

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

CAROLINE CLAPIS GARLA

**Perfil dos profissionais de ambulatórios de saúde mental, suas
práticas e opiniões sobre as políticas**

RIBEIRÃO PRETO

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CAROLINE CLAPIS GARLA

**Perfil dos profissionais de ambulatórios de saúde mental,
suas práticas e opiniões sobre as políticas**

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

Linha de pesquisa: O doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato

RIBEIRÃO PRETO

2010

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

GARLA, CAROLINE CLAPIS

Perfil dos Profissionais de ambulatórios de saúde mental, suas práticas e opiniões sobre as políticas/ Caroline Clapis Garla; Orientadora Antonia Regina Ferreira Furegato – Ribeirão Preto, 2010.

88 f. il., 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP para a obtenção do título de Mestre

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

1. Saúde Mental; 2. Desinstitucionalização; 3. Recursos; 4. Humanos em Saúde; 5. Serviços Ambulatoriais de Saúde; 6. Política de Saúde.

Caroline Clapis Garla

Perfil dos profissionais de ambulatórios de saúde mental, suas práticas e opiniões sobre as políticas

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

Data da Aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato (ORIENTADORA)

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Assinatura: _____

Prof.. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas que já “estranharam a própria alma”, todas as pessoas que já foram consideradas ‘problemáticas’, ‘estranhas’, ‘loucas’ por sentirem a realidade pesada demais, todas as pessoas que tiveram seu grito forçadamente calado, sua dor ridicularizada e sua saúde tratada de forma injusta, indigna e punitiva, todas as pessoas que foram agredidas, trancadas e esquecidas por não disfarçarem seus pensamentos, sentimentos e não serem o que a sociedade chama ‘normal’.

A vocês, dedico minha carreira como psicóloga, pesquisadora e minha vida como mulher e cidadã brasileira.

AGRADECIMENTOS

“Não, meu coração não é maior que o mundo. É muito menor. Nele não cabem nem as minhas dores. Por isso gosto tanto de me contar, me dispo, por isso me grito, por isso freqüento os jornais, me exponho cruamente nas livrarias: preciso de todos!” (Drummond)

Os últimos dois anos foram únicos em minha vida. Vivenciei os sentimentos mais belos e gratificantes que poderia desejar, mas também os mais tristes e cruéis. Muito precisou ser construído do nada, ser recriado, valores modificados, prazeres reencontrados... Foram necessárias muitas pessoas... E eu as tive! Por isso tantos agradecimentos...

Á meus pais pela vida e por me darem mais vida diante dos desafios:

À minha ‘mãe querida’ por seu amor incondicional, sua generosidade em velar meu sono, sua pureza de alma e constante devoção a mim;

Ao meu ‘pai herói’ por sua dedicação em me acompanhar nas viagens da coleta de dados, sua honestidade e por me permitir buscar meus objetivos com segurança;

Á Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato por sua disponibilidade em me orientar e me ensinar tudo sobre minha pesquisa, extrair o melhor de mim e por seu exemplo como mulher e profissional admirável, dedicada e brilhante;

Ao Prof. Dr. Jair Lício Ferreira dos Santos por sua contribuição na análise de dados, consideração e pronta atenção;

Á Profa. Dra. Edilaine Cristina da Silva, a Nane por seus ensinamentos e respeito durante o estágio de docência na emergência psiquiátrica da UE – foram dias intensos que confirmaram minha busca pela pelo direito à saúde e tratamento digno e qualificado em saúde mental;

Á Profa. Dra. Toyoko Saeki por sua coordenação humanizada, compreensão com meus conflitos pessoais, motivação para continuar o mestrado e amizade em dias dolorosos;

Á Profa. Dra. Sonia Maria Vilela Bueno pelo carinho desde a infância, por este reencontro no mestrado e por seu colo pronto e constante;

Fiz amigos queridos que me acolheram e tornaram o convívio na pós-graduação inesquecível: Maria Eugênia, Amelinha, Elis, Marília, Kelly, Pedro, Diene;

Em especial às ‘meninas super poderosas’ Gabriela e Janaína por todo sentimento que construímos nesta caminhada – palavras, telefonemas e mãos dadas que jamais esquecerei;

Minha mais que amada amiga e ‘guardiã’ Laís por ter sido meu presente nos últimos anos, ser meu ponto de luz, força e resignificar o conceito de amizade em minha vida – guardo em meu coração seu apoio constante, seu colo farto e todos os momentos alegres que vivemos;

Aos amigos do Grupo de Estudo em Saúde Mental e suas coordenadoras pelo apoio, sugestões e troca de conhecimentos;

Aos amigos da Associação Loucos pela Liberdade: Viva a luta!

Ao Instituto Lúmen – Instituto de Psicoterapia Corporal Neo-Reichiana de Ribeirão Preto espaço de formação e cura onde sou amada e respeitada da forma como ‘posso ser’ diante da vida, onde aprendi reconhecer, aceitar e honrar minha história, minhas emoções e minha saúde mental. Agradeço à Sueli por seus abraços, sua ternura e sua segurança, à Sandra por seu olhar sempre presente e vibrante, à Fátima por sua alegria e intensidade. Meu sincero agradecimento a todos do Grupo de Supervisão pela recepção, a compreensão nas difíceis manhãs de quinta-feira, as palavras ternas e a torcida;

Á Ana Rita por ser minha cuidadora há tantos anos e acompanhar minha travessia em busca dos meus ‘projetos de felicidade’ de forma amorosa e vibrante, por oferecer o cuidado terapêutico, além de qualquer técnica, sentindo minhas necessidades, respeitando meus desejos e escolhas e por seu exemplo singular como terapeuta, mãe e mulher;

À Célia por me presentear com seu cuidado, respeitar minhas escolhas, acreditar em minha saúde e minha capacidade de vida e por exercer a medicina de forma humanizada e prazerosa e por sua valorosa amizade;

Às minhas sempre amigas por serem minha rede e minha fonte de coragem e alento em todos os momentos: Pat e nossa amizade umbilical, Amigote e nosso encontro de almas, Andréa por sua firmeza e carinho, Silvana por seu brilho interno,

Ao amigo Wolney por seu carinho e coração sem tamanho;

Á querida Dulce por ser fonte de força, cuidado e luz. Seu amor e amizade são presentes da vida que tanto me fazem feliz;

Á Rossana por seu meu anjo da guarda durante esta caminhada! Sou muito grata por seu cuidado, seu suporte, sua presença constante e todas nossas conversas;

Ao amigo Daniel por sua sempre pronta amizade e por sua ajuda profissional eficiente;

Aos meus profundamente amados primos - irmãos e irmãs - Carolina, Jussel, Lucas, Felipe e Juliana que ao nascerem me encheram de amor e alegria. Sou grata à vida por vocês existirem, por me amarem como sou e por estarem sempre por perto em momentos de dor, desespero, risadas e alegrias. Como amo vocês!

Agradeço a todos que fazem parte da minha torcida;

E a quem foi par, mas foi embora cedo demais...

“Existem momentos na vida em que a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir”.

(Michel Foucault – História da sexualidade)

“Vou falar do que se chama experiência. É a experiência de pedir socorro e o socorro ser dado. Talvez valha a pena ter nascido para que um dia mudamente se implore e mudamente se receba”.

(Clarice Lispector - Água Viva)

**Este trabalho contou com o apoio financeiro da
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
(FAPESP – Processo 2008/52658-1)**

RESUMO

GARLA, C. C. **Perfil dos profissionais de ambulatórios de saúde mental, suas práticas e opiniões sobre as políticas.** 2010. 80 f. DISSERTAÇÃO (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2010.

Introdução: Este projeto tem como referência os conceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, suas metas e diretrizes bem como os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A superação do modelo do hospital psiquiátrico vincula o conceito de saúde mental aos conceitos de cidadania e produção de vida. A atenção ambulatorial deve incluir equipes multiprofissionais cuja composição e atribuições são definidas pelo Ministério da Saúde e pela gestão local. Entretanto, vários problemas como a dificuldade no acesso aos serviços e dificuldades de gestão impedem que as reformas produzam os efeitos desejados.

Objetivo: Caracterizar os ambulatórios de saúde mental do DRS XIII, nas diferentes categorias profissionais de nível superior e sua formação básica, as atividades desenvolvidas pelos profissionais destas equipes e sua opinião sobre as políticas de saúde mental.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva. Faz parte de um projeto multicêntrico ampliando dados do projeto realizado pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas – DEPCH da EERP/USP. Amostra composta por 10 cidades da região de Ribeirão Preto do DRSXIII com mínimo de 20.000 habitantes e Ambulatório de Saúde Mental. Utilizou-se o questionário semi-estruturado do projeto principal para identificação dos sujeitos, sua formação básica, as atividades desenvolvidas e sua opinião sobre as políticas de saúde mental. Foi utilizado o STATA para cruzar os dados e encontrar associações entre variáveis utilizando-se o Teste Exato de Fisher. **Resultados e Discussão:**

Com os profissionais de nível superior foram realizadas 78 entrevistas, no período de fevereiro de 2009 a fevereiro de 2010. A maioria dos profissionais é do sexo feminino 65 (83%), da categoria médica 12 (15%) e psicológica 38 (49%). Havia apenas 6 (8%) enfermeiros, pois 4 cidades não incluem esta categoria em seu quadro de profissionais. Ainda assim, há prática dos cuidados de enfermagem pelos demais profissionais: 11 realizam administração de medicação, 15 cuidados físicos, 21 conforto, 7 sinais vitais, 53 anotações, 36 observações e 45 realizam interações terapêuticas - fatos que denotam inversão de papéis e falta de articulação com a atenção primária. Observa-se que somente 20 (26%) frequentaram cursos de especialização em saúde mental; 64% trabalham até 20 horas/semana e 69% têm outro emprego. Há correlação significativa entre formação acadêmica e falta de atendimento

junto a grupos de famílias ou a um familiar pelos psicólogos (42% grupo famílias, 33% um familiar) sendo que 29% não atendem famílias, gerando listas de esperas. Os profissionais relatam dificuldade de trabalhar em equipe e elaborar Projetos Terapêuticos para os portadores de transtorno mental, relatam que há rodízio de profissionais, questionam o histórico bem como os conceitos da reforma psiquiátrica desconhecendo as leis que regem a Política Nacional de Saúde Mental. **Conclusões:** Este estudo possibilitou caracterizar a assistência em saúde mental realizada pelos profissionais dos ambulatórios do DRS XIII. Confirmou-se que o espaço de cuidado ambulatorial, por privilegiar consultas embasadas no modelo curativo, contribui para que a medicalização se acentue como forma principal de tratamento desvinculando a ideia da integralidade no atendimento das necessidades físicas e psicossociais da pessoa que requer ajuda.

Descritores: Saúde Mental, Desinstitucionalização, Recursos Humanos em Saúde, Serviços Ambulatoriais de Saúde, Política de Saúde.

ABSTRACT

GARLA, C. C. **Profile of professionals from mental health services, their practices and opinions on policies.** 2010. 80 p. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2010.

Introduction: This project has the concepts of Brazilian Psychiatric Reform as references, as well as its goals, guidelines and the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS). Overcoming the model of the psychiatric hospital links the concept of mental health to the concepts of citizenship and production of life. Outpatient clinical care should include multiprofessional teams whose composition and assignments are defined by the Ministry of Health and by the local management. However, several problems, such as difficulty in accessing services and management difficulties, prevent reforms from producing the desired results. **Objective:** To characterize the mental health outpatient clinics of the DRS XIII (Regional Department of Health), in the different professional categories of higher education and their basic training, the activities developed by the teams' professionals and their opinions on mental health policies. **Methods:** This exploratory and descriptive research is part of a multicenter project amplifying data from the project carried out by the Department of Psychiatric Nursing and Human Sciences - DEPCH of the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing (EERP/USP). The sample consisted of 10 cities in the region of Ribeirão Preto, of the DRS XIII, with at least 20,000 inhabitants and Mental Health Outpatient Clinic. The semi-structured questionnaire of the main project was used to identify the subjects, their basic training, the activities developed and their opinions on mental health policies. STATA was used to analyze the data and find associations between variables using Fisher's Exact Test. **Results and Discussion:** 78 interviews were carried out with higher education professionals, between February 2009 and February 2010. Most professionals are female 65 (83%), physicians 12 (15%) and psychologists 38 (49%). There were only six (8%) nurses, once four cities do not include this category in their professional staff. Nevertheless, there is practice of nursing care by other professionals: 11 perform medication administration, 15 physical care, 21 comfort care, 7 vital signs, 53 registers, 36 observations and 45 perform therapeutic interactions - facts that show reversal of roles and lack of articulation with primary care. It is observed that only 20 (26%) attended mental health specialization courses, 64% work up to 20 hours per week and 69% have another job. There was significant correlation between academic background and lack of care to groups of families or to a family

member by psychologists (42% group of families, 33% a family member), of which 24% do not deliver care to families, generating waiting lists. Professionals report difficulty in working in teams and developing Therapeutic Projects for patients with mental disorders, report that there is shift of professionals, question the history and the concepts of the psychiatric reform, do not know the laws governing the National Policy on Mental Health. **Conclusions:** This study permitted to characterize the mental health care provided by professionals from outpatient clinics of the DRS XIII. It was confirmed that the outpatient care, which privileges care sessions based on the curative model, contributes to the increase of medicalization as the main form of treatment, not linked to the idea of comprehensiveness to fulfill the physical and psychosocial needs of people who require help.

Descriptors: Mental Health, Deinstitutionalization, Health Manpower, Ambulatory Health Services, Health Policy.

RESUMEN

GARLA, C. C. **Perfil de los profesionales de servicios ambulatorios de salud mental, sus prácticas y opiniones sobre las políticas.** 2010. 80 h. DISERTACIÓN (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2010.

Introducción: Este proyecto tiene como referencia los conceptos de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, sus objetivos y directrices así como los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS). La superación del modelo del hospital psiquiátrico conecta el concepto de salud mental a los conceptos de ciudadanía y producción de la vida. La atención ambulatoria debe incluir equipos multiprofesionales cuya composición y competencias son definidas por el Ministerio de Salud y por la administración local. Sin embargo, varios problemas, como la dificultad de acceder a los servicios y las dificultades de gestión, impiden que las reformas surtan los efectos deseados. **Objetivo:** Caracterizar los servicios ambulatorios de salud mental del DRS XIII (Departamento Regional de Salud), en las diferentes categorías profesionales de nivel superior y su formación básica, las actividades desarrolladas por los profesionales de estos equipos y sus opiniones sobre las políticas de salud mental. **Metodología:** Este estudio exploratorio y descriptivo es parte de un proyecto multicéntrico que amplía datos del proyecto realizado por el Departamento de Enfermería Psiquiátrica y Ciencias Humanas - DEPCH de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (EERP/USP). La muestra consistió en 10 ciudades de la región de Ribeirão Preto del DRS XIII con por lo menos 20.000 habitantes y Servicio Ambulatorio de Salud Mental. Se utilizó cuestionario semi-estructurado del proyecto principal para identificación de los sujetos, su formación básica, las actividades desarrolladas y sus opiniones sobre las políticas de salud mental. El STATA fue utilizado para cruzar los datos y encontrar asociaciones entre las variables mediante el Test Exacto de Fisher. **Resultados y Discusión:** 78 entrevistas fueron realizadas con profesionales de nivel superior, entre febrero de 2009 y febrero de 2010. La mayoría de los profesionales son mujeres 65 (83%), médicos 12 (15%) y psicólogos 38 (49%). Había sólo seis (8%) enfermeros, ya que cuatro ciudades no incluyen esta categoría en su personal profesional. Sin embargo, existe la práctica de los cuidados de enfermería por los otros profesionales: 11 realizan administración de medicamentos, 15 cuidado físicos, 21 conforto, 7 señales vitales, 53 registros, 36 observaciones y 45 realizan interacciones terapéuticas - hechos que muestran inversión de papeles y falta de articulación con la atención primaria. Se observa que sólo 20 (26%) profesionales frecuentan cursos de especialización en salud mental, el 64% trabaja 20 horas por semana y el 69% tiene otro trabajo. Se encontró

correlación significativa entre la formación académica y la falta de atención a los grupos de familias o a un miembro de la familia por los psicólogos (el 42% grupos de familias, el 33% un miembro de la familia), de los cuales el 24% no atiende las familias, generando listas de espera. Los profesionales informaron dificultades para trabajar en equipo y desarrollar Proyectos Terapéuticos para los pacientes con trastorno mental, reportan que hay rotación de profesionales, cuestionan el histórico y los conceptos de la reforma psiquiátrica, sin conocer las leyes que rigen la Política Nacional de Salud Mental. **Conclusiones:** Este estudio permitió caracterizar la atención en salud mental realizada por los profesionales de los servicios ambulatorios del DRS XIII. Se confirmó que el espacio de atención ambulatoria, que privilegia consultas basadas en el modelo curativo, contribuye para la acentuación de la medicalización como la principal forma de tratamiento, sin ligación con la idea de integralidad en la atención a las necesidades físicas y psicosociales de la persona que solicita la ayuda.

Descriptores: Salud Mental, Desinstitucionalización, Recursos Humanos en Salud, Servicios Ambulatorios de Salud, Política de Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Quadro I – Relação dos municípios pertencentes ao DRS XIII..... | 39 |
| Gráfico 1 – Distribuição da forma como os profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII atendem famílias..... | 51 |
| Gráfico 2 – Distribuição dos atendimentos familiares realizados pelos profissionais de diferentes categorias dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII..... | 51 |
| Gráfico 3 – Abordagem utilizada pelos profissionais dos ambulatórios de saúde mental do DRS XIII no atendimento ao familiar..... | 52 |

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Composição das equipes e profissionais entrevistados que atuam nos ambulatórios de saúde mental dos municípios da DRS XIII com mais de 20.000 habitantes..... 43
- Tabela 2** – Perfil sócio-demográfico dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII. Ribeirão Preto, 2010..... 44
- Tabela 3** – Contextualização do trabalho dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII pertencentes à amostra estudada..... 45
- Tabela 4** – Associação entre sexo e formação dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII..... 46
- Tabela 5** – Associação entre sexo e especialização dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII..... 46
- Tabela 6** – Associação entre o tempo de trabalho na área e grupo etário dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII..... 47
- Tabela 7** – Associação entre o tempo de trabalho na instituição e grupo etário dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII..... 47
- Tabela 8** – Distribuição da associação entre a formação profissional e a jornada de trabalho dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII..... 48
- Tabela 9** – Tipo de especialização e a faixa salarial dos profissionais nos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII..... 49
- Tabela 10** –Tipo de cuidados de enfermagem realizados pelos profissionais das equipes de saúde mental dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII 50
- Tabela 11** – Formação acadêmica e o registro de observação sobre o paciente segundo os profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII..... 53
- Tabela 12** – Opinião dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII sobre as políticas, práticas e formação na psiquiatria..... 54
- Tabela 13** – Percepção dos sujeitos sobre a adequação das relações entre os profissionais, segundo os serviços de saúde mental do DRSXIII em porcentagens..... 54
- Tabela 14** – Percepção dos sujeitos sobre o Projeto Terapêutico Individualizado, segundo os serviços de saúde mental do DRSXIII em porcentagens..... 55

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial ao Usuário de Álcool e Drogas

CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DRS – Departamento Regional de Saúde

EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

SP – São Paulo

TO – Terapeuta Ocupacional

USP – Universidade de São Paulo

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 – INTRODUÇÃO..... | 20 |
| 2 – REVISÃO DA LITERATURA..... | 22 |
| 2.1 – Panorama Histórico..... | 22 |
| 2.2.1 – Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil..... | 26 |
| 2.2.2 – A rede assistencial de saúde mental hoje..... | 30 |
| 2.2.3 – Os recursos humanos na política brasileira..... | 33 |
| 2.2.4 – Assistência humanizada e o ambiente terapêutico..... | 34 |
| 3 – OBJETIVO..... | 38 |
| 4 – METODOLOGIA..... | 39 |
| 4.1 – Tipo de estudo..... | 39 |
| 4.2 – Local..... | 39 |
| 4.3 – População e amostra..... | 41 |
| 4.4 – Procedimentos éticos..... | 41 |
| 4.5 – Instrumento de coleta de dados..... | 42 |
| 4.6 – Coleta de dados..... | 42 |
| 4.7 – Procedimento de análise..... | 43 |
| 5 – RESULTADOS..... | 44 |
| 5.1 - Caracterização do Perfil dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental do DRS XIII: perfil da amostra..... | 44 |
| 5.2 - Caracterização da composição das equipes dos ambulatórios de saúde mental do DRS XIII..... | 49 |
| 5.3 - Ações desenvolvidas pelos profissionais dos ambulatórios de saúde do DRS XIII..... | 51 |
| 5.4 - Opinião dos profissionais sobre políticas, práticas e formação..... | 54 |
| 6 – DISCUSSÃO..... | 62 |
| 7 – CONCLUSÃO..... | 71 |
| REFERÊNCIAS..... | 73 |
| ANEXOS..... | 80 |

1 - INTRODUÇÃO

A capacidade do profissional em considerar o indivíduo e suas necessidades de modo integral articula-se com a ideia de integrar prevenção com assistência (Mattos, 2004).

