respondeu Sim na questão anterior, pule para a questão 73. Se Não, para onde encaminha?				
68	Pronto Socorro	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
69	Emergência Psiquiátrica	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
70	Internação em Hospital Geral	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
71	Internação em Hospital Psiquiátrico	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
72	Outros. Especifique	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
73	O serviço atende pessoas com risco de suicídio?	1= Sim		2= Não
74	O serviço tem estrutura para atender pessoas em risco de suicídio?	1= Sim		2= Não
75	O CAPS dispensa medicamentos?	1= Sim		2= Não
76	O CAPS possui medicação para urgência/emergência?	1= Sim		2= Não
77	A secretaria de Saúde / CAPS fornece as medicações prescritas?	1= Sim		2= Não
78	O serviço realiza visitas domiciliares?	1= Sim		2= Não
Se respondeu Não na questão anterior, pule para a questão 97. Se sim, qual o objetivo da visita?				
79	Busca ativa	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
80	Acompanhamento da situação	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
81	Acompanhamento de situações agudas	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
82	Outro. Especifique	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
Quais profissionais realizam visitas domiciliares?				
83	Médico	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica

84	Psicólogo	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
85	Enfermeiro	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
86	Assistente Social	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
87	Terapeuta Ocupacional	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
88	Técnico ou Auxiliar de Enfermagem	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
89	Outro profissional. Especifique:	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
Com que frequência as visitas domiciliares são realizadas?				
90	Semanal	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
91	Quinzenal	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
92	Mensal	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
93	Bimestral	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
94	Conforme a necessidade	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
95	Outro. Especifique:	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
96	O serviço possui transporte para a realização das visitas domiciliares?	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
97	A equipe recebe supervisão?	1= Sim	2= Não	
<i>Se respondeu Não na questão anterior, pule para a questão 102. Se Sim, que tipo de supervisão a equipe recebe?</i>				
98	Supervisão Técnica	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
99	Supervisão Administrativa	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
100	Consultoria	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
101	Outro. Especifique:	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
102	Há critérios de acesso ao CAPS como encaminhamento, faixa etária, diagnóstico, território, gravidade?	1= Sim		2= Não
103	Se sim, quais são os critérios de acesso ao CAPS?	Critério1: Critério2: Critério3:		
104	Os usuários recebem alta do serviço?	1= Sim		2= Não
<i>Se respondeu Não na questão anterior, pule para a questão 110. Se sim, quais os critérios para alta?</i>				
105	Abandono ou Alta solicitada	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
106	Melhora	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
107	Transferência para outro serviço	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
108	Não aderência do usuário/família ao tratamento proposto	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
109	Outros, quais?	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
110	O serviço disponibiliza refeições?	1= Sim		2= Não
<i>Se respondeu Não na questão anterior, pule para a questão 120. Se sim, quais refeições são disponibilizadas?</i>				
111	Café da Manhã	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
112	Lanche da Manhã	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
113	Almoço	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
114	Lanche da Tarde	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
115	Jantar	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
116	Lanche Noturno	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
Tem cardápio especial para:				
117	Diabético	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
118	Hipertenso	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
119	Outro. Especifique:	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
120	Os prontuários possuem registros de todos os	1= Sim		2= Não

	profissionais da equipe?			
<i>Se respondeu Não na questão anterior, pule para a questão 130. O que é registrado nos prontuários?</i>				
121	Atas das Assembléias	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
122	Ata das reuniões de equipe	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
123	Intercorrências	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
124	Prescrição de Medicamento	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
125	Oficinas	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
126	Visita Domiciliar	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
127	Orientação à família	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
128	Atendimento de grupo	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
129	Atendimento individual	1= ()Sim	2= ()Não	3= ()Não se aplica
130	Existe articulação com rede básica?	1= Sim		2= Não

APÊNDICE B

Folder informativo enviado aos coordenadores dos CAPS do interior do Estado de Goiás