Nas práticas de saúde, a postura do profissional, em sintonia com a integralidade, manifesta-se pela não objetivação do sujeito, pela não redução da atenção à doença, sintomas e intervenção curativa. O profissional deve buscar a apreensão totalizante do sujeito biopsicossocial e a assistência além da doença e do sofrimento manifesto para assim aprender as necessidades expressas ou não expressas pelo sujeito (Alves, 2005).

Ao deixar de se ocupar apenas com a doença, com a prescrição de medicamentos e aplicação de terapias, os profissionais passam a se ocupar com os sujeitos que precisam de tratamento e com a qualidade do cuidado oferecido (Amarante, 1999).

O usuário passa a ser visto como sujeito portador de um saber sobre o seu processo saúde-doença-cuidado e capaz de estabelecer trocas interpessoais com o profissional e com o serviço de saúde que auxiliarão em seu tratamento e sua reabilitação (Vasconcelos, 2001).

Na prática clínica, como psicóloga, pude observar a importância da integralidade na assistência ao sujeito portador de transtorno mental. O profissional, em sintonia com as necessidades do sujeito, possibilita o diálogo e a expressão das necessidades da pessoa, além de reforçar o estabelecimento de vínculo reparador e construtivo.

Em experiências de estágio em diferentes serviços de saúde mental também observou-se que uma relação estruturada no vínculo da equipe e no diálogo que coloca o sujeito no centro da assistência deve ser capaz de articular as necessidades de assistência médica às necessidades de práticas de saúde pública e estar aberta a reformulações e renovações coerentes com a demanda.

O profissional de saúde precisa ser capaz de realizar um trabalho em consonância com esta abordagem assistencial integral. Ele deve ter conscientização sobre a realidade socioeconômica e política do país, os princípios e diretrizes do SUS e da rede de atenção à saúde mental, além dos conhecimentos técnicos e científicos sobre a doença e os seus tratamentos.

Ao entrar em contato com o projeto institucional realizado pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (DEPCH/EERP), Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) intitulado 'Papéis e Funções

dos Profissionais dos Serviços e Políticas de Saúde Mental'¹, concretizei minha motivação em conhecer melhor os profissionais que compõem a rede de atenção à saúde mental, suas potencialidades e dificuldades para efetivar o trabalho diante da realidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para participar desse estudo, nos propusemos a ampliar dados para o projeto institucional incluindo na pesquisa as cidades da região de Ribeirão Preto pertencentes ao DRS XIII, focalizando o atendimento ambulatorial de Saúde Mental.

Portanto, o presente estudo objetiva caracterizar os serviços de Saúde Mental sob os seguintes aspectos: as diferentes categorias profissionais que neles atuam e sua formação básica; as atividades desenvolvidas pelos profissionais das equipes de Saúde Mental dos Ambulatórios de Saúde Mental, bem como conhecer as opiniões desses profissionais sobre a política, a prática e a formação na saúde mental.

¹ Furegato et all. Projeto OPS/2003 aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Processo HCRP nº13282/2005. Apoio CAPES/PRODOC.

2 – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - Panorama Histórico

A tentativa de caracterizar a loucura e o doente mental aparece desde a Antiguidade e a forma de estabelecer estas definições é influenciada pela cultura, pela religião e pelas normas e costumes sociais de cada época.

Os diferentes modelos de assistência são determinados pela compreensão do que é saúde e doença mental e, conseqüentemente, pelo modo como a sociedade entende e lida com a loucura. Isto se deve ao fato de que os juízos de valores são determinados e influenciados culturalmente e dependem da visão de homem e do conceito de normalidade propagados por tal cultura. Assim, o que uma sociedade considera normal, adequado, aceito ou valorizado pode ser considerado anormal, patológico ou desviante em outra. Até mesmo certos aspectos desses conceitos variam numa mesma sociedade, ao longo de sua história e evolução (Furegato, 1999).

Na Grécia Antiga, a loucura era compreendida como uma ação divina no indivíduo e se baseava nos conceitos mítico-religiosos da época. O louco era visto como um portador de um saber divino, intermediador entre os mortais e os imortais, pois se acreditava que era através do delírio que alguns privilegiados podiam ter acesso a verdades divinas.

Com Hipócrates, a concepção da loucura afasta-se dos conceitos divinos e a perda da razão ou do controle emocional é entendida como um efeito do desarranjo na natureza orgânica do homem, ou seja, nas disfunções humorais. O corpo humano é visto como um sistema de quatro humores fundamentais: *sangue, fleugma ou pituíta, bílis amarela e bílis negra* que, quando em desequilíbrio, ocasiona lesão no cérebro, considerado o órgão da loucura - ideias revelam uma visão organicista do distúrbio ao conceituar a doença como resultante da crise no sistema de humores que compõem o corpo humano.

Esta visão de Hipócrates teve profunda influência na medicina nos séculos XVIII e XIX, pois sua doutrina implicava o reconhecimento da existência de processos orgânicos regendo a fisiologia humana geral que não dependia da razão nem da vontade individual. É uma postura naturalista em oposição às explicações mitológicas sobre a loucura na Grécia Antiga, que deixa de lado uma medicina sacerdotal (Pessoti, 1995)

Platão, discípulo de Sócrates, concebeu a loucura também como uma desordem entre partes de um sistema chamado *psychê*, que se localizava no encéfalo e se dividia em três partes: uma racional (*logos*), uma afetivo-espiritual e uma terceira, a apetitiva. O desarranjo

no equilíbrio destas partes faria com que a parte racional perdesse o controle, manifestando – se, então, a loucura.

No segundo século da era Cristã, Galeno, apesar de ter aprimorado e melhor embasado a teoria platônica da divisão da alma em três partes, ainda mantinha a ideia de desarranjo como causa da doença mental. Na era medieval, a ideia de possessão demoníaca foi retomada e ganhou força, aliada ao cristianismo que teve grande hegemonia na época (Ceccarelli, 2005).

No século XVII, a teoria de René Descartes sobre o racionalismo e a dicotomia mente/corpo pressupõe o predomínio da razão sobre o corpo, ou seja, do pensamento como base para o conhecimento.

Mas é apenas no século XVIII que o fenômeno da loucura é apreendido como objeto do saber médico, caracterizado como doença e passível de cura. Ocorre uma valorização do pensamento científico e a razão ocupa um lugar de destaque e é em meio a esse contexto que ocorre o surgimento do hospital como espaço terapêutico (Silveira; Braga, 2005).

No início do século XIX, Philippe Pinel publica seu Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental que iria revolucionar o modo de assistência e a visão da loucura e fundamentar o saber psiquiátrico. Segundo Bercherie (1989), Pinel funda a tradição clínica de ‘orientação consciente e sistemática’ que possibilitaria a observação empírica dos fenômenos além de agrupá-los e classificá-los em função de suas analogias e diferenças.

Segundo Amarante (1996), a iniciativa de Pinel define um estatuto patológico para a loucura, o que permite que ela seja apropriada pelo discurso e pelas instituições médicas, abrindo um campo de possibilidades terapêuticas pois, até então, a loucura era considerada uma natureza externa ao humano, estranha à razão.

O modelo de assistência é determinado pela compreensão do que é saúde e doença mental e, conseqüentemente, pelo modo como a sociedade entende e lida com a loucura. Isto se deve ao fato de que os juízos de valores são determinados e influenciados culturalmente e dependem da visão de homem e do conceito de normalidade propagados por tal cultura. Assim, o que uma sociedade considera normal, adequado, aceito ou valorizado pode ser considerado anormal, patológico ou desviante em outra. Até mesmo certos aspectos desses conceitos variam numa mesma sociedade o longo de sua história e evolução (Furegato, 1999).

Descartes, com sua ciência dualista que prometia encontrar as causas de todas as doenças e, quem sabe, até da morte, reforçou a dicotomia mente/corpo, o predomínio da razão e o estabelecimento de que este corpo funcionaria de acordo com certa mecânica passível de observação, análise e classificação.

Para o modelo médico, a doença mental teria causas físicas, ou seja, a doença estava localizada em algum lugar do corpo ou no sistema nervoso central. Desse modo, procurou-se cuidar do homem de maneira “científica”; a pessoa afetada procura o médico, que investiga a história da doença deste paciente, faz exame clínico em busca da causa. Em seguida, fecha o diagnóstico e dá o prognóstico, prescrevendo o tratamento.

Cohen e Marcolino (1996) descrevem três períodos que demonstram a evolução das propostas terapêuticas diante deste modelo de assistência: período da custódia; período da terapia e período da saúde mental.

O período da custódia, compreendido entre o final do século XIX até os anos de 1930, se fundamentava no naturalismo e na ideia da seleção natural proposta por Darwin, na qual os mais fortes seriam mais bem preparados biologicamente e se adaptariam melhor a seu meio. Desse modo, o doente mental ficaria classificado como mais fraco e desadaptado à sociedade e, portanto, necessitaria da força do Estado para se responsabilizar por sua custódia e tutela.

Nesse período, somente o psiquiatra tinha o direito de reconhecer e tratar a doença mental, mesmo sem uma formação específica. Surgem as primeiras instituições e hospitais psiquiátricos que teriam essa função de reeducar, controlar os considerados loucos. Segundo esta lógica, a etiologia da doença mental era considerada biológica, localizada no físico, incurável e o mau prognóstico justificava o isolamento e institucionalização como únicas formas de tratar a loucura.

Este modelo se aplica à institucionalização, ao isolamento asilar como forma de reeducar o doente, à classificação nosológica das doenças, ao estabelecimento de diagnósticos clínicos e de tratamentos correspondentes (Furegato, 1999).

O período da terapia (1930 a 1950) se baseava nos pressupostos do positivismo, que buscava uma relação de causa e efeito dos acontecimentos e das doenças e determinava que todos os fenômenos deveriam ser passíveis de comprovação científica. Além disso, a teoria marxista de Karl Marx (1818 – 1883) traz uma nova forma de considerar o indivíduo em sociedade e a psicanálise de Sigmund Freud (1856 – 1939) começa a ganhar força e a influenciar o modo de se conceber a doença mental e a loucura segundo a orientação biológica.

Freud trouxe conceitos sobre o funcionamento dinâmico e a estrutura da mente que possibilitaram um novo olhar sobre a doença mental e o sujeito portador de transtorno mental: ego, mecanismos de defesa, transferência, contratransferência, resistência, pulsão de vida e morte. Direcionou o tratamento pela técnica da associação-livre, interpretação dos sonhos, atos falhos, *insight* em busca do inconsciente do sujeito.

Diante deste panorama, a proposta terapêutica sofreu modificações e contribuições de outras abordagens psicológicas como as terapias comportamentais e a ideia de estímulo-ambiente na aprendizagem dos comportamentos; a relação médico-paciente começou a ser considerada; a equipe de tratamento é formada pelos médicos e outros profissionais; iniciavam-se as comunidades terapêuticas e o hospital não teria mais a função total de custódia pois, com tratamentos transitórios, as internações poderiam acontecer em períodos limitados. Apesar disso, o paciente ainda era visto como alguém em prejuízo de sua capacidade.

O médico continuou a ter o direito exclusivo na indicação do tratamento, porém, com as contribuições do método científico, novos conhecimentos embasaram seu trabalho e proporcionaram o surgimento de novas técnicas, tais como: psicocirurgia, insulino-terapia, sonoterapia, convulsoterapia, introdução de psicofármacos e outras.

No período da saúde mental (1950 até a atualidade) observa-se uma nova forma de considerar a relação saúde-doença e o processo de adoecimento, pois outros fatores, como a influência do ambiente, começam a ser considerados como desencadeadores e agravantes na loucura. A etiologia da doença passa a ser concebida como biopsicossocial, ou seja, determinada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. O modelo hospitalocêntrico, além de inviável para o Estado, passa a ser criticado por vários profissionais e ocorrem denúncias de violência, maus-tratos e corrupção. Começam a emergir ideias de desinstitucionalização e reforma psiquiátrica.

O tratamento passa a considerar a importância do indivíduo em sofrimento estar em seu meio social. Assim, o hospital deixa de ser o local preferencial de tratamento e espaços como hospitais-dia e ambulatórios emergem como formas alternativas à internação.

A equipe profissional também se reformula no enfoque multiprofissional com psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. O paciente não é mais visto como incompetente por apresentar intenso sofrimento psíquico e seus sintomas devem ser considerados em sua totalidade, tornando-se a sua participação fundamental na aceitação e adesão ao tratamento.

De acordo com Oliveira e Alessi (2005), o processo assistencial-terapêutico encontra-se ainda muito distanciado da inclusão e da cidadania do portador de transtorno mental, pois observa-se profissionais e instituições que reproduzem um discurso voltado para a cidadania e os direitos dos usuários, porém as práticas terapêuticas se mantêm custodiais e restritas ao modelo médico-psiquiátrico com um espaço muito restrito ou sem nenhum espaço de diálogo com o usuário a esse respeito. Além disso, o tratamento é definido a partir do referencial do

profissional e da instituição, sem levar em consideração o saber que o indivíduo tem sobre si (Oliveira e Alessi, 2005).

Percebe-se a necessária redefinição do processo de trabalho das equipes de saúde mental para que o cuidado ao portador de transtorno mental seja realizado de acordo com os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de universalidade, equidade, integralidade e descentralização, em busca de reorientação do modelo assistencial, tal como a atenção aos demais problemas de saúde da população.

2.2 - Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil

Após a segunda guerra mundial, a experiência do nazismo e da bomba atômica, mudanças importantes ocorreram na sociedade. Nesse contexto sócio-histórico se fazia imprescindível o questionamento a toda espécie de violência e desrespeito aos direitos humanos, a recuperação da mão-de-obra invalidada pela guerra, os fatores socioeconômicos e a reconstrução das nações, incluindo questionamentos sobre a assistência psiquiátrica (Amarante, 1995).

Assim, inúmeras tentativas de modificar o hospital psiquiátrico começaram a ocorrer. Entre países com movimentos reformistas contemporâneos destacam-se a Inglaterra, França, EUA e Itália, que influenciam o mundo nos últimos 60 anos.

Na tentativa de humanizar o espaço asilar ocorrem práticas como a Psicoterapia Institucional francesa e as Comunidades Terapêuticas inglesas que representavam as reformas restritas ao âmbito asilar e as relações ocorridas neste espaço.

Logo após a Psiquiatria de setor, a França buscava levar a psiquiatria à população e evitar ao máximo a segregação e o isolamento do paciente ao transferir para a comunidade o dispositivo de atendimento exclusivo do hospital psiquiátrico.

A Psiquiatria Preventiva nos EUA, que propôs estratégias de intervenção em busca da prevenção e promoção da saúde mental, buscava intervir nas causas do surgimento das doenças e na detecção precoce dos possíveis casos e, para tanto, foram criadas redes de serviços dentro das comunidades. Havia também uma preocupação com o inchamento dos hospitais psiquiátricos e os custos desse procedimento para a sociedade capitalista.

Observa-se que esses questionamentos trouxeram novas propostas de tratamento, mas não questionaram o saber psiquiátrico e sua competência para lidar com a doença mental.

Concomitantemente, crescia o movimento da Antipsiquiatria na Inglaterra e da Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia, na Itália, no final da década de 60, colocando em questão o dispositivo médico-psiquiátrico e as terapêuticas relacionadas a ele. Criticavam o

sistema institucional, a forma da sociedade lidar com a loucura, considerando a loucura também como um fato social, político e o hospital como um espaço de repressão (Cooper, 1989; Amarante, 1995; Barros; Egry; 2001).

Vários eventos aconteceram no mundo fortalecendo essas novas abordagens de assistência e a busca por políticas e legislações que estruturassem esses novos dispositivos.

Ao longo desse processo, observa-se que, para promover, cuidar e melhorar o sistema de saúde mental para a população era necessário o estabelecimento de prioridades entre necessidades, condições, serviços, tratamentos e estratégias de promoção, prevenção e reabilitação. Para tanto, os serviços e estratégias precisariam ser coordenados entre si bem como deviam estar integrados com os demais serviços de segurança social, educação, emprego e habitação (OPAS, 2002).

Em 1990, aconteceu em Cararas, Venezuela, um evento que se transformou em marco importante para a reestruturação da assistência em saúde mental nos serviços. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) tinham convocado uma Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, englobando, também, o IV Encontro Continental sobre Direitos Humanos. Participaram várias associações relacionadas com a saúde mental além de juristas, membros dos parlamentos e delegações técnicas dos países latino-americanos.

Como resultado das discussões, estratégias para implementação prática e reestruturação da assistência psiquiátrica definiu-se um documento: a Declaração de Caracas, que foi assinada pelos países da Região das Américas que então adotaram a superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra todos os abusos e exclusão como as grandes metas mobilizadoras de todos os movimentos de reforma de saúde mental da América Latina e Caribe (Brasil, 2001).

A Declaração de Caracas tem influenciado a reforma do setor de saúde de muitos países, pois ressalta que o modelo hospitalar de assistência não é coerente com os objetivos de atendimento comunitário, descentralizado, participativo e, portanto, declara-se a reestruturação da assistência articulada com o atendimento primário da saúde, permitindo a criação de novas propostas de assistência (Brasília, 1998).

De acordo com o Relatório Mundial de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2001, apresentado na 3^a Conferência Nacional de Saúde Mental, os transtornos mentais e de comportamento respondem por 12% da carga mundial de doenças e se incluem entre os cinco maiores problemas de saúde pública do mundo, perdendo apenas para o câncer, as doenças cardiovasculares e as infecto-contagiosas. Na maioria dos países, as

verbas orçamentárias para a saúde mental representam menos de 1% dos seus gastos totais com a saúde. Mais de 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% não têm programas nessa esfera; além disso, mais de 90% dos países não tem políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes.

O Manual de recursos sobre saúde mental, direitos humanos e legislação da OMS, publicado em 2006, relata que dentre os 75% de países do mundo que possuem legislação de saúde mental, somente 51% possuem leis aprovadas após 1990 e 15% têm alguma legislação datada antes da década de 60. Dessa forma, a legislação de muitos países está desatualizada e, em algumas instâncias, ainda priva as pessoas portadoras de transtornos mentais de seus direitos, ao invés de protegê-las. Estima-se que quase 340 milhões de pessoas em todo mundo sofrem de depressão, 45 milhões de esquizofrenia e 29 milhões de demência. Percebe-se, assim, a crescente carga pessoal, social e econômica que estes dados representam em todo mundo (OMS, 2006).

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira ganhou força no final da década de 1970, caracterizando-se por questionamentos ideológicos e ações entre instituições, entidades, profissionais de saúde, movimentos e militâncias envolvidos com a formulação de políticas de saúde mental no país.

Com o fim da ditadura e da censura, o fim do período conhecido por “milagre econômico” e a reorganização da sociedade, eclodiram movimentos sociais integrados com as reivindicações da sociedade por igualdade de direitos, inclusão, solidariedade e promoção da cidadania.

O país foi fortemente influenciado pelos movimentos internacionais do período pós-guerra mundial e a luta pela redemocratização do país e por transformações das políticas de saúde ganharam força.

Até o início do século XIX a assistência em saúde era realizada filantropicamente ou de forma particular, pois não existia uma forma de assistência organizada pelo poder público. Apenas nos anos 80, estabelece-se a atual Constituição Brasileira e o direito à saúde, bem como o dever do estado em garantir o acesso às ações de prevenção da doença, promoção da saúde e assistência curativa.

No Brasil, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde no Rio de Janeiro e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental de Bauru discutiram propostas de mudanças teóricas e éticas entre profissionais, sociedade, usuários e familiares para a assistência psiquiátrica vigente e lança-se o lema “*Por uma sociedade sem manicômios*”.

O Estado assumiu papel decisivo na reestruturação da atenção psiquiátrica com a criação, em 1988, de um sistema único de saúde em busca de reorientação do modelo assistencial.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como base legal estruturante a Constituição Federal de 1988, que define a saúde como um dos setores da seguridade social. Além disso, está regulamentado pela lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) que dispõe sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo território nacional e a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 2003).

Além da estrutura legal, o SUS é fundamentado em princípios e diretrizes que são as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde do país, resultantes de um processo político e concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão e relações governamentais (Matta, 2007).

Matta (2007) define que os princípios que embasam o SUS, seus valores, as bases filosóficas e ideológicas que orientam e direcionam as ações e políticas de saúde são: universalidade do direito à saúde, sem qualquer tipo de pagamento direto para obtenção de serviços de saúde; equidade pelo acesso às ações e serviços de saúde reconhecendo a pluralidade e a diversidade das necessidades humanas; integralidade pela assistência que atenda as necessidades curativas, preventivas e de promoção de saúde. Como diretrizes, ou seja, as normas, procedimentos e condutas que apontam os caminhos para atingir os objetivos sancionados pela lei 8.080, referendada acima, consideram-se a descentralização, que corresponde à distribuição de poder político da União para os estados e municípios; regionalização e hierarquização que definem a organização da rede de serviços em níveis de complexidade concordantes com as necessidades de uma população específica; participação da comunidade que viabiliza a influência da população na formulação de políticas, na avaliação dos serviços oferecidos e o controle social na luta pela democracia e cidadania.

Em 1990, o Brasil participou do IV Encontro Continental sobre Direitos Humanos e da Declaração de Caracas, assinada pelos países da Região das Américas que então adotaram a superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra todos os abusos e exclusão, como as grandes metas mobilizadoras de todos os movimentos de reforma de saúde mental da América Latina e Caribe (Brasil, 2001).

2.3 - A rede assistencial de saúde mental hoje

Nas últimas três décadas, mudanças profundas ocorreram na atenção psiquiátrica. O serviço comunitário passou a ser o principal meio para o atendimento de portadores de transtornos mentais que adoecem ou que estão em algum tipo de acompanhamento e vincula o conceito de saúde mental aos conceitos de cidadania e produção de vida.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, 3% da população necessita de cuidados contínuos por transtornos mentais severos e persistentes e 9% necessitam de atendimento eventual por transtornos menos graves (Brasília, Ministério da Saúde, 2005). Além disso, 56% das equipes de saúde da família referem realizar ações de saúde mental na comunidade (Ministério da Saúde, 2003).

Dados do Ministério da Saúde, lançados em 2010, confirmam que o acesso à saúde mental progrediu no país, configurando 62% em conjunto com a atenção básica, ações intersetoriais em prol da inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos. Além disso, os recursos em ações extra-hospitalares superaram o investimento em ações hospitalares, 16.000 leitos com baixa qualidade assistencial foram fechados e 67,7% dos recursos federais para a saúde foram dispostos em ações comunitárias (Brasil, 2010).

Esses dados revelam a importância da constituição, organização e articulação da rede de saúde mental com a rede de saúde de cada município e o investimento em ações extra-hospitalares que preconizam a internação psiquiátrica como último recurso terapêutico, objetivando a mais breve recuperação e ressocialização do portador de transtorno mental.

A rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitam o modelo de atenção psicossocial no nível primário, secundário e terciário, respectivamente: ações de saúde mental na atenção básica (Estratégia de saúde da Família) e Equipes Matriciais de Referência, Ambulatórios de Saúde Mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cultura, Programa de Volta para Casa, Hospitais-Dia, leitos em hospitais gerais e especializados.

Esta rede de serviços deve funcionar articuladamente e ser implantada de acordo com a população e demanda do município para que a elaboração do Projeto Terapêutico Individualizado (PTI) - os objetivos terapêuticos, as propostas de intervenção e a avaliação de resultados estabelecidos pela equipe de saúde sejam direcionadas para ressocialização e resgate da autonomia do sujeito:

- Municípios com até 20.000 habitantes – rede de atenção básica com ações de saúde mental;
- Municípios entre 20 a 70.000 habitantes – CAPS I e rede básica com ações de saúde mental;
- Municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes – CAPS II, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental;
- Municípios com mais de 200.000 habitantes – CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS i e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU.

Apesar de o CAPS ser um dispositivo estratégico na organização da rede de atenção e em sua regulação, não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Os municípios com menos de 20.000 habitantes, segundo a lógica de organização proposta pelo MS, podem estruturar sua rede de cuidados na atenção básica como Programa Saúde da Família e Ambulatórios (Brasília, Ministério da Saúde, 2007).

Os Ambulatórios de Saúde Mental prestam assistência às pessoas com diversos tipos de transtornos mentais por meio de atendimento individual, atendimento grupal, orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde, visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior e atividades comunitárias.

Para tanto, a atenção ambulatorial deverá incluir equipes multiprofissionais cuja composição e atribuições são definidas pela gestão local. A Portaria/SNAS n 224 – de 29 de janeiro de 1992 dispõe as normas para o atendimento ambulatorial especializado que a equipe seja multiprofissional e composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico, psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar) cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local.

A Portaria GM nº175, de 7 de fevereiro de 2001, define que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental possuam, no mínimo, um profissional médico e dois profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação para reabilitação psicossocial.

Segundo o Relatório de Gestão 2003-2006 do Ministério da Saúde, a articulação de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária foi um dos principais desafios deste período de gestão.

Considera-se que os ambulatórios são especialmente necessários em municípios maiores que possuem maior demanda de atenção para que, junto a uma rede efetiva de CAPS, ofereçam suporte para o atendimento, se articulem com as equipes da atenção básica em busca

de evitar o esgotamento da rede e afastando a possibilidade de internações em hospitais. Os serviços terciários (internações em hospital psiquiátrico, hospital geral, serviços de emergência, semi-internações e CAPS III) também devem ser reformulados para atenderem os casos com maior eficiência evitando cronificações, retornando o portador de transtorno mental o mais rápido possível para a comunidade.

Em municípios menores e que não possuem CAPS, os ambulatórios se responsabilizam pelo atendimento e acompanhamento de todas as pessoas com transtornos mentais e articulam-se com a atenção básica para que se aproximem da forma de atendimento realizada pelo CAPS.

Porém, o Relatório descreve que, apesar de alguns avanços, a articulação CAPS – ambulatórios – território – atenção básica necessita ser discutida com maior profundidade.

Na década de 90, o Ministério da Saúde incorporou os conceitos de reforma psiquiátrica e normatizou a organização da assistência psiquiátrica oferecida, nas unidades básicas de saúde. Destacou-se a necessidade dos atendimentos, na atenção primária, serem realizados por equipes especializadas de saúde mental. Porém, somente com a ampliação do Programa de saúde da família, a proposta de integrar o atendimento da atenção primária com o atendimento especializado começa a acontecer, bem como a ideia de consultoria psiquiátrica ganha corpo, como forma de orientar e capacitar os membros das equipes neste nível de atenção (Azevedo-Marques, 2009).

Apesar de existir uma relação ainda precária, porém atualizada, dos ambulatórios públicos de saúde mental do país, em geral, estes ambulatórios prestam assistência, sobretudo às pessoas com transtornos mentais menos severos, ou acompanhamento dos casos severos em tratamento, mas ainda observa-se um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde.

Os Ambulatórios de Saúde Mental são referência para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia, mas sua resolutividade tem sido baixa, pois possuem listas de espera e crises no seu funcionamento para atender a demanda.

Em muitos locais, é necessária uma reformulação deste modo de funcionamento, rediscutindo o papel dos ambulatórios na rede de atenção em saúde mental e possibilitando uma integração dos serviços (Brasil, Ministério da Saúde, 2007, 2010).

Atualmente, o Governo do Estado de São Paulo inaugurou Ambulatórios de Especialidades (AMES) na cidade de São Paulo e em alguns municípios do estado (São Paulo, 2007) o que sugere uma reformulação da assistência em saúde mental em ambulatórios e levanta questionamentos sobre a eficácia deste modelo assistencial.

O ambulatório refere-se ao nível secundário de assistência, sendo parte importante da rede de saúde mental ao oferecer assistência aos sujeitos que não necessitam de tratamento intensivo ou semi-intensivo do CAPS ou internação hospitalar no nível terciário.

Por outro lado, a falta de implementação adequada da rede básica de assistência e a pouca ou inexistente articulação entre estes serviços pode ocasionar crise no sistema por excesso de demanda, medicalização como forma única de assistência, falta de avaliações psiquiátricas eficazes, tratamentos psicoterápicos incoerentes com a real demanda do sujeito e cronificação dos transtornos mentais.

2.4 - Os recursos humanos na política brasileira

Os profissionais da saúde têm mostrado maior preocupação com o fundamento para o processo da reforma psiquiátrica. O trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, a pluralidade dos saberes e a complexidade das ações e dos serviços assistenciais passam a dominar o campo acadêmico e profissional. Nesse processo de transformação da assistência psiquiátrica, permeado pelas ideias e políticas de desinstitucionalização, houve aumento no número de serviços comunitários na rede assistencial de atenção à saúde (Osinaga, 2007).

Entretanto, vários problemas como a dificuldade no acesso aos serviços, o descuido com os aspectos de saúde coletiva e a dificuldade de gestão pelas autoridades sanitárias impedem que as reformas produzam os efeitos desejados. Algumas mudanças nas estruturas se esgotaram por não terem atingido os comportamentos e capacidades dos trabalhadores de saúde (Rigoli, Rocha, Foster, 2005).

O Ministério da Saúde reafirma o 'HumanizaSUS' e implementa a Política Nacional de Humanização (PNH) com o objetivo de fortalecer algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da Saúde valorizando os trabalhadores do setor. A descentralização é o foco principal desta política, pois trata da autonomia administrativa da gestão da rede de serviços, de maneira a integrar os processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais da equipe e efetivar uma gestão que inclua a participação dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

A PNH contribui para a consolidação nos princípios norteadores da política de humanização que preconiza a construção da autonomia, capacidade de realização e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS e a responsabilidade conjunta desses sujeitos na prática de atenção e de gestão. O processo de trabalho em saúde estabelece as instituições como espaços de produção de bens e serviços para os usuários e valorização do potencial inventivo dos sujeitos que trabalham nestes espaços. Gestores,

trabalhadores, e usuários executam o trabalho definido de forma prescritiva mas também executam e realizam as situações concretas, cotidianas e os imprevistos, em função das necessidades dos usuários, que exigem esforço, potencial criativo para que se dê conta dos acordos e pactos realizados com o gestor e com os companheiros de trabalho (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

Para dar conta da complexidade da realidade, os trabalhadores são chamados a criar, improvisar e construir ações; a pensar o melhor modo de trabalhar e atender as diversas demandas. A equipe deve estabelecer uma forma de se relacionar entre si e com os usuários. O trabalho ocupa um lugar privilegiado na vida dos seres humanos e, nos serviços de saúde, o trabalho pode ser produtor de sentido ao possibilitar a participação e o potencial inventivo do trabalhador e pode ser produtor de sofrimento e desgaste ao ser burocratizado, fragmentado e centralizado (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

Oferecer compreensão das situações nas quais os trabalhadores são expostos e flexibilizar o processo de tomada de decisões auxilia a promoção da saúde nos locais de trabalho, a criação de espaços para debates coletivos e diálogo entre os diferentes saberes e práticas da equipe multidisciplinar e a construção de outros modos de trabalhar diante do novo e imprevisível.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, em 2010, realizou avaliação de 40% dos CAPS de todo o Estado de São Paulo, segundo as diferentes formas de gestão, capacidade operacional, complexidade de atendimento e cobertura populacional. Foram identificadas diversas distorções de atendimento como insuficiência de pessoal, ausência de atendimento médico clínico e médicos psiquiatras, falta de retaguarda para emergências, não realização de atividades comunitárias, supervisão e capacitação. Concluíram que o CAPS é um avanço na humanização da assistência em saúde mental, porém é um modelo inacabado e com dificuldades de articulação com toda a rede de serviço de saúde mental (Cremesp, 2010).

Observa-se a importância de conhecer os serviços, o trabalho em equipe, os profissionais e suas ações na atenção à Saúde Mental para que ao ser avaliada e analisada, a qualidade da assistência, na prática, possa ser ajustada e atualizada diante dos desafios que a realidade e a sociedade demandam (OPAS, 2002).

2.5 - Assistência humanizada e o ambiente terapêutico

A perspectiva deste sistema integrado em saúde levanta a ideia de que ao propor justamente a articulação das ações de prevenção, promoção e reabilitação, o princípio da integralidade viabilize os demais princípios de universalidade e a equidade ao sistema. A

integralidade emerge, portanto, como um princípio que busca a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde e o diálogo entre diferentes sujeitos e suas necessidades e articula-se com a ideia de integrar prevenção com assistência (Mattos, 2001, 2004).

A postura do profissional em sintonia com a integralidade manifesta-se pela não objetivação do sujeito, pela não redução da atenção à doença, sintomas e intervenção curativa. Seu olhar deve ser totalizante e apreender o sujeito biopsicossocialmente para que a assistência ultrapasse o sofrimento manifesto e apreenda outras necessidades dos sujeitos (Alves, 2005).

O usuário passa a ser visto como sujeito portador de um saber sobre o seu processo saúde-doença-cuidado e capaz de estabelecer trocas interpessoais com o profissional e com o serviço de saúde que auxiliarão em seu tratamento e sua reabilitação (Vasconcelos, 2001).

Observa-se, portanto, a integralidade como algo essencial para que o relacionamento interpessoal terapêutico se estabeleça no contato profissional - pessoa que requer ajuda. A interação entre duas ou mais pessoas se dá através de um processo terapêutico que objetiva a resolução e, para tanto, preconiza a valoração das necessidades expressas ou não pela pessoa.

Na assistência humanizada, considera-se o processo terapêutico centrado na pessoa e em sua capacidade interna para que esta consiga resolver seus problemas. Toda pessoa possui uma tendência positiva para se reorganizar, se dirigir e se preservar. Nas situações de desequilíbrio, o profissional auxilia no processo de identificação das necessidades da pessoa, bem como seus recursos internos que irão ajudá-la a lidar com o problema (Furegato e Morais, 2006)

Nessa perspectiva, considera-se que toda pessoa tem tendência de regulação de seu organismo e, portanto, possui condições de modificar sua própria estrutura interna ao experienciar fatores que estejam causando sua inadaptação. Toda pessoa é uma totalidade e é dessa forma que vivencia e reage ao ambiente.

O profissional deve estar atento para os fatores que interferem na humanização da assistência, na comunicação efetiva com a pessoa que procura ajuda profissional: dificuldades na ação de escuta, no comprometimento total com a interação e na ação de interpretar a mensagem e o real significado que a pessoa traz, sem deixar-se levar por preconceitos e sentimentos pessoais; dificuldade de adaptação às técnicas da comunicação e em se concentrar nos problemas do paciente para que suas atitudes não mudem o tema trazido pela pessoa, deixando de se aprofundar em pontos importantes.

Vale ressaltar que, em uma relação de ajuda, o processo terapêutico não acontece no paciente ou no profissional, mas entre os dois na comunicação interpessoal, pois através da escuta terapêutica é possível ajudá-la a encontrar seus próprios caminhos (Furegato, 1996).

O Modelo de Procedimento de Enfermagem de Saúde Mental (MPESM) proposto por Furegato (1996) para a implementação das ações de enfermagem engloba as bases de uma relação de ajuda (Furegato, 2009).

A humanização na assistência em saúde mental engloba os seguintes fatores: a ideia da integralidade ao considerar a pessoa em sua totalidade; a necessidade de que este encontro se estabeleça como um relacionamento terapêutico onde o profissional é facilitador da comunicação; a importância de um ambiente terapêutico que propicie de fato o atendimento das necessidades físicas e psicossociais da pessoa que requer ajuda.

Um ambiente terapêutico é constituído pela sua estrutura física e pelo clima sócio-emocional da equipe que o compõe. Em um sistema de atendimento autoritário, as relações profissionais e a assistência estão organizadas pela lógica de fragmentação do cuidado e focadas nas explicações de causa e efeito da doença (Furegato e Morais, 2006)

Ao considerar a pessoa em sua totalidade no centro do projeto terapêutico, o modelo de saúde deve focar o processo relacional, ou seja, considerar a pessoa como ser social com suas particularidades e necessidades para além da doença. O sistema de atendimento, portanto, enfatiza a interação social entre as pessoas e a equipe sendo a estrutura física, a aparência e programação do ambiente facilitadores dessa interação.

Ao dar atenção unicamente às necessidades físicas ou emocionais de uma pessoa reforça-se o modo dualístico do sistema de atendimento à saúde. O ser humano assistido em sua integralidade responde em sua totalidade. Um ambiente verdadeiramente terapêutico deve avaliar continuamente como cada paciente age e reage às diferentes situações cotidianas.

Os ambientes físicos necessitam ser reconhecidos como ambientes saudáveis, para tanto, é essencial diminuir as diferenças entre as políticas públicas de saúde e a realidade dos profissionais e usuários destes ambientes (Grossman et al, 2008). O ambiente, para ser terapêutico, portanto, deve relacionar o clima sócio-emocional com a estrutura física e a equipe deve permanecer em constante envolvimento com as principais atividades desenvolvidas no serviço.

Vale ressaltar que, apesar das mudanças nas políticas de saúde mental do Brasil e da reestruturação da atenção psiquiátrica com a criação de um sistema único de saúde, a internação psiquiátrica permanece como medida predominante e, consequentemente, a cronificação e medicalização reforçam a cultura manicomial e a prática de manter os

portadores de transtornos mentais afastados da sociedade (Jorge, 2005), além das internações compulsórias mantidas, apesar das decisões da equipe multiprofissional por questões judiciais devido às questões sociais (Castro, 2009).

Nesse sentido, a formulação de políticas, bem como a organização dos serviços e a prática terapêutica, devem se basear em informação atualizada e idônea, tendo como parâmetro a comunidade, os indicadores de saúde mental, os tratamentos, as estratégias de prevenção e promoção e o perfil dos profissionais que atuam nas equipes de saúde mental para que a demanda real de cada país seja atendida.

3 – OBJETIVO

Caracterizar os serviços de atenção à saúde mental da DRS XIII nas diferentes categorias profissionais de nível superior e sua formação básica, as atividades desenvolvidas pelos profissionais nestas equipes e sua opinião sobre as políticas de saúde mental.

4 – METODOLOGIA

Este projeto pretende ampliar os dados do projeto realizado pelo Grupo de Pesquisa cadastrado no CNPQ como REHUSAM – Recursos Humanos em Saúde Mental do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas – DEPCH da EERP/USP, intitulado ‘Papéis e Funções dos Profissionais dos Serviços e Políticas de Saúde Mental’ e está sendo apresentado a EERP/USP, pois além de coordenar a pesquisa institucional na cidade de Ribeirão Preto, é Centro Colaborador em Pesquisa da OMS.

Este grupo vem realizando pesquisas sobre os recursos humanos em saúde mental, tendo resultados publicados (Furegato et al, 2009) e em análise para publicação nacional e internacional (Furegato et al, 2009; Galera et al, 2010).

Assim, foi escolhido o DRS XIII, por se integrar ao centro de excelência na área da saúde no país, para réplica da pesquisa do REHUSAM. O projeto se estendeu para além do Estado de São Paulo e, no momento, está sendo replicado em pesquisas em Minas Gerais, Ceará, Rio de Janeiro e Paraná.

4.1 - Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratório - descritiva para atender as políticas em saúde mental, visando contribuir com a saúde mental nas Américas, através da avaliação dos serviços abertos da rede comunitária.

4.2 – Local

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP é responsável pela formulação das Políticas de Saúde e de suas diretrizes no estado, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. Tem como objetivo promover a saúde, através de ações preventivas e democratizar suas informações à população. A SES-SP é também responsável pela articulação e pelo planejamento de ações desenvolvidas pelos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) distribuídos pelo Estado. A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se faz através dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006.