Equipe Executora: Prof. Dr^a Elizabeth Esperidião Professora Adjunta FEN/UFG Enf^a. Nathália dos Santos Silva Mestranda FEN/UFG Adrielle Cristina Silva Souza Acadêmica Graduação em Enfermagem FEN/UFG Ana Caroline Gonçalves Acadêmica Graduação em Enfermagem FEN/UFG Kelly Kan Carvalho da Silva Acadêmica Graduação em Enfermagem FEN/UFG Área de concentração: Enfermagem no cuidado a Saúde Humana Linha de pesquisa FEN/UFG: Gestão e formação de recursos humanos para a integralidade do cuidar em Saúde e Enfermagem. Núcleos de Pesquisa: Gestão de Grupos, Serviços e Formação de Recursos Humanos em Enfermagem e Saúde - REPEGET, Grupo de Estudos em Gestão e Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem - GERHEN/FEN/UFG, Gestão de Grupos, Serviços e Formação de Recursos Humanos em Enfermagem e Saúde – EERP/USP	 UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO FACULDADE DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO A presente proposta parte do convênio firmado entre: → Organização Mundial de Saúde (OMS); → Ministério da Saúde do Brasil (MS) → Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP); → Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG); → Secretaria de Estado da Saúde de Goiás/ Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde → Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia/Divisão de Saúde Mental.	Fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental: caracterização dos serviços de Saúde Mental no Estado de Goiás*  *Projeto de Pesquisa financiado pelo CNPq – Edital Universal 2010.
---	---	--

Objetivo Geral: Caracterizar os serviços de Saúde Mental vinculados à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Objetivos Específicos: • Apresentar o perfil socio-econômico e a formação dos profissionais de nível superior, dos coordenadores e gestores estaduais que atuam nos serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; • Identificar as condições estruturais destes serviços; • Identificar as ações desenvolvidas pelas diferentes categorias profissionais que atuam nestes serviços; • Identificar a compreensão dos profissionais de nível superior, coordenadores e gestores sobre a Política Nacional de Saúde Mental; • Destacar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros que atuam nos serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Metodologia • Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória de abordagem quantitativa; • Os dados serão coletados em todos os municípios goianos que possuem serviços implantados de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde																							
Municípios relacionados na pesquisa: <table border="0"> <tr> <td>Águas Lindas</td> <td>Itumbiara</td> </tr> <tr> <td>Anápolis</td> <td>Jataí</td> </tr> <tr> <td>Aragarcas</td> <td>Luziânia</td> </tr> <tr> <td>Caldas Novas</td> <td>Mineiros</td> </tr> <tr> <td>Aparecida de Goiânia</td> <td>Niquelândia</td> </tr> <tr> <td>Catalão</td> <td>Porangatú</td> </tr> <tr> <td>Cidade de Goiás</td> <td>Palmelo</td> </tr> <tr> <td>Cristalina</td> <td>Padre Bernardo</td> </tr> <tr> <td>Formosa</td> <td>Quirinópolis</td> </tr> <tr> <td>Goiânia</td> <td>Rio Verde</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Trindade</td> </tr> </table> Participantes da Pesquisa: → Todos os trabalhadores dos serviços de SM que possuem nível superior de escolaridade, assim como os coordenadores dos serviços e gestores estaduais. Coleta de Dados: → Roteiro contendo questões sobre Políticas de Saúde Mental para os coordenadores; Roteiros para observação da estrutura dos serviços. Aos profissionais de saúde será fornecido instrumento auto-aplicável com vistas a delinear seu perfil sócio econômico e de formação → As reuniões para coleta de dados serão agendadas previamente com o coordenador de cada serviço.	Águas Lindas	Itumbiara	Anápolis	Jataí	Aragarcas	Luziânia	Caldas Novas	Mineiros	Aparecida de Goiânia	Niquelândia	Catalão	Porangatú	Cidade de Goiás	Palmelo	Cristalina	Padre Bernardo	Formosa	Quirinópolis	Goiânia	Rio Verde		Trindade	
Águas Lindas	Itumbiara																						
Anápolis	Jataí																						
Aragarcas	Luziânia																						
Caldas Novas	Mineiros																						
Aparecida de Goiânia	Niquelândia																						
Catalão	Porangatú																						
Cidade de Goiás	Palmelo																						
Cristalina	Padre Bernardo																						
Formosa	Quirinópolis																						
Goiânia	Rio Verde																						
	Trindade																						
Análise dos Dados → Dados quantitativos: Excel versão 2003 e SPSS. Procedimentos Éticos → O projeto obteve anuência da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás para sua execução junto aos profissionais da rede especializada; → Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás conforme as orientações da Resolução 196/96 do CONEP para pesquisa com seres humanos; → Cada sujeito participante será devidamente esclarecido e firmará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias; Resultados Esperados → Panorama da assistência psiquiátrica e de Saúde Mental no Estado de Goiás; → Fornecimento de dados sistematizados para a tomada de decisões, por parte gestores e coordenadores goianos ligados à SM; → Fornecimento de elementos para o esboço de propostas de educação e treinamento para a equipe de enfermagem e demais profissionais da saúde mental nos serviços, bem como servir de modelo para implantação de novos serviços; → Papel incisivo da FEN/UFG na formação de Recursos Humanos em Saúde e em Enfermagem; → Possibilidade de se atingir excelência no atendimento em Saúde Mental no Estado de Goiás.																							