Assim, o Estado, dividido em 17 Departamentos de Saúde, é responsável por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil (Brasil, 2003).

O Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto/SP – DRSXIII congrega 26 municípios e oferece diferentes serviços de saúde mental, criados de acordo com os índices populacionais exigidos pela legislação atual e sua administração financeira.

Quadro I – Relação dos municípios pertencentes ao DRS XIII

| Municípios | Habitantes | Serviços de Saúde Mental |
|----------------------------|------------|---|
| Ribeirão Preto | 534.944 | Ambulatório Regional de Saúde Mental/CAPSII e Ambulatório/CAPSIII/CAPSAD/Núcleo de Saúde Mental/Hospital Dia/Unidade de Emergência/Hospital das Clínicas Internação/Hospital Psiquiátrico |
| Santa Rita do Passa Quatro | 27.171 | CAIS/CAPS/Residência terapêutica |
| Sertãozinho | 101.105 | Ambulatório de Saúde Mental |
| Jaboticabal | 70.764 | Ambulatório de Saúde Mental |
| Batatais | 57.872 | Ambulatório de Saúde Mental |
| Monte Alto | 45.180 | Ambulatório de Saúde Mental |
| Serrana | 36.411 | Ambulatório de Saúde Mental |
| Jardinópolis | 33.406 | Ambulatório de Saúde Mental |
| Pitangueiras | 32.817 | Ambulatório de Saúde Mental |
| Pontal | 32.471 | Ambulatório de Saúde Mental |
| Cravinhos | 30.786 | Ambulatório de Saúde Mental |
| Cajuru | 21.677 | Ambulatório de Saúde Mental |
| Guariba | 31.966 | Equipe Mínima na Atenção Básica |
| Barrinha | 26.377 | Equipe Mínima em Ambulatório de Especialidades |
| Santa Rosa de Viterbo | 22.345 | Equipe Mínima em Ambulatório de Especialidades |
| Brodowski | 18.497 | Equipe Mínima em Ambulatório de Especialidades |
| Altinópolis | 16.228 | Equipe Mínima na Atenção Básica |
| São Simão | 14.360 | Equipe Mínima na Atenção Básica |
| Pradópolis | 14.145 | Equipe Mínima na Atenção Básica |
| Serra Azul | 7.963 | Sem Equipe |
| Luis Antônio | 7.694 | Ambulatório de Saúde Mental |
| Dumont | 6.846 | Sem Equipe |
| Guatapar | 6.604 | Sem Equipe |
| Cássia dos Coqueiros | 2.931 | Equipe Mínima na Atenção Básica |
| Santa Cruz da Esperança | 1.842 | Equipe Mínima na Atenção Básica |

Fonte: DRS XIII – Departamento Regional de Saúde – Ribeirão Preto – SP

A amostra desta pesquisa foi definida com auxílio de Estatístico para que os dados permitam análises estatísticas e textuais. Observou-se que a amostra mais significativa, no momento, referente à pesquisa, seria a dos municípios com mínimo de 20.000 habitantes e que possuíssem Ambulatório de Saúde Mental (Batatais, Cajuru, Cravinhos, Jaboticabal, Jardinópolis, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Serrana e Sertãozinho).

A cidade de Ribeirão Preto, apesar de atender aos critérios da amostra, não foi incluída, pois possui outros serviços que complementam sua rede de assistência, os quais são

organizados por regiões e abrangem a população das cidades vizinhas (CAPSII e Ambulatório, CAPSIII, CAPS-AD, Núcleo de Saúde Mental, Hospital Dia, Unidade de Emergência, Hospital das Clínicas Internação, Hospital Psiquiátrico). Além disso, os seus dados foram coletados durante a pesquisa institucional e os resultados estão em fase de publicação (Furegato et al, 2009, 2009; Galera et al 2010).

A cidade de Santa Rita do Passa Quatro não foi incluída, pois mesmo com mais de 20.000 habitantes e serviços como CAIS, CAPS e Residência Terapêutica, não possui Ambulatório de Saúde Mental. Os dados do presente estudo serão objeto de comparação com os demais, além de complementarem futuros estudos.

4.3 - População e amostra

Todos os profissionais componentes das equipes dos Ambulatórios de Saúde Mental dos municípios selecionados fazem parte da população do estudo. Segundo dados do DRS XIII, estimou-se que seriam entrevistados 92 profissionais de nível superior entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, incluindo os gerentes dos serviços e os demais profissionais que constassem nos serviços como farmacêuticos, fisioterapeutas, educadores físicos, atuantes no momento da previsão do estudo. Durante o período de coleta estipulado (fevereiro de 2009 a fevereiro de 2010) foram entrevistados 78 profissionais, houve 15% de perda, sendo 10% por recusa (12 Psiquiatras, 5 Psicólogos e 1 Assistente Social) e 5% (2 Psiquiatras, 2 Psicólogos) por modificação do quadro de recursos humanos do serviço.

4.4 - Procedimentos éticos

O projeto “Caracterização do perfil dos profissionais e de suas atividades nos serviços de saúde mental” foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola EERP/USP em 28 de julho de 2008 – protocolo nº0878/2008 (Anexo I).

Para iniciar os trabalhos de pesquisa, o projeto foi encaminhado ao diretor do DRS XIII que autorizou a realização e início de toda a coleta dos dados, nos municípios participantes e seus serviços de Saúde Mental (Anexo II).

Em uma segunda etapa, cópias das cartas de autorização foram encaminhadas para as secretarias de saúde de todos os municípios que integram esta amostra junto de resumo do projeto e cópia do instrumento de pesquisa (Anexo III). Após autorização, os responsáveis de

cada serviço foram contatados por telefone e agendou-se visita ao respectivo serviço para apresentação da pesquisadora e esclarecimentos sobre os procedimentos da coleta de dados.

Os sujeitos participaram voluntariamente da pesquisa e foram devidamente esclarecidos para firmarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo IV). A pesquisadora deixou todos seus contatos disponíveis para os sujeitos e se comprometeu em disponibilizar os resultados após a finalização do projeto.

4.5 - Instrumentos de coleta de dados

Para a entrevista com os profissionais que atuam na rede de serviços do município foi utilizado o mesmo instrumento utilizado na coleta dos dados da pesquisa no Projeto Institucional (Anexo III).

Questionário semi-estruturado composto com questões fechadas:

Parte I - Dados demográficos e da formação dos profissionais;

Parte II - Dados do trabalho realizado pelos profissionais no serviço;

Roteiro com questões abertas:

Parte III - Opinião dos profissionais a respeito das políticas, práticas e formação dos profissionais de saúde mental.

4.6 - Coleta de dados

A coleta foi feita pela pesquisadora junto aos profissionais dos Ambulatórios de Saúde Mental dos municípios do DRS XIII selecionados. Foi feito contato com o gerente de cada serviço para que o projeto fosse apresentado aos profissionais e, posteriormente, as entrevistas foram agendadas, no próprio local de trabalho.

Os sujeitos entrevistados receberam as instruções e todas as informações referentes ao estudo. Após todas as dúvidas serem esclarecidas, foi solicitado que cada sujeito assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Leram e responderam as questões estruturadas nas partes I e II do instrumento.

A parte III do instrumento foi gravada para que dados qualitativos ocorridos durante a fase semi-estruturada fossem registrados. O tempo de duração, de acordo com a demanda de cada participante, foi em média, 30 minutos.

4.7 – Procedimento de análise

A OPAS/OMS propõe que as políticas de saúde mental no Brasil sejam contextualizadas e se conheça o desempenho e a compreensão dos profissionais em suas práticas, tendo ainda como referência a formação desses profissionais. Portanto, será feita primeiramente uma análise descritiva dos dados por se tratar de um estudo exploratório/descritivo.

O processo de análise dos dados seguiu as orientações da pesquisa institucional e foram consideradas todas as informações obtidas no instrumento respondido pelos sujeitos.

Os dados da parte I (identificação dos sujeitos), da parte II (O trabalho dos profissionais nas equipes) foram transferidos pela pesquisadora para uma planilha do Excel, utilizando a dupla digitação como forma de validação do banco de dados, a fim de corrigir erros. O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do STATA para cruzar os dados e encontrar prováveis associações entre variáveis. O Teste Exato de Fisher auxiliou no direcionamento do raciocínio sobre a significância dos dados. É um teste de independência entre duas variáveis para calcular a probabilidade de associação das características sob a hipótese nula de independência, considerando o nível de significância a 5%.

Os dados que compõem a terceira parte do instrumento intitulada “Políticas, práticas e formação na Psiquiatria” (anexo IV), composta de 6 questões abertas sobre a opinião dos profissionais a respeito das políticas de saúde mental, foram submetidos à análise de conteúdo temático. As questões foram refeitas oralmente, gravadas e transcritas após sua realização para permitir aos sujeitos maior espaço de elaboração sobre os temas propostos nesta parte do instrumento. Esta análise de conteúdo temático levou em consideração as questões propostas neste estudo.

Os resultados foram discutidos com base na literatura sobre o tema, especialmente nos do Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

5 - RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa são apresentados em 4 itens: o perfil da amostra, a composição das equipes, as atividades realizadas pelos profissionais e sua opinião sobre as políticas, práticas e formação na saúde mental.

5.1 – Caracterização do Perfil dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental do DRS XIII: perfil da amostra

Foram entrevistados 78 profissionais de nível superior, no período de fevereiro de 2009 a fevereiro de 2010. Houve 15% de perda sendo 10% por recusa (12 Psiquiatras, 5 Psicólogos e 1 Assistente Social) e 5% (2 Psiquiatras, 2 Psicólogos) por modificação do quadro de recursos humanos do serviço.

Tabela 1 - Composição das equipes e profissionais entrevistados que atuam nos ambulatórios de saúde mental dos municípios da DRS XIII com mais de 20.000 habitantes.

| Municípios do DRS XIII | N ° de habitantes | Categorias profissionais | | | | | | | | | | | | Total | |
|------------------------|-------------------|--------------------------|----------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
| | | Assistente Social | | Enfermeiro | | Médico | | Psicólogo | | Terapeuta Ocupacional | | Outros | | T | P |
| | | T | P | T | P | T | P | T | P | T | P | T | P | | |
| Batatais | 57.872 | 1 | 1 | - | - | 2 | 1 | 3 | 3 | - | - | - | - | 6 | 5 |
| Cajuru | 21.677 | - | - | - | - | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 8 |
| Cravinhos | 30.786 | - | - | - | - | 2 | 2 | 4 | 4 | - | - | - | - | 6 | 6 |
| Jaboticabal | 70.764 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | - | 3 | 3 | 1 | 1 | - | - | 9 | 6 |
| Jardinópolis | 33.406 | - | - | - | - | 1 | 1 | 5 | 3 | - | - | - | - | 6 | 4 |
| Monte Alto | 45.180 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 12 | 11 |
| Pitangueiras | 32.817 | - | - | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 | 5 | 2 | 2 | 1 | 1 | 11 | 10 |
| Pontal | 32.471 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | - | - | 7 | 6 |
| Serrana | 36.411 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 5 | 5 | 1 | 1 | 2 | 2 | 12 | 12 |
| Sertãozinho | 101.105 | 1 | - | 1 | 1 | 6 | - | 8 | 6 | 1 | 1 | 2 | 2 | 19 | 10 |
| TOTAL | | 6 | 5 | 6 | 6 | 24 | 12 | 45 | 38 | 9 | 9 | 8 | 8 | 96 | 78 |

T- Total de profissionais atuantes no serviço

P - Total de participantes na pesquisa

A maioria dos profissionais é do sexo feminino 65 (83%), da categoria médica 12 (15%) e psicológica 38 (49%) ressaltando apenas 6 (8%) da enfermagem, pois 4 cidades não incluem esta categoria em seu quadro de profissionais.

Do total dos sujeitos entrevistados 49% têm formação em psicologia, 15% em medicina, 12% em terapia ocupacional, 8% em enfermagem e 17% em outras categorias tais como farmácia, serviço social, fonoaudiologia e artes.

Tabela 2 – Perfil sócio-demográfico dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII. Ribeirão Preto, 2010.

| Perfil sócio-demográfico dos profissionais | N | % |
|---|----------|----------|
| Sexo | | |
| Masculino | 13 | 17 |
| Feminino | 65 | 83 |
| Faixa etária | | |
| Até 29 | 21 | 27 |
| 30-39 | 25 | 32 |
| 40-49 | 21 | 27 |
| 50 > | 11 | 14 |
| Formação acadêmica | | |
| Médico | 12 | 15 |
| Enfermeiro | 6 | 8 |
| Psicólogo | 38 | 49 |
| Terapeuta Ocupacional | 9 | 11 |
| Outros | 13 | 17 |
| Tempo de formado | | |
| Até 4 anos | 19 | 24 |
| 5-9 anos | 19 | 24 |
| 10-19 anos | 20 | 26 |
| 20 > | 20 | 26 |
| Especialização | | |
| Não | 19 | 24 |
| Sim | 59 | 76 |
| Em saúde mental | 20 | 26 |
| Em outra área | 39 | 50 |

Na Tabela 2 observa-se que a faixa etária predominante se concentra nos sujeitos com até 39 anos (59%) sendo 27% até 29 anos e 32% entre 30-39 anos. Observa-se que 38 sujeitos (48%) são formados há menos de 9 anos. Apenas 20 (26%) frequentaram cursos de especialização em saúde mental (50% em outra área). Um quarto deles não frequentou cursos de especialização.

A contextualização do trabalho destes profissionais no ambulatório de saúde mental evidencia que a maioria atua na área de saúde mental há menos de 10 anos (68%) e 59% trabalha na instituição há 5 anos ou menos.

Cinquenta profissionais (64%) trabalham até 20 horas/semana. Cinquenta e quatro profissionais (69%) têm outro emprego sendo trinta e duas pessoas (41%) em outra área. Dentre os que têm outro emprego 25 são psicólogos. Todos os 12 médicos entrevistados têm

outro emprego. A maioria dos enfermeiros (4) trabalham preferencialmente em um só emprego.

Tabela 3 – Contextualização do trabalho dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII pertencentes à amostra estudada.

| Contextualização do trabalho dos profissionais | N | % |
|---|----------|----------|
| Tempo na área | | |
| Até 4 anos | 32 | 41 |
| 5-9 anos | 21 | 27 |
| 10-19 anos | 20 | 26 |
| 20 > | 5 | 6 |
| Tempo na instituição | | |
| Até 1 ano | 21 | 27 |
| 2-5 | 25 | 32 |
| 6 > | 32 | 41 |
| Jornada de trabalho | | |
| Menos 20 horas/semana | 14 | 18 |
| 20 horas/semana | 36 | 46 |
| 30 horas/semana | 13 | 17 |
| > 30 horas/semana | 15 | 19 |
| Faixa salarial | | |
| Até R\$1999 | 54 | 69 |
| R\$2000-2999 | 21 | 27 |
| R\$3000 > | 3 | 4 |
| Outro emprego | | |
| Sim | 54 | 69 |
| Não | 24 | 31 |
| Tipo de outro emprego | | |
| Saúde mental | 22 | 28 |
| Outra área | 32 | 41 |

A faixa salarial predominante dos entrevistados (69%) é de até R\$ 1.999,00. Pelo teste exato de Fisher, é possível analisar que há correlação significativa quanto ao sexo e a faixa salarial ($p=0,041$) em que 74% dos sujeitos do sexo feminino e 46% sujeitos do sexo masculino têm faixa salarial até R\$1.999,00 reais. Observa-se que 54% dos homens recebem salários mais altos que as mulheres, pois apenas 26% recebem salários mais altos.

Há correlação significativa entre o sexo e a categoria profissional dos sujeitos ($p=0,000$), o tipo de especialização ($p=0,000$) e jornada de trabalho ($p=0,019$).

Entre os entrevistados do sexo feminino 36 (55%) são psicólogas, 9 (14%) são terapeutas ocupacionais, 5 (8%) são enfermeiras, (3) 5% são médicas e (12) 18% são de outras categorias profissionais (6% assistentes sociais; 5% farmacêuticos; 2,5% arte-educadoras; 1% fonoaudióloga, 1% professora-magistério).

Entre o sexo masculino 9 (69%) médicos, 2 (15%) psicólogos, 1 (8%) enfermeiro e 1 sujeito (8%) é de farmacêutico (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre sexo e formação dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII.

| Sexo | | Médico | Enfermeiro | Psicólogo | TO | Outros | Total |
|-----------|---|--------|------------|-----------|----|--------|-------|
| Feminino | N | 3 | 5 | 36 | 9 | 12 | 65 |
| | % | 5 | 8 | 55 | 14 | 18 | 100 |
| Masculino | N | 9 | 1 | 2 | 0 | 1 | 13 |
| | % | 69 | 8 | 15 | 0 | 8 | 100 |
| Total | N | 12 | 6 | 38 | 9 | 13 | 78 |
| | % | 15 | 8 | 49 | 12 | 17 | 100 |

Na Tabela 5, observa-se que 55% dos sujeitos do sexo feminino entrevistados frequentaram cursos de especialização em outra área e apenas 15% fazia especialização em saúde mental. Entre os sujeitos do sexo masculino entrevistados, 77% são especializados em saúde mental e 23% em outra área.

Tabela 5 – Associação entre sexo e especialização dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII.

| Sexo | | Saúde Mental | Outra Área | Não tem | Total |
|-----------|---|--------------|------------|---------|-------|
| Feminino | N | 10 | 36 | 19 | 65 |
| | % | 15 | 55 | 29 | 100 |
| Masculino | N | 10 | 3 | 0 | 13 |
| | % | 77 | 23 | 0 | 100 |
| Total | N | 20 | 39 | 19 | 78 |
| | % | 26 | 50 | 24 | 100 |

No teste exato de Fisher evidenciou-se que é significativa a associação entre a frequência dos sujeitos nos grupos etários conforme o tempo de formado ($p=0,000$), tempo de trabalho na área ($p=0,000$), tempo na instituição ($p=0,000$) e faixa salarial ($p=0,040$).

Ao analisar os dados, de acordo com o grupo etário e o tempo de atuação na área 68% dos sujeitos trabalham há menos de 10 anos (Tabela 6). Em relação ao tempo na instituição aproximadamente 59% dos sujeitos trabalham há menos de 6 anos (Tabela 7). Observa-se que 100% dos sujeitos até 29 anos trabalham na área de saúde mental até 4 anos, 64% entre 30 e 39 anos trabalham na área entre 5 e 9 anos e 62% entre 40 e 49 anos atuam há 10 e 19 anos.

Esta correlação também se evidencia em relação ao grupo etário e ao tempo de trabalho na instituição, pois 67% dos sujeitos até 29 anos trabalham há menos de 1 ano, entre 30 a 39 anos 56% trabalham há 6 anos ou mais e entre os sujeitos de 40 a 49 anos 62% há 6 anos ou mais.

Tabela 6 – Associação entre o tempo de trabalho na área e grupo etário dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII.

| Grupo etário | | Tempo de trabalho na área (anos) | | | | Total |
|--------------|---|----------------------------------|-------|---------|------------|-------|
| | | Até 4 | 5 a 9 | 10 a 19 | 20 ou mais | |
| Até 29 | N | 21 | 0 | 0 | 0 | 21 |
| | % | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| 30 a 39 | N | 5 | 16 | 4 | 0 | 25 |
| | % | 20 | 64 | 16 | 0 | 100 |
| 40 a 49 | N | 3 | 2 | 13 | 3 | 21 |
| | % | 14 | 10 | 62 | 14 | 100 |
| 50 e + | N | 3 | 3 | 3 | 2 | 11 |
| | % | 27 | 27 | 27 | 18 | 100 |
| Total | N | 32 | 21 | 20 | 5 | 78 |
| | % | 41 | 27 | 26 | 6 | 100 |

Tabela 7 – Associação entre o tempo de trabalho na instituição e grupo etário dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII.

| Grupo etário | | Tempo trabalho na instituição (anos) | | | Total |
|--------------|---|--------------------------------------|-------|-----------|-------|
| | | Até 1 | 2 a 5 | 6 ou mais | |
| Até 29 | N | 14 | 7 | 0 | 21 |
| | % | 67 | 33 | 0 | 100 |
| 30 a 39 | N | 3 | 8 | 14 | 25 |
| | % | 12 | 32 | 56 | 100 |
| 40 a 49 | N | 2 | 6 | 13 | 21 |
| | % | 10 | 29 | 62 | 100 |
| 50 e + | N | 2 | 4 | 5 | 11 |
| | % | 18 | 36 | 46 | 100 |
| Total | N | 21 | 25 | 32 | 78 |
| | % | 27 | 32 | 41 | 100 |

Ao analisar o tipo de formação acadêmica dos profissionais observou-se que há correlação significativa com o tipo de especialização ($p=0,000$), a jornada de trabalho ($p=0,000$) e a atuação da enfermagem ($p=0,014$).