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **Fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental: caracterização dos serviços de Saúde Mental no Estado de Goiás.** Trata-se de um projeto vinculado ao Programa de Pós-graduação/Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Eu, Nathália dos Santos Silva, enfermeira, COREN 8125, estou coordenando a referida pesquisa e em caso de dúvida, você poderá entrar em contato, a qualquer momento, no telefone (62) 8512-1081 inclusive por meio de ligações a cobrar.

Esta pesquisa tem como objetivo geral: caracterizar os serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, e como objetivos específicos: - apresentar o perfil sócio-econômico e a formação dos profissionais de nível superior que atuam nos serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; - identificar as condições estruturais dos serviços, as ações desenvolvidas pelas diferentes categorias profissionais e a política vigente que norteia a assistência em Saúde Mental no Estado de Goiás; - destacar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros que atuam nos serviços; - consolidar os dados referentes à caracterização dos serviços da rede especializada em Saúde Mental do município de Goiânia aos demais aos serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Informamos que o Sr(a) não terá riscos ao participar do estudo, não cabendo formas de indenização. Você não receberá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação.

Entre os benefícios esperados com os resultados da pesquisa, inclui a possibilidade de melhorar a atenção dispensada às pessoas que procuram os serviços especializados de Saúde Mental. Garantimos o sigilo quanto ao seu nome, bem como o da instituição a que se referir. Você terá total liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento, mesmo após o início do estudo.

Os resultados poderão ser publicados em congressos e revistas científicas, onde as informações que forem coletadas permanecerão anônimas.

Para obter esses dados, contamos com sua colaboração respondendo 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. Colocamo-nos a disposição para o esclarecimento que se fizer necessário.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu _____,
RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: **Fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental: caracterização dos serviços de Saúde Mental no Estado de Goiás**, como participante. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Nathália dos Santos Silva sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Goiânia, ____ de _____ de ____.

Nome do participante

Assinatura

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Observações complementares:

ANEXO I



**Fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental:
caracterização dos serviços de Saúde Mental no Estado de Goiás**



Formulário auto-aplicável para os profissionais de Saúde Mental

Este estudo visa caracterizar os serviços de Saúde Mental do Estado de Goiás. Por favor, responda a TODAS as questões, assinalando, com sinceridade, sua opção. Não deixe nenhuma questão sem resposta.

Sua identidade será mantida em absoluto sigilo.

PARTE I - PESQUISADORES

1	Código da instituição		Número de identificação da instituição	
2	Código do sujeito		Número de identificação do sujeito	

PARTE II - ENTREVISTADOS

(OBS.: Nas questões de assinalar, apenas marque um número ou palavra)

I - CONTEXTUALIZAÇÃO

3	Data de Nascimento ____ / ____ / ____		Idade em anos completos=	
4	Qual seu sexo?	1=feminino	2=masculino	
5	Qual sua formação acadêmica?		1= Médico 2= Enfermeiro 3= Psicólogo 4= Fisioterapeuta 5= Terapeuta Ocupacional 6= Assistente Social 7=Outro. Especifique: a- Fonoaudiólogo b-Farmacêutico c- Educador Físico d- Arteterapeuta e- Musicoterapeuta f- Arte Cênica g- Nutricionista h- Psicopedagoga i- Ciências Sociais	
6	Ano de conclusão da sua graduação? _____		Anos completos=	
7	Frequêntou curso de especialização?	1= Sim	2= Não	
8	Que área de especialização?	1= Saúde Mental	2= Outra Especifique: _____	3= Não se aplica