Há predomínio de recursos humanos especializados na área médica, pois 92% deles têm especialização em saúde mental. Entre os psicólogos especializados, 13% são em saúde mental, entre os terapeutas ocupacionais 22%. No total, somente vinte (26%) sujeitos referem ter especialização em saúde mental.

Oito dos doze médicos entrevistados (67%) trabalham menos de 20 horas/semana na instituição e nenhum trabalha mais de 30 horas. Ao contrário, 67% dos enfermeiros trabalham 30 horas/semana ou mais. Entre os psicólogos 68% trabalham 20 horas/semana e 26% trabalham 30 horas ou mais. Verificou-se que no geral, 64% dos profissionais entrevistados trabalham 20 horas/semana no serviço ou mais e 36% trabalham 30 horas ou mais por semana.

Tabela 8 – Distribuição da associação entre a formação profissional e a jornada de trabalho dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII.

| Formação | | Jornada (horas/semana) | | | | Total |
|------------|---|---------------------------|----|----|------------|-------|
| | | Menos de 20 | 20 | 30 | 30 ou mais | |
| Médico | N | 8 | 3 | 1 | 0 | 12 |
| | % | 67 | 25 | 8 | 0 | 100 |
| Enfermeiro | N | 0 | 2 | 3 | 1 | 6 |
| | % | 0 | 33 | 50 | 17 | 100 |
| Psicólogo | N | 2 | 26 | 2 | 8 | 38 |
| | % | 5 | 69 | 5 | 21 | 100 |
| TO | N | 2 | 4 | 2 | 1 | 9 |
| | % | 22 | 44 | 22 | 11 | 100 |
| Outros | N | 2 | 1 | 5 | 5 | 13 |
| | % | 16 | 8 | 38 | 38 | 100 |
| TOTAL | N | 14 | 36 | 13 | 15 | 78 |
| | % | 18 | 46 | 17 | 19 | 100 |

Chama a atenção que 72% dos profissionais com jornada de 20 horas consideram que a estrutura de relações da equipe é pouco adequada, 28% consideram totalmente adequada. Dos profissionais com jornada de 30 horas 85% consideram que a estrutura de relações da equipe é pouco adequada, 15% consideram totalmente adequada. No total, 64% consideram que a estrutura de relações da equipe é pouco adequada. Por outro lado, 35% consideram esta mesma estrutura “totalmente” adequada.

5.2 – Caracterização da composição das equipes dos ambulatórios de saúde mental do DRS XIII

Ao analisar a composição das equipes dos ambulatórios de saúde mental em relação ao tipo de especialização observou-se significância no teste exato de Fisher segundo a faixa salarial ($p=0,04$), a jornada de trabalho ($p=0,019$) e a atuação da enfermagem ($p=0,049$).

Na tabela 9, observa-se que dos profissionais que frequentaram cursos de especialização em saúde mental 55% concentram ganhos salariais até 1999 reais, 30% 2000-2999 reais e

apenas 15% 3000 reais ou mais. Porém, dos profissionais que realizaram outro tipo de especialização 79% concentram ganhos salariais até 1999 reais e entre os profissionais que não frequentaram curso de especialização 63% concentram ganhos salariais até 1999 reais.

Tabela 9 – Tipo de especialização e a faixa salarial dos profissionais nos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII.

| Tipo especialização | | Faixa salarial (reais) | | | Total |
|---------------------|---|-------------------------|-------------|--------------|-------|
| | | Até 1999 | 2000 a 2999 | 3000 ou mais | |
| Saúde Mental | N | 11 | 6 | 3 | 20 |
| | % | 55 | 30 | 15 | 100 |
| Outra | N | 31 | 8 | 0 | 39 |
| | % | 70 | 21 | 0 | 100 |
| Não tem | N | 12 | 7 | 0 | 19 |
| | % | 63 | 37 | 0 | 100 |
| Total | N | 54 | 21 | 3 | 78 |
| | % | 69 | 27 | 4 | 100 |

Cruzando-se os dados do tipo de especialização e a jornada de trabalho dos profissionais observa-se que dos profissionais entrevistados com especialização em saúde mental 40% tem jornada de menos 20 horas/semana e 10% mais que 30 horas.

Ressalta-se que 59% profissionais com outro tipo de especialização têm jornada de 20 horas/semana e dos profissionais sem especialização 32% têm jornada de 20 horas/semana. No total 64% dos profissionais têm jornada de 20 horas ou menos por semana.

Os sujeitos desta pesquisa foram solicitados a opinar sobre a atuação do enfermeiro nestes serviços e observou-se que 58% dos médicos não consideram a atuação da enfermagem em saúde mental satisfatória. Porém, 42% dos médicos, 99% dos enfermeiros, 74% psicólogos, 89% terapeutas ocupacionais e 92% de outras categorias profissionais consideram a atuação da enfermagem satisfatória. Vale ressaltar que existem 4 dos 10 ambulatórios que não possuem enfermeiros em seu quadro de recursos humanos.

A maioria dos profissionais que já realizaram algum tipo de especialização considera a atuação da enfermagem satisfatória. Entre os profissionais com especialização em saúde mental há duas opiniões significativas: 45% consideram a atuação da enfermagem satisfatória e 40% não satisfatória. Dos profissionais com outro tipo de especialização 59% consideram satisfatória, 31% consideram parcialmente satisfatória a atuação da enfermagem.

5.3 – Ações desenvolvidas pelos profissionais dos ambulatórios de saúde mental do DRS XIII

Entre as atividades realizadas pelos profissionais dos ambulatórios de saúde mental do DRS XIII observa-se que alguns dos tipos de cuidados de enfermagem realizados se distribuem conforme a tabela a seguir.

Tabela 10 – Tipo de cuidados de enfermagem realizados pelos profissionais das equipes de saúde mental dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII.

| Cuidados de enfermagem | Sim | | Não | | Total |
|----------------------------|-----|----|-----|----|-------|
| | N | % | N | % | N |
| Administração de medicação | 11 | 14 | 67 | 86 | 78 |
| Cuidados físicos | 15 | 19 | 63 | 81 | 78 |
| Conforto | 21 | 27 | 57 | 73 | 78 |
| Sinais vitais | 7 | 9 | 71 | 91 | 78 |
| Sono | 4 | 5 | 74 | 95 | 78 |
| Recreação | 15 | 19 | 63 | 81 | 78 |
| Observação | 36 | 46 | 42 | 54 | 78 |
| Anotação | 53 | 68 | 25 | 31 | 78 |
| Interações terapêuticas | 45 | 58 | 33 | 42 | 78 |
| Atendimento ao familiar | 49 | 63 | 29 | 37 | 78 |

Há 4 cidades que não incluem enfermeiros em seu quadro de profissionais. Ainda assim, há prática dos cuidados de enfermagem pelos demais profissionais: 11 realizam administração de medicação, 15 cuidados físicos, 21 conforto, 7 sinais vitais, 53 anotações, 36 observações e 45 realizam interações terapêuticas - fatos que denotam inversão de papéis.

Quarenta e nove (63%) referem que fazem atendimento familiar sendo que a maioria realiza este atendimento sozinho e com outro profissional (10% médico, 22% enfermeiro, 37% psicólogo, 23% terapeuta ocupacional, 33% outras categorias).

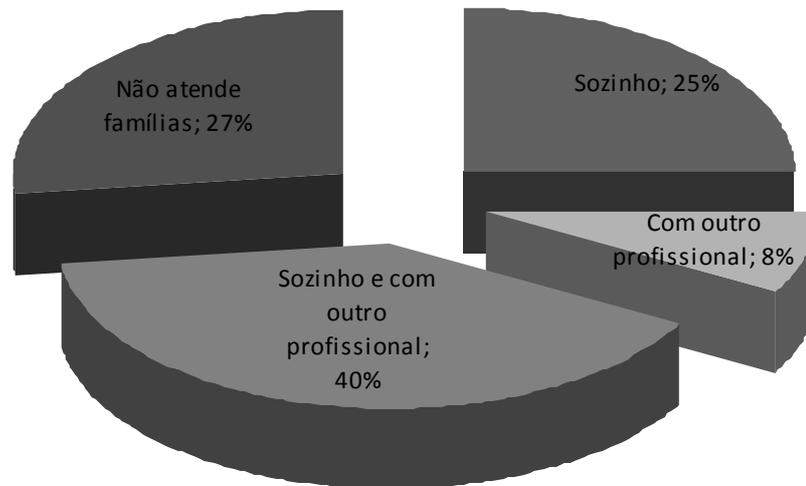


Gráfico 1 – Distribuição da forma como os profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII atendem famílias.

O teste exato de Fisher evidenciou significância na associação entre a formação acadêmica e o tipo de atendimento familiar à grupo de famílias ($p=0,029$) ou a um familiar por vez ($p=0,036$). Não há significância segundo o tipo de atendimento a uma família ($p=0,062$). Observou-se que 67% realizam atendimento a um familiar: 17% médicos, 26% psicólogos, 54% outras categorias.

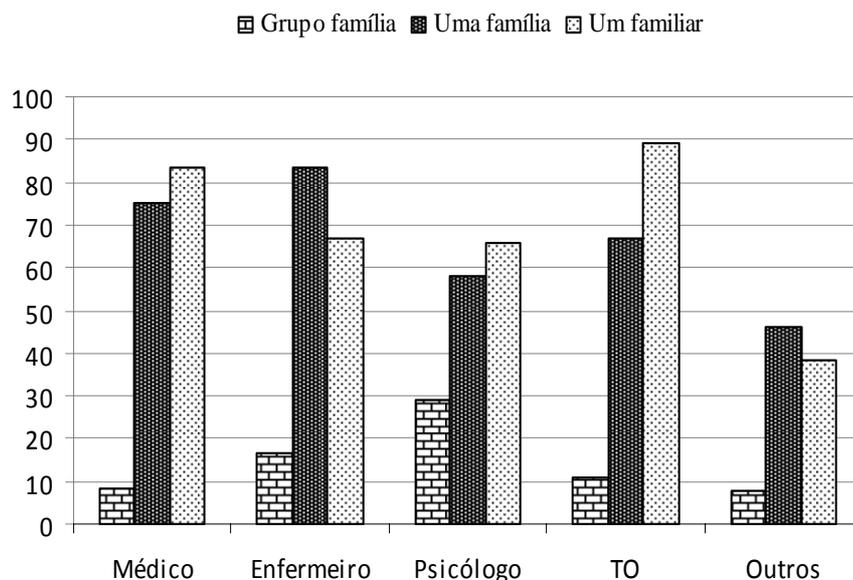


Gráfico 2 – Distribuição do atendimento ao familiar realizado pelos profissionais de diferentes categorias dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII.

Observou-se que 83% dos médicos, 67% dos enfermeiros, 66% dos psicólogos, 89% dos terapeutas ocupacionais realizam atendimento a um familiar de cada vez. Por outro lado, 55% dos profissionais não atendem grupos de famílias sendo 75% dos médicos entrevistados, 83% enfermeiros, 42% psicólogos, 89% terapeutas ocupacionais. O atendimento a uma família é realizado por 75% dos médicos, 83% dos enfermeiros, 58% dos psicólogos e 67% dos terapeutas ocupacionais.

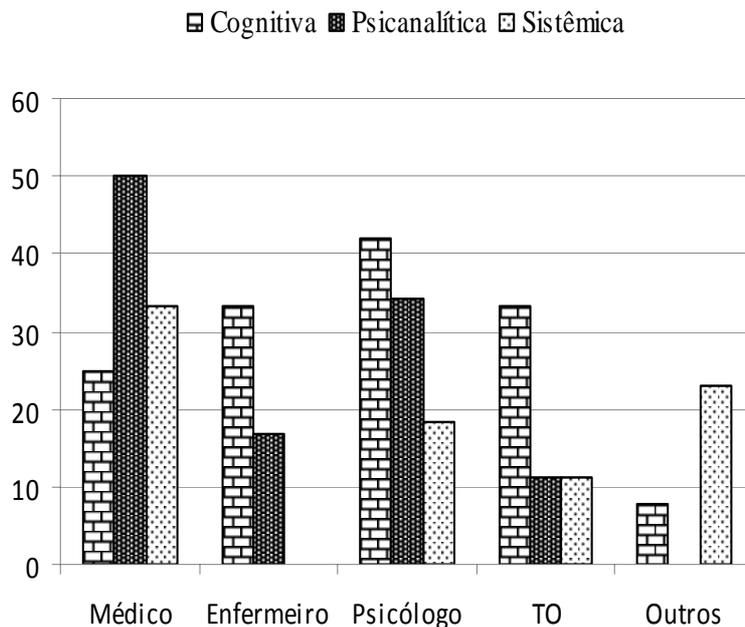


Gráfico 3 – Abordagem utilizada pelos profissionais dos ambulatórios de saúde mental do DRS XIII no atendimento ao familiar.

Chama à atenção a escolha da abordagem utilizada para atendimento familiar. Observou-se que 25% dos médicos, 33% dos enfermeiros, 42% dos psicólogos, 33% dos terapeutas ocupacionais e 8% entre as outras categorias referem utilizar abordagem cognitiva no atendimento familiar. Além disso, 50% dos médicos, 17% dos enfermeiros, 34% dos psicólogos, 11% dos terapeutas ocupacionais e nenhum profissional entre as outras categorias referem utilizar abordagem psicanalítica no atendimento familiar.

Observou-se que 33% dos médicos, nenhum dos enfermeiros, 18% dos psicólogos, 11% dos terapeutas ocupacionais e 23% entre as outras categorias referem utilizar abordagem sistêmica no atendimento familiar. Portanto, no geral, observou-se que 32% dos profissionais referem utilizar abordagem cognitiva, 27% abordagem psicanalítica e 19% dos profissionais referem utilizar abordagem sistêmica no atendimento familiar.

Tabela 11 – Formação acadêmica e o registro de observação sobre o paciente segundo os profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII.

| Formação dos profissionais | | Registro de observação | | Total |
|------------------------------|---|------------------------|-----|-------|
| | | Sim | Não | |
| Médico | N | 11 | 1 | 12 |
| | % | 92 | 8 | |
| Enfermeiro | N | 6 | 0 | 6 |
| | % | 100 | 0 | |
| Psicólogo | N | 19 | 19 | 38 |
| | % | 50 | 50 | |
| Terapeuta ocupacional | N | 1 | 8 | 9 |
| | % | 11 | 89 | |
| Outros | N | 6 | 7 | 13 |
| | % | 46 | 54 | |
| Total | N | 43 | 35 | 78 |

Observou-se que 92% dos médicos entrevistados, todos os enfermeiros, 50% dos psicólogos, 11% dos terapeutas ocupacionais, 46% dos profissionais de outras categorias fazem registros das observações sobre os pacientes durante a interação.

Apesar de não haver associação significativa entre as variáveis formação acadêmica e registro de observação após contato ($p=0,081$) observou-se que 88% dos profissionais referem realizar tal atividade (67% médicos, 100% enfermeiros, 95% psicólogos, 89% terapeutas ocupacionais, 85% outras categorias).

Observou-se que 75% dos médicos entrevistados, 33% dos enfermeiros, 68% dos psicólogos, todos os terapeutas ocupacionais (100%) e 46% das outras categorias referem promoverem ações visando autonomia do paciente durante toda a permanência do paciente na instituição. Ou seja, a maioria dos profissionais entrevistados refere promover ações visando a autonomia do paciente durante toda permanência dele na instituição.

5.4 - Opinião dos profissionais sobre políticas, práticas e formação

De acordo com os dados obtidos nas entrevistas com os profissionais dos ambulatórios do DRS XIII, cinquenta e cinco (71%) profissionais consideram que sua instituição segue parcialmente a Política Nacional de saúde mental. Sessenta e dois (79%) apontam as dificuldades políticas como principais na área de saúde mental.

A estrutura de relações da equipe é considerada totalmente adequada para 35% dos profissionais e pouco adequada para 64% dos profissionais.

A falha na formação profissional é evidenciada por 45% dos profissionais e o PTI do seu serviço atende parcialmente a demanda do paciente para trinta e oito (49%) e não atende a

demanda do paciente para 34% dos profissionais. A atuação da enfermagem é satisfatória para 50% dos entrevistados.

Tabela 12 – Opinião dos profissionais dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII sobre as políticas, práticas e formação na psiquiatria.

| Opinião dos profissionais | N | % |
|--|----------|----------|
| Política Nacional de Saúde Mental | | |
| Parcialmente | 55 | 71 |
| Totalmente | 23 | 29 |
| Estrutura de relações | | |
| Total | 27 | 35 |
| Pouca | 50 | 64 |
| Inexistente | 1 | 1 |
| Atuação satisfatória da enfermagem | | |
| Sim | 39 | 50 |
| Parcial | 20 | 26 |
| Não | 19 | 24 |
| Falha na formação profissional | | |
| Sim | 35 | 45 |
| Parcial | 26 | 33 |
| Não | 17 | 22 |
| Projeto terapêutico individualizado (PTI) | | |
| Sim | 13 | 17 |
| Não | 27 | 34 |
| Parcial | 38 | 49 |

Nas tabelas 13 e 14 observa-se a percepção dos profissionais sobre a estrutura de relações da equipe e a percepção sobre o PTI, segundo as cidades da amostra estudada. Observou-se que poucos serviços consideram que o PTI atende a demanda dos pacientes e as opiniões entre os profissionais do mesmo serviço são divergentes.

Tabela 13 – Percepção dos sujeitos sobre a adequação das relações entre os profissionais, segundo os serviços de saúde mental do DRSXIII.

| Adequação X Município | Batatais | Cajuru | Cravinhos | Jaboticabal | Jardinópolis | Monte Alto | Pitangueiras | Pontal | Serrana | Sertãozinho |
|------------------------------|-----------------|---------------|------------------|--------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------|----------------|--------------------|
| Total (%) | 60 | 25 | - | 33 | 50 | 18 | 20 | 33 | 42 | 70 |
| Pouca (%) | 40 | 75 | 100 | 50 | 50 | 82 | 80 | 67 | 58 | 30 |
| Inexistente (%) | - | - | - | 17 | - | - | - | - | - | - |

Tabela 14 – O Projeto Terapêutico Individualizado, segundo a percepção dos profissionais dos serviços de saúde mental do DRSXIII.

| PTI X Município | Batatais | Cajuru | Cravinhos | Jaboticabal | Jardinópolis | Monte Alto | Pitangueiras | Pontal | Serrana | Sertãozinho |
|-----------------|----------|--------|-----------|-------------|--------------|------------|--------------|--------|---------|-------------|
| Sim (%) | - | 25 | - | - | - | 27 | 20 | - | 33 | 20 |
| Parcial (%) | 40 | 37,5 | 33 | 50 | 25 | 45 | 40 | 84 | 50 | 70 |
| Não (%) | 60 | 37,5 | 67 | 50 | 75 | 27 | 40 | 17 | 17 | 10 |

O teste exato de Fisher encontrou significância na associação entre a estrutura de relações e o PTI ($p=0,021$) e a atuação da enfermagem ($p=0,008$) e, entre a atuação da enfermagem e o PTI ($p=0,020$).

Verificou-se que 41% dos profissionais que consideram a estrutura de relações da equipe totalmente adequada consideram que o PTI atende parcialmente a demanda do paciente e 38% consideram que não atende a demanda do paciente.

Observou-se que 74% dos profissionais que consideram a estrutura de relações da equipe totalmente adequada também consideram a atuação da enfermagem satisfatória. Observou-se que 38% dos profissionais que consideram a estrutura de relações da equipe pouco adequada também consideram a atuação da enfermagem satisfatória. Do total, 50% dos profissionais consideram a atuação da enfermagem satisfatória, 26% parcialmente satisfatória e 24% não satisfatória.

Observou-se que 56% dos sujeitos que definem a atuação da enfermagem satisfatória também consideram que o PTI do seu serviço atende parcialmente a demanda do paciente e 26% consideram que atende totalmente a demanda do paciente. Já 45% dos sujeitos que definem a atuação da enfermagem parcialmente satisfatória consideram que o PTI atende parcialmente a demanda do paciente.

As respostas dos sujeitos desta pesquisa às questões sobre a Política Nacional de Saúde Mental, dificuldades na área de saúde mental, estrutura das relações de trabalho, atuação da enfermagem no serviço, falha na formação profissional e elaboração do PTI foram submetidos à análise de conteúdo temático.

- **Política Nacional de Saúde Mental**

Os profissionais relataram informações desencontradas e pouco claras sobre o histórico e os principais conceitos da reforma psiquiátrica e das leis atuais que regem a Política Nacional de Saúde Mental. Parecem não ter acesso apesar da facilidade em obter informações na atualidade. Em muitos relatos, observa-se que a Política Nacional de saúde mental se confunde com normas e regulamentos burocráticos que o serviço deve seguir conforme se observa nos relatos abaixo:

“Eu acredito que segue totalmente em função dos protocolos obedecidos, que vão desde o acolhimento do paciente até a alta do serviço. E nesse intervalo existem as oficinas, os grupos, a ressocialização, planos de medicamentos, os grupos de família. Então eu sigo o que propõe a Política de saúde mental, o serviço segue adequadamente”. (ASM9-S3)

“Como eu disse, a gente não tem um CAPS aqui implantado. O serviço ainda gira em torno da questão do medicamento apenas: o paciente vem e é consultado. O conhecimento que eu tenho aqui é que as pessoas conversam e perguntam, é uma consulta é uma assistência, mas não é feito um trabalho de oficina, terapêutico mesmo com esses pacientes pra que eles possam ter uma produção, ter uma... ter alguma coisa de diferente... Apenas a medicação, e aí que está a lesão da política nacional de saúde mental que rege a questão de desenvolver um trabalho de reinserção dessa pessoa na sociedade”. (ASM4 –S3)

“Eu acho que está dentro do esperado que nós estamos trabalhando pelo bem estar das pessoas e nós estamos também em contato com as várias equipes da rede de saúde, tem o nutricionista, o neurologista e o ser humano ele é um todo e não partes. Eu acho que estamos sim trabalhando em função da saúde mesmo como um todo não em parte como já falei aqui”. (ASM1-S5)

“Parcialmente, agora eu não saberia descrever a que ponto segue atualmente eu não sei quais são as políticas nacionais. No básico, de atender o paciente, de procurar acompanhar, de oferecer a medicação, de oferecer atendimento, mas as diretrizes de fato não sei nem se está seguindo”. (ASM7 –S3)

“Parcialmente, por questões políticas que envolvem a colocação do pessoal que não é adequado para o setor por apadrinhamento político e aí enterra. Muda muito a situação; gente que entra e gente que sai e é importante, eu acho, o pessoal, principalmente da recepção, ter um vínculo com o pessoal que vem aqui porque esse pessoal muitas vezes vem aqui há 10 anos há 15 anos. Então isso eu acho extremamente complicado e descaracteriza identidade do setor, a meu ver. E acho também que esse fato de não ter assistência depois das 17 horas complica porque a Santa Casa aqui não tem estrutura para atender nem casos de corte, machucadinho simples, para atendimento de recepção e encaminhamento quanto mais os pacientes daqui”. (ASM8-S4)

- **Dificuldades na área de saúde mental**

Observou-se falta de informações precisas sobre qual seja o funcionamento ideal de um ambulatório e sua articulação com a rede de serviços, pois este se configurou como um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde ocorrendo crises no seu funcionamento, listas de espera extensas e frequente rodízio de profissionais devido aos

baixos salários, o que dificulta seu vínculo com o serviço. Encontrou-se relatos de situações que denotam “esquemas” fora dos padrões de funcionamento desses ambulatórios.

“Dificuldades políticas porque uma série de medidas que poderiam ser feitas para melhorar a qualidade do serviço são solicitadas e não são atendidas. Tem preconceito com o ambulatório e a gente não consegue ajuda para poder funcionar de um jeito melhor”. (ASM1 –S3)

“Dificuldades políticas. Cada vez que muda o prefeito e o secretário da saúde muda tudo e a gente fica sem saber o que vai ser por que aí vem e muda a coordenação”. (ASM7 – S3)

“Na outra administração, simplesmente pegava o paciente, dava medicamento e levava ele para clínica, sem nenhum critério, sem nenhuma base e está sendo difícil quebrar essa cultura que virou uma cultura municipal de internação, de dependência sem o menor critério e sem o menor respaldo científico. Então isso está difícil, mas é possível. Faz nove meses que a gente está tentando e ainda vai demandar um bom tempo até que se quebre essa crença popular que foi criada pelo ambulatório. Ela tem pouca estrutura justamente por essa transição de quebra de paradigmas porque os profissionais se acostumaram tanto em internarem as pessoas de maneira aleatória, sem ao menos passar pelo psiquiatra, simplesmente chegava, a assistente social internava e não tinha nenhuma base científica nenhum critério (...) era uma clínica particular. Foi assim. Isso está me dando problemas até hoje. Desde janeiro, a assistente social, por incrível que pareça, estabeleceu a internação compulsória, era feita de maneira aleatória. A mãe vinha aqui falava olha meu filho está dando problema, a assistente social pegava o carro da prefeitura, motorista da prefeitura, o auxiliar de enfermagem, dava uma injeção, que até hoje nós não sabemos quem manipulava isso e desacordavam, quando não queriam ir buscar à força, na própria casa dele, colocava no carro e levava para clínica”. (ASM6-S4)

“Eu acredito que é uma falha. Aí eu chamo pra mim essa responsabilidade. Se tivesse reuniões semanais de discussão de caso, mas ela precisava, no caso de ser discussão de caso, ser coordenada por um psiquiatra e como agente tem nossos psiquiatras, são dois, eles vêm de Ribeirão Preto eles vêm especificamente pra atender os pacientes e como o volume acaba ficando grande por causa de uma agenda restrita a dias específicos eles não têm tempo de discussão. Esse tempo da discussão poderia economizar em medicação, poderia economizar tempo de tratamento e, principalmente, resolução dos casos nos casos que poderiam ter resultados mais rápidos do que uma consulta e medica, consulta médica. Eu realmente sou crítico da medicalização por que se não daqui a pouco nos estamos usando nossa caixa d’água e basicamente colocando uma torneirinha pra cada tipo de paciente. Eu acho assim se a gente permanecer com esse paciente mais tempo envolve o paciente com todas as especialidades que a gente tem disponível, principalmente com oficinas aqui dentro do nosso ambulatório, os resultados são outros. Eu tenho percebido isso nas triagens. Há um tempo atrás, pelo menos a uns dois anos, eu peguei pra mim a responsabilidade da triagem. Se eu faço uma triagem mais demorada, eu posso não ter uma formação acadêmica na área da psiquiatria, então eu não faço uma triagem acadêmica mas que pelo menos esse acolhimento dê ao paciente segurança de que aqui a gente pode resolver o problema dele. Pronto eu já tenho um ganho enorme. Porque aí ele vai voltar, ele vai se comprometer a vir no horário certo, na hora certa e o resultado final desse tratamento vai ser melhor”. (ASM2 – S1)

“Eu acho que vem desde a contratação, desde a seleção. Eu acredito muito na questão da seleção de quem tem perfil para entrar naquele lugar. E aí, como as contratações são feitas de forma assim: concursos que você presta e não sabe para aonde você vai e realmente não... não seleciona para aquilo que você precisa. Esse é o primeiro ponto. Essa é uma das coisas que a gente tem conversado, de como fazer uma seleção específica

pra aquilo que a gente precisa. Agora, como coordenador, eu posso até falar sobre isso, antes não (...) Causa conflito porque tem uns que vem com um perfil de, por exemplo, de trabalhar em CAPS. Têm outros que vem com o perfil de trabalhar na atenção básica. Têm outros que vem com perfil de trabalhar na questão na área assistencialista, entendeu? E aí vira um choque, porque qual é o sentido do ambulatório?”. (ASM9 – S1)

- **Estrutura das relações de trabalho**

Observou-se que a estrutura das relações é entendida por acolhimento e acompanhamento do paciente e possibilidade de encaminhamento dentro do serviço. O vínculo e a “amizade” entre os profissionais também é citado como fator estruturante das relações de trabalho. Entretanto, as concepções sobre o trabalho de equipe e construção de um Projeto Terapêutico Individualizado para o paciente não parece ser o foco dos sujeitos entrevistados. Realizam seu trabalho isoladamente baseados em diferentes posições teóricas, independentemente um do outro. As relações interpessoais das equipes são consideradas adequadas pelos sujeitos, entretanto, justificam que há poucas discussões e confronto de ideias entre os profissionais. Os profissionais que consideram a estrutura das relações totalmente adequadas tinham formas diferentes e nem sempre bem formuladas de expressar sua opinião.

“Apesar das fofocas e dos conflitos de relacionamento, que eu acho que são comuns e inerentes ao ser humano, a gente se dá muito bem. Eu vejo as pessoas trabalharem satisfeitas. Eu vejo as pessoas alegres. A gente mantém um nível de conversa, às vezes até íntima. Então, tem um vínculo afetivo entre as pessoas. É muito difícil alguém se afastar por doença, por problemas pessoais, por problemas, por brigas, eu nunca vi. Tem uns conflitos sim. A gente tem aí as questões pessoais que eu acho que, se não tivesse não seria normal. Isso é inerente ao ser humano, mas é uma coisa saudável, uma coisa que se resolve, não fica aquela bola de neve, não cria maiores conflitos, não tem escândalos, não tem dificuldades maiores. Então, eu vejo como adequada e saudável”. (ASM1 – S2)

“Desde a chegada do paciente no serviço ele já está sendo acolhido na entrada e os demais que forem necessários para ele. Com os profissionais é ótima a interação tanto a nível de amizade e como profissionalismo”. (ASM1 – S5)

“Eu acho que é adequada no sentido que todo mundo coopera um com o outro. As relações são amigáveis. A gente se procura para conversar sobre algum caso, para pedir opinião, para pedir apoio a algum paciente, pedir uma frequência maior de atendimento. Isso, todo mundo tem liberdade para fazer. Se for considerar a possibilidade de reuniões de equipe a gente já tem menos pela própria questão do tempo. É complicado para todo mundo, mas a gente faz isso também. Como eu acho que a falta de reunião de equipe não atrapalha no funcionamento geral da equipe, então para mim está satisfatório” (ASM1 – S3).

“É adequada, mas tem algumas deficiências. Primeiro é o trabalho da equipe médica. Muitas vezes tem a dificuldade nas reuniões da equipe, que normalmente não se resolve nada. Acredito que há uma falha na coordenação né... Normalmente, os coordenadores têm que tomar umas atitudes que normalmente não tomam.

O coordenador não pode ficar em cima do muro. Acho que a maior falha que tem no serviço é a coordenação”.
(ASM 9- S2)

- **Atuação da enfermagem no serviço**

Dos 10 serviços 4 não possuem enfermeiros nas equipes. Este fato dificulta a articulação da equipe e a definição clara dos papéis que estes profissionais podem desempenhar nos serviços de saúde mental. Assim, muitos consideraram a atuação da enfermagem em saúde mental insatisfatória conforme relatos abaixo:

“Não, porque não há no nosso serviço atuação da enfermagem. Então eu considero bastante negativo porque seria uma parte da rede que está faltando que está falho no nosso ambulatório porque não tem”.
(ASM2-S5)

“Sim, praticamente na atualidade as enfermeiras atuam como elo de ligação entre os demais profissionais do nosso serviço. Talvez por que ela é uma das mais antigas e ela trabalha nesse intermédio entre os diferentes setores”. (ASM7-S10)

“Coloquei parcialmente porque a gente não tem enfermeiro em tempo integral. Geralmente ela fica no período da manhã e a tarde, às vezes, tem uma auxiliar de enfermagem. Mas agora ela está de férias então a gente fica sem. Tanto é que medicamento aqui no ambulatório, eu não sei, preciso ver isso, mas não é feito geralmente é no postão que é o Centro de Saúde 2. Se eu não me engano, tem uns medicamentos aqui, mas eu acho que a maioria é feito lá um caso ou outro é feito aqui”. (ASM8-S2)

“Parcialmente, porque nós só temos uma enfermeira aqui, padrão e formada. Então, ela fica meio período. A gente tinha outra enfermeira técnica aqui que auxiliava bastante inclusive porque ela trabalhava desde a abertura do serviço então ela conhecia bem os casos. Às vezes, o pessoal chegava aqui bem complicado ou até em surto mesmo e ela já sabia qual medicação precisava o que tinha então tinha um atendimento mais. Mas por questões políticas também, ela foi para outro setor. Então falta parte de enfermagem aqui. Ela estava aqui desde a abertura do ambulatório. Acho que foi em 90 e pouco, nem lembro mais, quer dizer, ela passou por várias gestões, mas nessa gestão foi afastada. Complicado. E não trocou de prefeito imagina se fosse outro”.
(ASM8-S4)

- **Falha na formação profissional**

Esta questão suscitou diferentes respostas, de acordo com a categoria profissional. Alguns acreditam que a formação cumpriu seu papel, mas a maioria refere sentir falha em sua formação para exercer atividade na saúde mental. Muitos referiram que gostariam que cursos e atualizações fossem oferecidos pelo governo para auxiliar na reciclagem profissional, pois muitos profissionais “se acomodam”.

“Então, não. Eu não acho que seria falha. O que eu acho que acontece é que profissionais deixam, se acomodam então, não buscam atualização, não busca aperfeiçoamento mesmo que seja de maneira autodidata porque, às vezes, a gente sabe que salário é baixo e não tem como ficar fazendo curso, especializações, Tempo

também é muito apertado. Então eu acho que aí vai de profissional para profissional tem alguns que se acomodam e não vão atrás de novos conhecimentos”. (ASM1-S4)

“Não, eu não acho que há falha na formação, mas eu acho que eles deveriam oferecer mais cursos pra gente. Que nem o que agente ganha na prefeitura às vezes o que agente ganha na prefeitura não dá pra pagar pra fazer um curso. Ou você se mantém ou você paga um curso. Então às vezes o Estado, não sei quem, ou a prefeitura fornecesse mais cursos pra gente eu acho que seria bem melhor”. (ASM2 –S2)

“Sim, principalmente quando se trata do profissional que trabalha no serviço público. Eu acho que é quase inexistente. Pelo menos quando eu me formei eu senti muita dificuldade pra vir trabalhar no serviço público. A gente tem uma preparação pra trabalhar com clínica particular. Daí quando a gente cai no serviço público, a gente vê que é completamente diferente, o tempo diferente, demanda diferente, o tipo de paciente que chega é diferente. Aí a gente tem que aprender sozinha. Você aprende na prática, você vai procurar cursos por conta própria pra poder da conta de trabalha no serviço público. Então eu acho que falta bastante, assim, ter esse foco na faculdade”. (ASM4-S2)

“Eu acho que tanto o apoio político para gente conseguir coisas. Então, por exemplo, eu estava sem mesa, eu estou sem mesa até agora. Então a mesa que tem na minha sala eu fui catando. Eu atendo grupo e um grupo com uma mesa pequena não dá. Então eu peguei outra mesa que tinha por aqui, que eu acho que era da enfermagem, e coloquei junto e mesmo quando a gente pede não vem. Em questão assim, por exemplo, de cursos para gente fazer, capacitações também em saúde mental, eu não vi. Eu já fiz um na DIR de acolhimento que eu achei super legal, mas também não tem integração com as outras unidades. Então também não tem muito isso e a gente fica bem isolado. Então eles encaminham e a gente não tem muito acesso quando eu passava nos PSF eu até tinha esse acesso, mas agora não. Às vezes, eu até ligo se o paciente não está vindo, eu tento achar o agente comunitário, mas é uma coisa bem individualizada”. (ASM 8– S 2)

- **Elaboração do PTI**

Os profissionais relataram dificuldades em responder a esta pergunta alegando falta de conhecimento sobre como elaborar os Projetos Terapêuticos dos pacientes, nem sabem avaliar sua eficácia dentro do serviço pela equipe e sua potencialidade na reinserção social e atendimento da demanda do paciente conforme relatos abaixo:

“Integralmente não. A gente tem normas de atendimento aqui no serviço, mas o atendimento em si vai depender da demanda do paciente. Então cada profissional age da forma que ele acha mais adequada para aquele tipo de paciente”. ASM5 –S3)

“Na verdade, como eu falei, não tem um projeto. A gente não discute o caso, não planeja junto, a não ser, alguns pacientes que eu atendo e a psicóloga atende. Às vezes, a gente aquele paciente tal acho que seria interessante fazer isso, a gente dá uma discutida no caso, mas não tem o projeto que toda a equipe faça ou que participe. Muitas vezes, quando a gente tenta discutir o caso, a gente não tem retorno e isso é bastante frustrante. Aí você fica meio, mas a gente está tentando caminhar e agora começaram as reuniões, uma vez por mês, mas ótimo pelo menos está tendo uma vez por mês reunião porque antes não tinha. A gente está com alguns projetos. Então a gente começou a fazer uma biblioteca aqui para os pacientes poderem utilizar. Então tem doação de livros. Tem alguns projetinhos que a gente vai engatinhando”. (ASM 8–S2)

“Eu acho que tinha um jeito da gente ter bons projetos em relação a esses atendimentos. Eu falo de individual, mas a gente poderia até dividir em grupos para auxiliar na demanda senão fica muito emperrada. Fica sempre uma dependência política das coisas, pessoais, de interesse, mesmo profissional é complicado. Às vezes, tem aquela coisa do colega ser protegido politicamente. Dessa forma, nessa questão da municipalização, eu sempre torci pela municipalização tanto da saúde como da educação. Mas eu estou constatando que o povo não tem maturidade para isso. Eu acho que a gestão muito perto do foco distorce muito. Não sei se é porque eu também trabalho no estado, parece que as coisas mais longes têm um gerenciamento melhor e não tem tanto esse favoritismo político partidário. O município emperra demais a maioria das coisas. Estão sempre ligadas a favor político, a favor de voto, o voto de cabresto não é só no nordeste, tem em São Paulo e é pior do que lá porque lá é para comer aqui é para ganhar caixa de cerveja”. (ASM8-S4)

“Também parcialmente isso, mais uma vez porque, como médico, eu fico um pouquinho distante do restante da equipe. Então a minha participação envolve a conduta médica com o tratamento medicamentoso e também buscando as demais alternativas desse planejamento dessa programação”. (ASM8-S5)

6. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam que o espaço de cuidado ambulatorial, por privilegiar consultas embasadas no modelo curativo, contribui para que a medicalização se acentue como forma principal de tratamento, apesar de que os serviços sejam configurados por equipes de profissionais que deveriam estar atuando no sentido de evitar reinternações, bem como de estimular a socialização, a autonomia e o apoio de participação da família.

No modelo assistencial ambulatorial das cidades pertencentes ao DRS XIII observou-se funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde, listas de espera e crises no seu funcionamento. Os pacientes em crise aguda, portanto, ficam desamparados e referenciados para a internação, na cidade de Ribeirão Preto, esperando por vagas o dia todo, no ambulatório, em condições precárias ou em suas casas, sem supervisão.

Apesar de que nas últimas três décadas o movimento da Reforma Psiquiátrica conquistou mudanças profundas na atenção psiquiátrica, a superação do ‘hospitalocentrismo’ por uma rede de serviços de natureza comunitária e compreensiva ainda não alcança totalmente seu objetivo (Freitas, 1998).

A proposta do movimento da reforma psiquiátrica é transformar o conceito de doença mental e a construção de uma rede de novos serviços que sejam espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividade que sejam além de alternativos, substitutivos ao modelo terapêutico tradicional, mas que ofereçam um resultado de qualidade de vida muito melhor para os portadores de transtorno mental (Amarante, 1999).

O perfil dos profissionais do presente estudo aponta que a maioria dos profissionais tem diferentes formações acadêmicas, sendo 65 (83%) do sexo feminino (15% dos médicos, 49% dos psicólogos, 83% dos enfermeiros). Estes dados corroboram outros estudos desenvolvidos na área, onde a força de trabalho adulta é predominantemente feminina, havendo uma associação entre o trabalho feminino e o cuidado de saúde (Filizola, Milioni e Pavarini, 2008, Furegato et al, 2009).