9	Desde qual ano você trabalha na área de saúde mental? ____ / ____ / ____		Anos completos=	
10	Em que ano você começou a trabalhar neste serviço? _____		Anos completos=	
11	Qual sua carga horária semanal de trabalho?			
12	Qual é o seu salário bruto neste serviço?			
13	Tem outro emprego?	1= Sim	2= Não	
14	Qual é a área do seu outro emprego?	1= Saúde Mental	2= outro	3= Não se aplica
15	Outros programas educacionais frequentados (mestrado/doutorado)	1= Sim. Especifique: _____		2=Não
16	Outros programas educacionais frequentados - atualizações (< 360 horas)	1= Sim. Especifique: _____		2=Não
17	Outros programas educacionais frequentados - treinamentos (< 360 horas)	1= Sim. Especifique: _____		2=Não
Se você frequentou cursos de especialização, o que foi contemplado?				
18	Assistência	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
19	Discussão de caso	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
20	Supervisão	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
21	Teórico	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
22	Outros	1= Sim Especifique _____ _____ _____		2= Não 3= Não se aplica

III – POLÍTICAS, PRÁTICAS E FORMAÇÃO NA PSIQUIATRIA

68.1	Você conhece a Política Nacional de Saúde Mental?	1= Sim 2= Não
68.2	De onde você a conhece	1= Site do Ministério da Saúde 2= Cursos 3= Outro. Especifique: _____ _____ 4= Não se aplica
68	Como você considera que seu serviço segue a Política Nacional de Saúde Mental?	1= Não Segue 2= Segue parcialmente 3= Segue totalmente 4= Não se aplica
	Justifique sua resposta anterior: _____ _____ _____ _____ _____	

Quais as principais dificuldades encontradas no seu serviço de saúde mental?			
69	Financeiras	1= Sim	2= Não
70	De pessoal	1= Sim	2= Não
71	Políticas	1= Sim	2= Não
72	Outras:	1= Sim. Especifique: _____	2= Não
73	A estrutura de relações de trabalho da equipe de saúde mental no seu serviço é adequada?		1= Total
			2= Pouca
			3= Inexistente
	Descreva sua percepção sobre essa estrutura: _____ _____ _____ _____ _____ _____		
74	A atuação da enfermagem em saúde mental no seu serviço é satisfatória?		1= Sim
			2= Parcialmente
			3= Não
	Explique: _____ _____ _____ _____ _____ _____		
75	A formação profissional de sua categoria é deficiente para exercer o trabalho na saúde mental?		1= Sim
			2= Parcialmente
			3= Não
	Justifique: _____ _____ _____ _____ _____ _____		
76	Estado da União onde se situa o seu serviço:		
77	Cidade onde se situa o seu serviço:		
78	A estrutura física e de recursos materiais no seu serviço é adequada?		1= Total
			2= Pouca
			3= Inexistente
	Descreva sua percepção sobre essa estrutura: _____ _____ _____ _____ _____ _____		