Merece destaque a falta de enfermeiros nos ambulatórios de saúde mental do DRS XIII. Havia apenas 6 (8%) enfermeiros, pois 4 cidades não incluem esta categoria em seu quadro de profissionais. Ainda assim, a prática dos cuidados de enfermagem é exercida pelos demais profissionais: 11 realizam administração de medicação, 15 cuidados físicos, 21 conforto, 7 sinais vitais, 53 anotações, 36 observações e 45 realizam interações terapêuticas - fatos que denotam inversão de papéis e falta de articulação com a atenção primária. Profissionais de outras categorias alegaram que realizam tais cuidados devido à falta do

profissional de enfermagem. A questão que se coloca é a seguinte: Onde está a ética profissional? Se algo der errado quem responderá por isto?

Os enfermeiros entrevistados dos ambulatórios de saúde mental do DRS XIII relataram dificuldade em atender a demanda do referido ambulatório sem equipe de enfermagem e sem o trabalho da equipe multidisciplinar no cuidado ao portador de transtorno mental, o que dificulta a realização de atividades em grupo e visitas domiciliares.

Alguns gerentes referem que, quando há necessidade de algum cuidado de enfermagem, este é realizado por conta e risco do auxiliar de enfermagem ou o paciente é encaminhado ao posto de saúde ou ao pronto-socorro. Em cidade que também possui CAPS, a enfermeira é chamada para tal procedimento.

Ressalta-se que são cidades com mínimo de 20.000 habitantes e estes serviços são próximos em distância, o que não justifica a falta de contratação de profissionais desta área e sua específica importância no funcionamento de um ambulatório, bem como a realização de tais cuidados por profissionais sem formação específica.

A falta de contratação de profissionais de enfermagem compromete a qualidade de cuidados específicos que um ambulatório de saúde mental deve e pode oferecer a pessoa com transtorno mental. A maioria dos profissionais relatou não considerar a atuação da enfermagem totalmente satisfatória pela falta deste profissional no serviço e por desconhecer o papel deste profissional nos cuidados em saúde mental.

Observa-se que somente um quarto desses profissionais frequentaram cursos de especialização em saúde mental; a grande maioria trabalha até 20 horas/semana e têm outro emprego, sendo que um terço trabalha em outra área. Dentre os que têm outro emprego, 25 (66%) são psicólogos. Todos os 12 médicos entrevistados têm outro emprego. Entretanto, a maioria dos enfermeiros (4) trabalha preferencialmente em um só emprego.

O baixo salário é referido pelos profissionais como o fator desencadeante para ter outro emprego, gerando rodízio de profissionais, jornada em horários alternativos e falta de organização do trabalho em equipe. Os profissionais organizam seus horários isoladamente, de acordo com seus compromissos individuais, o que mantém um modelo de funcionamento voltado para as necessidades da equipe não do portador de transtorno mental. O pouco horário dentro do serviço dificulta a realização de atividades pertinentes ao ambulatório de saúde mental tais como grupos de orientação, atividades de sala de espera, visitas domiciliares, atividades comunitárias e o próprio PTI, conforme preconiza o Ministério da Saúde (Brasil, 2004).

Em todos os serviços observou-se que o atendimento é centrado na assistência médica, em detrimento de atividades com psicólogos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais que auxiliam a construção do vínculo do paciente ao tratamento, a ressocialização, autonomia e abreviamento do tempo de possíveis internações.

Num dos serviços, um médico faz seus atendimentos das 5 às 8 horas da manhã, uma vez por semana, sendo acompanhado somente pelo pessoal da recepção. Há serviço em que o médico atende aos sábados; num outro serviço o médico atende no horário da noite, geralmente uma vez na semana, por algumas horas. Dessa forma, o serviço fica centralizado neste profissional, deixando de considerar as necessidades dos pacientes e privando-lhes da possibilidade de participar de outras atividades oferecidas pelo serviço. O trabalho em equipe fica todo descaracterizado.

Observou-se que a maioria dos profissionais da área médica era do sexo masculino e quase todos fizeram alguma especialização em saúde mental. Este fato pode ser justificado pela exigência da formação em medicina pela residência em psiquiatria para atuar como profissional da área. O único médico que não é psiquiatra possui outro tipo de especialização e atua como gerente de um dos ambulatórios investigados. Refere realizar as triagens no pacientes para dinamizar o processo de atendimento e encaminhamento do serviço. Observa-se que há dois psiquiatras neste ambulatório de saúde mental.

A gerência, que deveria ser um cargo técnico, tem sido um cargo político, o que pode explicar o fato de não ter alguns da especialidade no cargo. Além disso, tem um serviço com um profissional de nível médio na gerência.

A saúde se torna um objeto de troca permeado por interesses partidários o que compromete a legitimidade do SUS, a profissionalização da gestão do trabalho e a implantação de carreiras (Paim, 2009).

Nos dez serviços investigados, constatou-se que um quarto dos profissionais frequentou cursos de especialização em saúde mental. Em um dos ambulatórios de saúde mental da amostra há uma profissional no cargo de gerência que alega ter especialização em saúde mental, apesar de não ter frequentado escola de nível superior. Tem formação apenas em curso de magistério.

A maioria dos profissionais entrevistados pertence ao grupo etário até 39 anos, o que denota a pouca experiência com o modelo de assistência humanizada segundo os conceitos da reforma psiquiátrica, falta de investimento em cursos e atualizações, falta de supervisão direta, pouca participação em eventos e congressos da área e levanta a reflexão sobre a qualidade e o formato da formação acadêmica oferecida no país.

Profissionais de diversas cidades relataram que pacientes do ambulatório de saúde mental, em momentos de urgências clínicas, deixam de ser atendidos na atenção básica e são encaminhados diretamente para o ambulatório de saúde mental com problemas clínicos que deveriam ser tratados na atenção básica. Nestes relatos, os profissionais dizem que o ambulatório é considerado “curva de rio” dos problemas da cidade, o que denota total desarticulação entre a rede primária e secundária entre saúde/doença mental e atenção básica.

Por ser, na maioria dos casos, o único serviço de atendimento em saúde mental da cidade, em momentos de crise aguda, a espera por vagas de internação em Ribeirão Preto, é a única forma de tratamento, o que gera diversos problemas.

Dessa forma, observa-se que o trabalho de consultoria psiquiátrica, na atenção primária, realizado por profissionais especializados em saúde mental, possibilita adequada avaliação da subjetividade do paciente em transtorno mental, resultando em um diagnóstico precoce e integrado. A consultoria psiquiátrica viabiliza várias condições para que o atendimento na atenção primária ocorra: a estrutura física mínima para o atendimento do paciente, acompanhamento do paciente por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário, auxílio na utilização de instrumentos padronizados de diagnóstico e acompanhamento, bem como facilita do acesso ao atendimento psiquiátrico por profissionais especializados e em serviços especializados (Azevedo-Marques, 2009).

Há pouco investimento no atendimento familiar. Além de pouco espaço físico, os profissionais apresentaram respostas confusas e superficiais sobre a importância e execução deste tipo de atendimento. Seja em grupos de famílias, uma família apenas ou um familiar.

Observou-se que há correlação significativa entre formação acadêmica e falta de atendimento junto a grupos de famílias ou a um familiar pelos psicólogos (42% grupo famílias, 33% um familiar) gerando listas de esperas e falhas no atendimento psicoterápico. Os psicólogos referem realizar atendimentos clínicos individuais e orientações aos familiares, quando necessário, ficando claro que este não é um atendimento organizado.

Todos os serviços apresentam número considerável de psicólogos, porém é baixo o número de atendimentos grupais ou psicoterápico individual. Para atender a lista de pacientes e diminuir o tempo de espera, os atendimentos clínicos são realizados na metade do tempo ideal, em geral, 20 minutos, o que compromete a eficiência do trabalho psicoterápico e limita a expressão espontânea dos pacientes, exigindo que se moldem segundo o padrão de atendimento do profissional.

Chama à atenção a escolha da abordagem utilizada para atendimento familiar pelos profissionais: 32% cognitiva, 27% abordagem psicanalítica e 19% sistêmica. Os psicólogos

referem utilizar as diversas abordagens (42% cognitiva, 34% psicanalítica, 18% sistêmica) o que sugere falta de supervisão, discussão de casos clínicos e trabalho pessoal como facilitadores da prática clínica.

O conhecimento aprofundado sobre os fundamentos filosóficos e técnicos que cada abordagem pode oferecer gera flexibilidade e liberdade para o profissional direcionar o atendimento, de acordo com a demanda de cada paciente, respeitando a individualidade e a estrutura interna para participar como agente de seu tratamento. A escolha consistente das modalidades técnicas coerentes com as necessidades do paciente pressupõe a concepção de uma assistência centrada na integralidade e modifica o modelo de atenção centralizado no profissional, exigindo a ‘adequação’ do paciente ao tratamento.

Fica a questão: Como os profissionais das diferentes abordagens chegam a algum consenso para determinar a elaboração do PTI, para os portadores de transtorno mental nestes serviços?

O PTI é pouco elaborado em equipe pelos profissionais dos ambulatórios investigados, sendo que somente 17% dos profissionais consideram que este atende a demanda do paciente. Ainda assim, a maioria não relaciona este fato ao trabalho em equipe. Há falta de conhecimento sobre a importância deste processo na forma como a assistência é oferecida, a ajuda na compreensão e no sucesso do tratamento em reforçar e aprimorar as opções na seqüência saúde/doença/reabilitação.

A ideia de reabilitação coincide com a necessidade de se encontrarem estratégias de ação, oportunidades de troca de recursos e afetos, abertura de espaços de negociação para o paciente, sua família e sua rede social que estejam mais próximas da realidade do paciente e das implicações do transtorno mental (Saraceno, 2001; Brasil, 2006).

Durante a coleta dos dados foi possível observar a escassa infra-estrutura das cidades e o baixo investimento municipal nos ambulatórios de saúde mental. A maioria apresentava espaço inadequado para o atendimento da demanda, falta de salas para atendimentos grupais, falta de material apropriado para atendimentos psicológicos e de terapia ocupacional, falta de pessoal administrativo e secretária, falta de contratação de profissionais especializados. Observa-se, dessa forma, falta de valorização da formação dos profissionais, o que interfere na motivação destes profissionais em aprimorar sua prática. Os profissionais “aprendem fazendo”.

Um ambiente verdadeiramente terapêutico deve avaliar continuamente como cada paciente age e reage às diferentes situações cotidianas (Furegato, 2006), atitudes difíceis de

acontecerem em um serviço pautado pela lógica medicamentosa e manicomial, diversidade teórica e pouco centrado nas recomendações da Reforma Psiquiátrica.

Como limitações da pesquisa, houve dificuldade em iniciar a coleta de dados pois, em 2009, houve troca de governo municipal e vários profissionais declararam insatisfação com a troca de cargos na coordenação de saúde mental, na secretaria da saúde do município e, principalmente, na gerência do ambulatório de saúde mental. Muitos referiram que não realizariam a entrevista para “não se comprometer” com a secretaria de saúde municipal atual mesmo após esclarecimento de que a pesquisa era desvinculada de qualquer órgão governamental do município e que o projeto havia passado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP.

Ressalta-se que em uma cidade houve um relato espontâneo de um profissional sobre esquemas de corrupção e internação involuntária e compulsória, realizada em clínicas particulares até o início do ano de 2009, envolvendo profissionais do ambulatório, prefeitura, secretaria da saúde municipal e pessoas envolvidas com o tráfico de drogas.

O relato refere que pacientes eram internados em uma clínica particular, fora da cidade, sem avaliação psiquiátrica ou psicológica, utilizando-se medicações, força policial ou ambulâncias municipais. Segundo o relato, havia consentimento dos familiares e, em muitas situações, ocorria a pedido deles. Refere também que os custos das internações eram repassados à prefeitura e pagos como internações no sistema público.

Este esquema apenas foi aberto após a troca de governo municipal e com a ajuda de um profissional do ambulatório que aceitou investigar os prontuários dos pacientes internados. O profissional apontado como responsável pelo esquema foi afastado do ambulatório, bem como outras pessoas da prefeitura e da secretaria de saúde. Nenhum outro profissional entrevistado neste serviço fez referência ao acontecimento.

Este relato confirma a urgente necessidade de ampliação do conceito e da prática da reforma psiquiátrica em todos os segmentos da sociedade, buscando, em especial, a mudança do paradigma asilar e hospitalocêntrico sobre a loucura e a pessoa portadora de transtorno mental.

Busca-se uma prática libertária e transformadora, uma ressignificação que não se reduza a reformulação de serviços, mas também os conceitos da psiquiatria, sua função de controle da sociedade e articulações com a justiça, com a repressão ideológica e política e a inter-relação com os interesses mercadológicos e exploratórios existentes nesse campo (Amarante, 2008).

Os profissionais evidenciam carências no preparo para sua atuação em equipe, desconhecimento do papel desta equipe na assistência ao paciente e nos benefícios que este modelo traz ao serviço. Há críticas sobre o modelo ambulatorial, porém pouca elaboração sobre como o trabalho em equipe pode trazer soluções e modificações no modelo de assistência e que consolidem os princípios e diretrizes do SUS.

Considerando o atual momento transitório de paradigmas, obter profissionais com o perfil e formação inovadores pode prolongar-se por um tempo longo, pois exige suficiência e qualidade dos investimentos governamentais na educação permanente da equipe, capacidade do setor público em valorizar e inserir no mercado de trabalho os profissionais capacitados, formados e especializados na área (Gasparino e Tonete, 2007).

Observa-se a importância em exigir investimentos nesta área, visto que a formação de recursos humanos em saúde é atribuição do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, que devem garantir a cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde coerente com o SUS e incentivar a constituição de grupos de pesquisa vinculados às instituições de educação superior, garantindo e avaliando cursos segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) (Brasil, 2008).

Para Paim (2009), as áreas econômicas e os ministérios e secretarias do governo têm dado pouca atenção à formação dos profissionais, às questões de gestão do trabalho e à implantação dos planos de carreiras do SUS. E ressalta que “o SUS é movido a gente, e gente que cuida de gente deve ser tratada como gente”.

Um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a formação de recursos humanos contextualizado à rede de serviços para superar o modelo manicomial de assistência.

A formação que se busca é entendida como um processo que extrapola a ideia da aquisição de conhecimentos técnico-científicos e avança para a produção de realidade e constituição de modos de existência. Uma formação que está associada ao potencial de criação de modos de gestão do processo de trabalho, abertura a novas sensibilidades, novas visibilidades e atitudes nas práticas concretas de cuidado e da gestão em saúde (Heckert, Neves, 2007).

Não se pode responder à doença se não se responde às necessidades da pessoa que está diante de nós. Não se pode responder às necessidades de uma pessoa interrogando-a e encerrando-a num hospital. Não se pode responder às necessidades de uma pessoa se não conhecer estas necessidades. A formação que se precisa é a formação para se construir novas

instituições, construir condições, situações e organizações que se proponham a dar respostas às necessidades (Rotelli, 2008).

O risco de manter esta lógica manicomial em espaços ambulatoriais leva a confirmação da separação entre social e sanitário que chega a repropor a anulação da complexidade do ser humano e da loucura e, portanto, tende a se reconsiderar e a tratar o indivíduo como doença, como alteração de um órgão. O psiquiatra se fecha novamente e o psicólogo tende a imitar este modelo de atendimento, separando as especializações, logo as necessidades da pessoa, decorrendo na parcialidade das intervenções (Basaglia, 2008).

O ser humano assistido em sua integralidade responde em sua totalidade. A integralidade pode muito nesta tarefa ao preconizar o olhar biopsicossocial da pessoa em sofrimento, a junção da prevenção e da assistência curativa diante da demanda expressa ou não pela pessoa.

A integralidade é um desafio que os profissionais de saúde necessitam buscar na construção de novos modelos assistenciais. A perspectiva da integralidade deve estar presente em cada atitude do profissional e isso requer a transformação das tecnologias utilizadas, da organização dos serviços, do processo de trabalho em saúde e principalmente da formação dos profissionais (Mângia, Muramoto, 2006).

Para Mattos (2001), “a integralidade não é apenas uma diretriz definida constitucionalmente. É uma ‘bandeira de luta’ (...) um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”.

A desinstitucionalização vai além do fechamento de manicômios e de criar novos serviços de saúde. É necessário reconstruir ideais e valores que realmente atinjam a sociedade, seus cidadãos e todo profissional que escolhe o cuidado como objetivo de trabalho. O compromisso político com a sociedade, o investimento em recursos humanos, a conscientização da formação profissional escolhida para que a mudança do paradigma manicomial se estabeleça como um processo interno, ou seja, reflexivo, consciente e significativo para então atender o paradigma psicossocial.

Todos profissionais de saúde são chamados a repensar sua atuação, redescobrir o potencial transformador que a assistência e o cuidado em saúde podem salientar na cultura e na edificação de valores na sociedade, em especial na saúde mental. Paraphrasing Capistrano, idealizador da prática política de saúde como um direito e como serviço: “Temos uma dívida muito grande com os desassistidos e eles têm pressa...” (informação verbal)².

² Informação fornecida em BoletIn LAPPIS. IMS-UERJ.

<<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=355&sid=26>> Acesso em 24 de junho de 2010.

7 – CONCLUSÃO

Nesse estudo observou-se a importância em conhecer os recursos humanos em saúde mental, a dinâmica do trabalho em equipe, os profissionais e suas ações na atenção à saúde mental para que, ao ser avaliada e analisada, a qualidade da assistência, na prática, possa ser ajustada e atualizada diante dos desafios que a realidade e a sociedade demandam.

Esse estudo permitiu desenhar um panorama dos profissionais, das atividades realizadas nos serviços da região de Ribeirão Preto e da opinião dos profissionais sobre a saúde mental brasileira, além de propiciar material para analisar a situação emergencial que estas cidades vivenciam e a importância em avaliar os recursos humanos para alcançar os conceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e os benefícios que os portadores de transtorno mental e seus familiares esperam dessas mudanças.

Observou-se que a maioria dos profissionais é jovem, trabalha há pouco tempo na saúde mental e nas instituições e possui outros empregos. Além disso, frequentaram poucos cursos de especialização e atualizações. Desconhece, ainda, os conceitos fundamentais da Política Nacional de Saúde Mental, dificultando a execução de seus deveres com os pacientes e a exigência de seus direitos como trabalhadores do SUS.

A composição das equipes necessita ser revista, pois há falta de enfermeiros e de médicos que permaneçam mais tempo no serviço. Falta a prática de reuniões de equipe que propiciem discussões e trocas de conhecimentos, bem como a elaboração de projetos terapêuticos adequados à demanda do paciente.

O trabalho confirmou a escassa articulação dos ambulatórios com a atenção primária, considerando a internação psiquiátrica como única forma de assistência ao paciente em crise e que necessita de maiores cuidados que a consulta médica e psicológica pautadas no modelo médico.

É urgente a efetivação das reuniões de equipe. É necessário o devido esclarecimento dos gerentes e profissionais para que a organização do trabalho em equipe tenha melhor articulação com a rede de saúde e usufrua dos benefícios que o trabalho em equipe multidisciplinar pode gerar para o portador de transtorno mental.

Confirmou-se que o espaço de cuidado ambulatorial, por privilegiar consultas embasadas no modelo curativo, contribui para que a medicalização se acentue como forma

principal de tratamento, desvinculando a ideia da integralidade no atendimento das necessidades físicas e psicossociais da pessoa que requer ajuda.

Outro achado do estudo foi a correlação positiva entre a formação e algumas variáveis, como o tipo de especialização, o tempo de trabalho na instituição, jornada de trabalho por semana, forma como atendem famílias, abordagem utilizada neste atendimento. Estas associações são importantes para o embasamento e formulação de políticas públicas coerentes com as necessidades da demanda e dos profissionais.

Diante dos fatos apresentados percebe-se a importância em investir na formação de recursos humanos especializados para o trabalho em saúde mental que propiciem mudanças do modelo de assistência pautado na lógica manicomial em busca de uma assistência pautada na lógica psicossocial que considere as potencialidades do ser humano, sua capacidade de estabelecer projetos de vida, suas escolhas e sua habilidade em ser agente de seu tratamento.

Conclui-se que a avaliação se torna um poderoso instrumento de mudança para que os serviços cumpram padrões mínimos de qualidade, políticas públicas sejam fundamentadas e atualizadas de acordo com a demanda de cada cidade, e investimentos sejam ajustados às necessidades da população na rede de serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ALVES, D.S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio e Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde da família para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
- AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.
- _____. *Loucos pela vida – A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, 1995.
- _____. Revisitando os Paradigmas do Saber Psiquiátrico: tecendo o percurso do Movimento da Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama ENSP, 1995. p. 21-48.
- _____. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes MI. (org.) *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP; 1999. p. 47-56.
- AMARANTE, P. CRUZ, L. do B. (org). *Saúde Mental, Formação e Crítica* - Rio de Janeiro: LAPS, 2008. 100p.
- AUSTIN, W.; MILLS, K. Roles and Functions of Mental Health Personnel. Faculty of Nursing. University of Alberta. Edmonton, AB, Canadá. Pan American Healthy Organization, April, 2002.
- AUSTIN, W.; MILLS, K. & HAYDU, S. The roles of Mental Health Personnel in Three Countries of the Caribbean. *Nursing and Midwifery Links: News-Journal of the Global Network of WHO Collaborating Centres for Nursing and Midwifery Development*, 9-16. November, 2003.
- AZEVEDO-MARQUES, J.M. Detecção e diagnóstico de transtornos mentais pela equipe de saúde da família. 2009. 172f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

- BARROS, S.; EGRY, E. Y. O louco, a loucura e a alienação institucional: O ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice. Cabral Editora Universitária. Taubaté, 2001. 197 p.
- BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 336p.
- BASAGLIA, F. O. Saúde/Doença. In: AMARANTE, P. CRUZ, L. do B. (org). Saúde Mental, Formação e Crítica - Rio de Janeiro: LAPS, 2008. 100p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Temas de Saúde Mental. Textos Básicos do Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar – CBDA. Brasília: 1998.
- _____. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/legislacao Acesso em 15 de março de 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Lei n.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. Brasília, 2001. www.saude.gov.br/bvs/legislacao Acesso em 15 de março de 2010.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus Acesso em 17 de março de 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03 de 13/11/2003. Saúde Mental e Atenção Básica – o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> Acesso em 18 de março de 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 22p. www.saude.gov.br/humanizasus Acesso em 23 de junho de 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990 – 2004. MS/SE Brasília: 2004.

- _____. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005. <http://www.saude.gov.br/bvs> Acesso em 1 de dezembro de 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde. Brasília: 2006. <http://www.saude.gov.br/bvs> Acesso em 15 de março de 2010.
- _____. Ministério da Saúde. SAS/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 4, Ano II, nº4, agosto de 2007. Brasília, 2007. Informativo eletrônico de dados sobre a política nacional de saúde mental. 24p. <http://www.saude.gov.br/bvs> Acesso em 1 de dezembro de 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília, 2007. <http://www.saude.gov.br/bvs> Acesso em 1 de dezembro de 2009.
- _____. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e bases da nacional. Lei n^o 9394, de 20 de dezembro de 1996. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm Brasília, 1996. Acesso em 23 de junho de 2010.
- _____. Ministério da Educação. Portaria n^o 2051, de 9 de julho de 2004. Brasília, 2004. <http://meclegis.mec.gov.br/documento/view/id/32> Acesso em 23 de junho de 2010.
- _____. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES n^o 213, de 9 de outubro de 2008. Brasília, 2008. http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/pces213_08.pdf Acesso em 23 de junho de 2010.
- _____. Ministério da Saúde. SAS/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 7, Ano V, nº7, junho de 2010. Brasília, 2010. Informativo eletrônico de dados sobre a política nacional de saúde mental. 25p. <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental> Acesso em 23 de junho de 2010.
- BERCHERIE, P. Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.
- BETTINELLI, L.A. A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 204p. – (Teses em Enfermagem, 41).

- CASTEL, R. A Ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, 329p.
- CASTRO, S. A. de. Caracterização sociodemográfica e clínica das reinternações psiquiátricas no hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, no período de 2006 a 2007 Ribeirão Preto: [s.n.], 2009. 86 p. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Contém anexo e apêndice.
- CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. Psicologia em Estudo. Maringá, v.10, n.3, p.471-477, 2005.
- COHEN, C.; MARCOLINO, J.A.M. Noções históricas e filosóficas do conceito de saúde mental. In: COHEN, C.; FERRAZ, F.C.; SEGRE, M. (Orgs.) Saúde mental, crime e justiça. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996, p.13-23.
- COSTA, A.M. Integralidade na atenção e o cuidado à saúde. Saúde e Sociedade, v.13, n.3, p.5-15, set-dez. 2004.
- CREMESP. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo. Coordenação Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.104 p.
- FERNANDES, M.I.A.; SCARCELLI, I.R.; COSTA, E.S. orgs. Fim de século: ainda manicômios? São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - IPUSP, 1999. 208p.
- FILIZOLA, CLA.; MILIONI, DB, PAVARINI, SCI. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008;10(2):491-503. www.fen.ufg.br/revista/v10 Acesso em 25 de junho de 2010.
- FREITAS, F.F.P. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14(1): 93-106, jan-mar, 1998.
- FUREGATO, A.R.F. Relações Interpessoais terapêuticas na enfermagem. Ribeirão Preto, SP: Scala, 1999. 142p.
- FUREGATO, A.R.F.; PILLON, S.C.; GALERA, S.A.F.; COSTA JUNIOR, M.L.; PITIÁ, A.C.A. Papéis e funções dos profissionais dos serviços e políticas de saúde mental. Projeto Institucional - OPAS, 2003 – CAPS/PRODOC. Escola de Enfermagem de

Ribeirão Preto . Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. EERP/USP, 2003.

FUREGATO, A.R.F.; MORAIS, MC. Bases do relacionamento interpessoal em enfermagem in: PROENF – Saúde do Adulto – Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2006. p.45-72.

FUREGATO, A.R.F.; OSINAGA, V.L.M.; GALERA, S.A.F.; PILLON, S.C. Instrumento para diagnóstico das atividades dos profissionais de saúde mental: estudo piloto. ABRASME – Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 2009.

FUREGATO, A.R.F.; GALERA, S.A.F.; PILLON, S.C.; SANTOS, J.L.F.; PITIÁ, A.C.A.; CARDOSO, L. Caracterização das equipes de serviços de saúde mental. Revista de Salud Pública, (prelo) 2009.

GALERA, S.A.F.; FUREGATO, A.R.F.; PITIÁ, A.C.A.; PILLON, S.C.; COSTA JUNIOR, M.L.da. Papéis e funções dos profissionais dos serviços e políticas de saúde mental. Revista Saúde em Debate, 2010.

GROSSMAN, E. ARAÚJO-JORGE, T.C.; ARAÚJO, I.S. A escuta sensível: um estudo sobre o relacionamento entre pessoas e ambientes voltados para a saúde. Interface-Comunic., Saúde, Educ., v. 12, n. 25, p.309-24, abr/jun 2008.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad. Saúde Pública, v. 20, supl. 2, p.331-336, 2004.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potencia de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.;MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (org). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

JORGE, M.A.S. et al. Políticas e práticas de saúde mental no Brasil. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.) Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LAND, S. Strengthening Mental Healthy Nursing in the Américas Region with WHO Collaborating Centres and other Partners. Editorial. Nursing and Midwifery links: News-Journal of the Global Network of WHO Collaborating Centres for Nursing and Midwifery Development. November, 2003..

- MACHADO, M. de F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.335-342, 2007.
- MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção. *Ver. Ter. Ocup. Univ. Sap Paulo*, v. 17, n. 3, p. 115-122, set/dez, 2006.
- MATTA, Gustavo Corrêa . Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: Gustavo Correa Matta; Ana Lúcia de Moura Pontes. (Org.). *Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, v. 3, p. 61-80.
- MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.
- MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, v.20, supl.5, p.1411-1416, 2004.
- OLIVEIRA, A.G.B. A Reforma psiquiátrica em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental. 2003. Tese de Doutorado – escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto.
- OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.1, p.191-203, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo – 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Gráfica Brasil, Organização Mundial de Saúde, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Manual de Recursos de La OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación – Si a la atención, no a la exclusion*. Organización Mundial de La Salud, 2006.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Política de recursos humanos em saúde*. Brasil, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistemas/arquivos>> Acesso em agosto de 2007.

- OSINAGA, V.L.M. Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares. Tese de doutorado apresentada à EERP/DEPCH/USP. Ribeirão Preto, 2004.
- OSINAGA, V.L.M.; FUREGATO, ARF; SANTOS, JLF. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. *Revista Latino Americana Enfermagem*, v. 15, n.1, 2007.
- PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PESSOTTI, I. A loucura e as épocas. São Paulo: Editora 34, 1994, 208p.
- PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (3): 564-576, 2006.
- RIGOLI, F. et al. Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.14, n.1, p.7-16, janeiro-fevereiro, 2006.
- ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, P. (org) *Saúde Mental, Formação e Crítica*– Rio de Janeiro: LAPS, 2008. 100p.
- SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. Manual de Saúde Mental – guia básico para atenção primária. Trad. Willians Valentini. Editora Hucitec. São Paulo, 1997.
- SILVA, G. A. Atuação dos profissionais da rede especializada em saúde mental de Goiânia – GO. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem de Goiânia, Universidade Federal de Goiânia, 2010.
- SILVEIRA, L.C.; BRAGA, V.A.B. Acerca do conceito de Loucura e seus reflexos na assistência de Saúde Mental. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v.13, n.4, p.591-5, 2005.
- VASCONCELOS, E.M. redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.11-19.

ANEXOS

ANEXO I



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 190/2008

Ribeirão Preto, 29 de julho de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 28 de julho de 2008.

Protocolo: n° 0878/2008

Projeto: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS E DE SUAS PRÁTICAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.

Pesquisadores: Ana Celeste de Araújo Pitiá
Caroline Clapis Garla

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

Atenciosamente,

Lucila Castanheira Nascimento
Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Ana Celeste de Araújo Pitiá

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO II



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DIR XIII - RIBEIRÃO PRETO
Fone: (16) 3607 4205 - Fax (16) 3607 4259
Email: dirxiii-planejamento@saude.sp.gov.br
Av. Independência, n.º 4770 – CEP 14.026-160 - Ribeirão Preto - SP

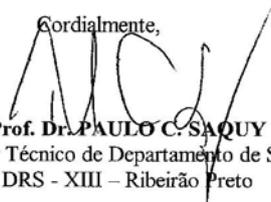
Ribeirão Preto, 29 de Agosto de 2007

DIR XIII – CPAS
Ofício N.º 324 /2007
PCS//rhc

Prezada Senhora,

Em resposta a correspondência de Vossa Senhoria de 23/08/2007, que solicita a autorização para a psicóloga Caroline Clapis Garla, obter informações sobre o Serviço de Saúde Mental existente no DRS - XIII e região, informamos que estamos a disposição e os contatos deverão ser mantidos com a Dra. Vera Lúcia P. V. Bueno, Coordenadora de Saúde Mental, no Centro de Planejamento e Avaliação em Saúde do DRS – XIII, pelo telefone (16) 3607-4231 ou 3607-4228.

Cordialmente,


Prof. Dr. PAULO C. SAQUY
Diretor Técnico de Departamento de Saúde
DRS - XIII – Ribeirão Preto

Ilustríssima Senhora
Profa. Dra. SUELI FRARI GALERA
Coordenadora da Pesquisa
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Ribeirão Preto, 28 de janeiro de 2008

Prezado Senhor,

Vimos, através desta, requerer autorização para que a aluna do Programa de Mestrado de Enfermagem Psiquiátrica Caroline Clapis Garla – CRP06/76315 possa iniciar a pesquisa e a coleta de dados nos municípios pertencentes ao DRS XIII, como especificado no projeto intitulado '*Caracterização do Perfil dos Profissionais e de suas práticas nos Serviços de Saúde Mental*'. O projeto está incluído no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP/USP sob a orientação da Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato.

Cordialmente,



Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato

Orientadora responsável – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Ilustríssimo Senhor

Prof. Dr. Paulo C. Saquy

Diretor Técnico do Departamento de Saúde – DRS XIII – Ribeirão Preto

De acordo


Prof. Dr. Paulo C. Saquy
Diretor Técnico, Departamento de Saúde
DRS XIII - Ribeirão Preto

ANEXO III

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

PARTE I – PESQUISADOR

| | |
|---------------------------|--|
| 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 – Idade - Especificar anos completos _____ | |
| 4 – Sexo: _____ (1) feminino (2) masculino | |
| 5 - Formação acadêmica (1) Médico (2) Enfermeiro (5) Terapeuta Ocupacional (3) Psicólogo (4) Fisioterapeuta (6) Outro. Se Outro, especifique _____ | |
| 6 – Qual seu tempo de formação? Especificar anos ou meses completos: _____ | |
| 7 – Tem especialização ? (1) Sim (2) Não | |
| 8 – Qual o tipo de especialização: (1) Saúde Mental; (2) Outra; (3) Não tem | |
| 9 – Qual seu tempo de trabalho na área? Especificar anos ou meses _____ | |
| 10 - Quanto tempo trabalha na instituição? Especificar anos ou meses _____ | |
| 11 – Qual a jornada de trabalho? Horas completas por semana _____ | |
| 12 – Qual sua faixa salarial bruta? (1) 0-999 Reais; (2) 1000-1999 Reais; (3) 2000-2999 Reais; (4) 3000-3999 Reais; (5) 4000-4999 Reais | |
| 13 – Tem outro emprego? (1) sim (2) não | |
| 14 – Qual tipo do outro emprego? (1) saúde mental; (2) outra área; (3) não tem | |
| 15 - Que tipo de programas educacionais já frequentou? | |
| 16 - Especializações (+360hs) (1) Sim (2) Não Se sim, especifique: _____ _____ | |
| 17 - Atualizações (-360hs) (1) Sim (2) Não | |
| 18 – Cursos (1) Sim (2) Não | |
| Se fez especialização, aponte qual o enfoque: | |
| 19 – Assistência (1) Sim (2) Não (3) Não fez | |
| 20 – Discussão de caso (1) Sim (2) Não (3) Não fez | |
| 21 – Supervisão (1) Sim (2) Não (3) Não fez | |
| 22 – Teórico (1) Sim (2) Não (3) Não fez | |
| 23 – Outro enfoque (1) Sim (2) Não (3) Não fez Se sim, especifique _____ | |

II – O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL

| | |
|---|--|
| 24 - Qual o tipo de atendimento individual que realiza? (1) Médico (2) Psicologia; (3) Enfermagem (4) Terapia ocupacional (5) Serviço Social (6) Outros Se Outros, especifique _____ | |
| 25 Você atende em grupos? (1) sim (2) não | |
| 26 – Que tipo de prescrição faz? (1) Médica (2) Enfermagem (3) Psicologia (4) Outros (5) Não faz Se Outros, especifique _____ | |
| Que tipo de cuidados de enfermagem você faz? (Para enfermeiros e/ou outros profissionais que por acaso realizem essas atividades) | |
| 27 - Administração de medicação (1) Sim (2) Não | |
| 28 - Cuidados físicos (1) Sim (2) Não | |
| 29 – Conforto (1) Sim (2) Não | |
| 30 – Sinais Vitais (1) Sim (2) Não | |
| 31 – Sono (1) Sim (2) Não | |
| 32 – Recreação (1) Sim (2) Não | |
| 33 – Observação (1) Sim (2) Não | |
| 34 – Anotação (1) Sim (2) Não | |
| 35 – Interações terapêuticas (1) Sim (2) Não | |
| 36 – Faz atendimento familiar? (1) Sim (2) Não | |
| 37 – Como atende famílias? (1) Sozinho (2) Com outro profissional (3) Sozinho e com outro profissional (4) Não atendo famílias | |
| Qual o profissional que o acompanha no atendimento familiar? | |
| 38 – Médico (1) Sim (2) Não (3) Não atendo famílias | |
| 39 – Enfermeiro (1) Sim (2) Não (3) Não atendo famílias | |
| 40 – Psicólogo (1) Sim (2) Não (3) Não atendo famílias | |
| 41 – Terapeuta Ocupacional (1) Sim (2) Não (3) Não atendo famílias | |
| 42 – Assistente Social (1) Sim (2) Não (3) Não atendo famílias | |
| 43 – Outros (1) Sim (2) Não (3) Não atendo famílias. Se Sim, especifique _____ | |
| Que tipo de atendimento às famílias você faz?: | |
| 44 – Grupos de famílias (1) Sim (2) Não (3) Não atendo famílias | |
| 45 – Uma família (1) Sim (2) Não (3) Não atendo famílias | |
| 46 – Um familiar (1) Sim (2) Não (3) Não atendo famílias | |
| Que tipo de abordagem você utiliza no atendimento à família? | |
| 47 – Cognitiva (1) Sim (2) Não (3) Não atendo famílias | |
| 48 – Psicanalítica (1) Sim (2) Não (3) Não atendo famílias | |
| 49 – Sistêmica (1) Sim (2) Não (3) Não atendo famílias | |
| 50 – Pichón (1) Sim (2) Não (3) Não atendo famílias | |
| 51 – Outra (1) Sim (2) Não (3) Não atendo famílias | |
| 52 - Você faz observação do comportamento do paciente? (1) Sim (2) Não | |
| Quando você faz registro rotineiro das observações sobre os pacientes? | |
| 53 – Durante a interação com o paciente (1) Sim (2) Não | |
| 54 – Após o contato com o paciente (1) Sim (2) Não | |
| 55 – Apenas no final do plantão (1) Sim (2) Não | |
| 56 – No livro de anotações da unidade (1) Sim (2) Não | |
| 57 – Não faz nenhuma anotação (1) Sim (2) Não | |

| Quando você faz registro de suas condutas terapêuticas? | | |
|---|--|---------|
| 58 – Durante a interação com o paciente | (1) Sim | (2) Não |
| 59 – Após o contato com o paciente | (1) Sim | (2) Não |
| 60 – Apenas no final do plantão | (1) Sim | (2) Não |
| 61 – No livro de anotações | (1) Sim | (2) Não |
| 62 – Não faz nenhuma anotação | (1) Sim | (2) Não |
| 63 - Você faz preparo para alta de internação do paciente? (OBS.: Para unidades de agudos e de emergência) | (1) Após alta médica (2) durante toda a permanência dele na instituição (3) Não faz preparo para alta | |
| 64 - Você promove ações visando autonomia para o paciente? (OBS.: Para unidades de ambulatório e CAPS) | (1) após alta médica (2) durante toda a permanência dele na instituição (3) Não promove ações de autonomia | |
| 65 - Você exerce (ou exerceu) cargo de gerente em unidade de saúde mental? | (1) SIM (2) NÃO | |
| 66 Você exerce (ou exerceu) atividades de gerenciamento da equipe de enfermagem? | (1) SIM (2) NÃO | |
| 67 - Você faz supervisão de equipe de auxiliares? | (1) SIM (2) NÃO | |
| 68 - Que tipo de equipe de auxiliares você faz supervisão? | (1) Enfermagem (2) Terapia ocupacional (3) Serviço Social (4) Psicologia (5) Outros Especifique _____ | |

III – POLÍTICAS, PRÁTICAS E FORMAÇÃO NA PSIQUIATRIA
(OBS.: As questões dessa parte também serão realizadas em entrevista oral)

| |
|---|
| 69 - Como você considera que sua instituição segue a Política Nacional de saúde mental? (1) Não segue (2) Segue parcialmente (3) Segue totalmente |
| Justifique: _____ _____ _____ |
| Quais as principais dificuldades que você considera na área da saúde mental? |
| 70 – Financeiras (1) Sim (2) Não |
| 71 - De pessoal (1) Sim (2) Não |
| 72 - Políticas (1) Sim (2) Não |
| 73 – Outras (1) Sim (2) Não Se Sim, Especifique: _____ _____ |
| 74 - 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: _____ _____ _____ _____ |
| 75 - A atuação da enfermagem em saúde mental no seu serviço é satisfatória? (1) Sim (2) Parcialmente (3) Não |
| Explique: _____ _____ _____ |
| 76 - Você considera que há