II – O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL

23	Que tipo de atendimento individual você realiza neste serviço?	1= Médico			
		2= Psicologia			
		3= Enfermagem			
		4= Terapeuta Ocupacional			
		5= Serviço Social			
		6=Outros. Especifique: _____			
		a- Fisioterapia			
		b- Fonoaudiologia			
		c-Farmacêutico			
		d- Educador Físico			
		e- Arteterapeuta			
		f- Musicoterapeuta			
		g- Arte Cênica			
		h- Nutricionista			
i- Psicopedagoga					
j- Ciências Sociais					
24	Você atende em grupos?	1= Sim		2= Não	
25	Que tipo de prescrição você faz?	1= Médico			
		2= Enfermagem			
		3= Psicologia			
		4=Outros. Especifique: _____ _____ _____			
		5 = Não faz			
Que tipo de intervenções você realiza?					
26	Administração de medicamentos	1= Sim		2= Não	
27	Cuidados físicos /Higiene	1= Sim		2= Não	
28	Conforto	1= Sim		2= Não	
29	Sinais vitais	1= Sim		2= Não	
30	Sono	1= Sim		2= Não	
31	Recreação	1= Sim		2= Não	
32	Observação	1= Sim		2= Não	
33	Anotação	1= Sim		2= Não	
34	Interações terapêuticas	1= Sim		2= Não	
35	Você faz atendimento familiar?	1= Sim		2= Não	
36	Como você atende famílias?	1= Sozinho	2= Com outro profissional	3= Sozinho e ou com outro profissional	4= Não atendo
Qual profissional o auxilia no atendimento familiar?					
37	Médico	1= Sim		2= Não	3= Não se aplica
38	Enfermeiro	1= Sim		2= Não	3= Não se aplica
39	Psicólogo	1= Sim		2= Não	3= Não se aplica
40	Terapeuta Ocupacional	1= Sim		2= Não	3= Não se aplica
41	Assistente Social	1= Sim		2= Não	3= Não se aplica
42	Outros	1= Sim Especifique: _____ _____		2= Não	3= Não se aplica
Como você realiza o atendimento a famílias?					
43	Grupos de famílias	1= Sim		2= Não	3= Não se aplica
44	Uma família	1= Sim		2= Não	3= Não se aplica
45	Um familiar	1= Sim		2= Não	3= Não se aplica

Que tipo de abordagem você utiliza no atendimento à família?				
46	Cognitiva	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
47	Psicanalítica	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
48	Sistêmica	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
49	Pichon	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
50	Outra	1= Sim Especifique: _____ _____ _____	2= Não	3= Não se aplica
51	Você faz observação do comportamento do paciente?		1= Sim	2= Não
Quando você faz registro das observações?				
52	Durante interação	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
53	Após contato com o paciente	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
54	Apenas no final do plantão	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
Onde você faz o registro das observações?				
55	Somente no livro de anotações gerais	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
56	No prontuário do paciente	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
Quando você faz registro de suas condutas terapêuticas?				
57	Durante interação	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
58	Após contato com o paciente	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
59	Apenas no final do plantão	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
Onde você faz o registro das suas condutas terapêuticas?				
60	Somente no livro de anotações gerais	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
61	Não faz nenhuma anotação	1= Sim	2= Não	3= Não se aplica
62	Você faz preparo para alta de internação do paciente?	1= Após alta médica 2= Durante toda a permanência dele na instituição 3= Não faz		
63	Você promove ações visando autonomia para o paciente?	1= Após alta médica 2= Durante toda a permanência dele na instituição 3= Não faz		
64	Você exerce (ou exerceu) cargo de gerente em unidade de saúde mental?	1= Não 2= Sim. Onde? _____ _____		
65	Você exerce (ou exerceu) atividades de gerenciamento da equipe de enfermagem?	1= Não 2= Sim.		
66	Você faz supervisão de equipe?	1= Não 2= Sim.		
67	Quem faz parte da equipe que você supervisiona?	1= Enfermagem 2= Terapia ocupacional 3= Serviço Social 4= Psicologia 5= Outros Especifique _____ 6= Não se aplica 7= Médico		

ANEXO II

Roteiro para entrevistas com os coordenadores

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) Você conhece a Política Nacional de Saúde Mental?
- b) Para você, quais são as prioridades da saúde mental na política atual?
- c) Como se estruturam os serviços de saúde mental no atual sistema de assistência?
- d) O que define as responsabilidades dos profissionais nos serviços de saúde mental?
- e) 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).
- f) Qual é o planejamento e quais são as estratégias previstas para os serviços de assistência?

2 - Quais são as patologias mais frequentes 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 - Que instância decidiu a implantação deste serviço de SM no município?

5 - Que dados foram utilizados para decisão de implantação deste serviço de SM no município?

6 - Como a relação com outros órgãos ou setores é operacionalizada?

7 – O que você acha da interação entre a legislação, as políticas e a prática neste momento de transição do modelo de atenção psiquiátrica?

ANEXO III



**Fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental:
caracterização dos serviços de Saúde Mental no Estado de Goiás**

**Questionário específico para Enfermeiros**

Código da instituição		Número de identificação da instituição	
Data		Local	

1. Liste as atividades que você desenvolve neste serviço sem a participação de outros profissionais da equipe:

2. Liste as atividades que você desenvolve neste serviço com a participação de outros profissionais da equipe:

3. Liste as facilidades que você encontra para desenvolver as atividades que lhe compete neste serviço:

4. Liste as dificuldades que você encontra para desenvolver as atividades que lhe compete neste serviço:

5. Você se sente capacitado (a) para desenvolver ações em Saúde Mental neste serviço? Por quê?

6. Existe alguma atividade neste serviço que você gostaria de participar?

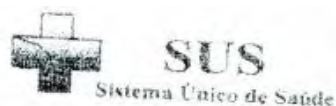
a. Sim

b. Não

Quais?

ANEXO IV

**Parecer favorável da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à
Saúde do Estado de Goiás**



SECRETARIA DA SAÚDE
DO ESTADO DE GOIÁS



SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
Gerência de Ações Integradas de Saúde/GEAIS

Ofício Circular nº 006/2010-GEAIS/SPAIS

Goiânia, 15 de julho de 2010.

Ilma. Senhora

Dr^a. Elizabeth Esperidião

Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Assunto: Resposta.

Senhora Professora,

Em resposta à solicitação de apoio político e logístico da Secretaria de Estado da Saúde para o desenvolvimento da pesquisa "Caracterização dos Serviços de Saúde Mental do Estado de Goiás" esta Superintendência vem, por meio deste, comunicar o parecer favorável em relação a esta parceria, uma vez que, os resultados desta pesquisa trarão maiores informações sobre a Rede Estadual de Saúde Mental possibilitando a reorientação de ações futuras na área.

Sem mais para o momento, parabenizamos Vossa Senhora pela iniciativa.

Atenciosamente,

Marisa Aparecida de Souza e Silva
Gerente de Ações Integradas de Saúde

Visto: Elizabeth Silva de Oliveira Araújo

Superintendente de Políticas de Atenção Integral à Saúde

ANEXO V

Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Goiânia, 22 de novembro de 2010.

ARECER CONSUBSTANCIADO REFERENTE AO PROJETO DE PESQUISA Nº: 303/10

I – Identificação

- Título do projeto: *Fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental: caracterização dos serviços de Saúde Mental no Estado de Goiás*
- Pesquisador Responsável Nathália dos Santos Silva
- Orientadora: Elizabeth Esperidião Cardozo
- Instituição onde será realizado o estudo: Faculdade de Enfermagem - UFG
- Data de apresentação ao CEP/UFG: 18 de outubro de 2010
- Patrocinador: não tem - solicitado financiamento para agências locais e nacionais
- Área Temática: III

II – Estrutura do Protocolo (verificação dos documentos solicitados)

- Folha de Rosto do Comitê de Ética presente e assinada pelo responsável pela instituição onde será realizada a pesquisa.
- Folha de Rosto CONEP: assinada pelo pesquisador responsável e pelo responsável pelo Diretor da Faculdade de Enfermagem.
- Termo de compromisso com a Res. CNS 196, assinada pela pesquisadora envolvida (aluna).

III – Projeto de pesquisa –

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), no Brasil, busca consolidar um modelo de atenção à Saúde Mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Esta política tem como uma das suas principais diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos de baixa qualidade assistencial (BRASIL, 2010a).

No Estado de Goiás, entretanto, não foi possível encontrar, até o presente momento, pesquisas sistematizadas que permitam fazer o levantamento detalhado acerca dos serviços de assistência em Saúde Mental, profissionais envolvidos, adequação e qualidade dos atendimentos dirigidos à população. Por outro lado, sabe-se da existência de serviços especializados na área que procuram atender os usuários do SUS fundamentados na Política Nacional de Saúde Mental.

Neste sentido, a proposta deste projeto de pesquisa científica é realizar um estudo diagnóstico acerca dos serviços que oferecem atendimento em Saúde Mental em todo Estado de Goiás, buscando identificar as condições estruturais relacionadas à área física, recursos humanos e materiais dos serviços especializados, as ações desenvolvidas pelos profissionais e a política vigente que norteia a assistência psiquiátrica, além de detalhar o trabalho dos enfermeiros que atuam nestes serviços. Fazer este levantamento a fim de caracterizar a atenção em Saúde Mental do Estado de Goiás é fundamental como uma etapa norteadora de outras ações com vistas a fortalecer a PNSM e otimizar o atendimento especializado, num momento de intensas mudanças no modelo assistencial em todo o país.

A presente investigação traçará um panorama da assistência psiquiátrica e de Saúde Mental no Estado de Goiás e os resultados trarão elementos que contribuirão para a melhoria da atenção dispensada às pessoas que necessitam de assistência psiquiátrica no Estado de Goiás, ao subsidiar a tomada de decisões, por parte gestores e coordenadores goianos ligados à SM, baseadas em dados fundamentados e sistematizados. Esta medida é, portanto, extremamente importante para fortalecer a PNSM no Estado de Goiás.

É importante destacar que o enfoque na formação de profissionais de saúde capacitados para atuar em SM é extremamente importante para efetivar a PNSM estabelecida no Brasil. Esta pesquisa subsidiará uma das propostas de capacitação dos profissionais dos serviços de Saúde Mental das Secretarias Municipal de

1.3.1 – Geral



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Goiânia e de Estado da Saúde de Goiás se encontra em fase inicial de operacionalização. Trata-se do curso de Pós-graduação, nível *Lato Sensu*, intitulado Especialização Multiprofissional em Saúde Mental, vinculado à FEN/UFG e financiado pelo Ministério da Saúde. Este curso é coordenado pela proponente deste projeto de pesquisa e será oferecido aos trabalhadores, coordenadores e gestores diretamente envolvidos na assistência psiquiátrica e de Saúde Mental nestas localidades.

Objetivos

- Caracterizar os serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
- Apresentar o perfil sócio-econômico e a formação dos profissionais de nível superior, dos coordenadores e gestores estaduais que atuam nos serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.
- Identificar as condições estruturais dos serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.
- Identificar as ações desenvolvidas pelas diferentes categorias profissionais que atuam nos serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.
- Identificar a compreensão dos profissionais de nível superior, coordenadores e gestores que atuam nos serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás sobre a Política Nacional de Saúde Mental.
- Destacar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros que atuam nos serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.
- Consolidar os dados referentes à caracterização dos serviços da rede especializada em Saúde Mental do município de Goiânia aos demais aos serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

O presente estudo será realizado em todos os municípios goianos que possuem serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde implantados, totalizando 21 municípios.

O estudo será realizado em todos os turnos de trabalho dos profissionais de forma a garantir um maior número de participantes. A coleta de dados será iniciada após a obtenção favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da UFG e está prevista para o período compreendido entre janeiro de 2011 a março de 2012.

População

Para contextualizar e obter a abrangência dos serviços de Saúde Mental vinculados à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás serão sujeitos desta pesquisa todos os trabalhadores destes serviços que possuem nível superior de escolaridade, assim como os coordenadores dos serviços e gestores estaduais.

Cronograma: prevê o início da coleta de dados para dezembro/2010.

Orçamento apresentado no valor total de R\$ 19.030,92.

Foi pleiteado fomento para o desenvolvimento da pesquisa junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), estando em fase de julgamento. Caso o auxílio não seja concedido, os custos a que se referem os itens do orçamento serão assumidos pela pesquisadora.

Currículos dos pesquisadores apresentados

IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido : apresentado no formato de convite e contempla todas as questões éticas apontadas na Res. CNS 196/96.

Comentários:

Prédio da Reitoria - Térreo - Campus II - CEP-74001-970 - Goiânia-GO - Fones: 0 XX62 3521-1076 - Fax:3521-1163
Homepage: www.prppg.ufg.br - E_mail: prppg@prppg.ufg.br



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Projeto muito bem elaborado e devidamente sustentado em sua construção metodológica e ética.

V – Parecer do CEP

Protocolo: aprovado .
SMJ

VI – Data da reunião: 22 de novembro de 2010.

Assinatura do(a) relator(a):

Assinatura do(a) Coordenador(a)/ CEP/UFG

Prof. João Carlos da Rocha Medrado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFG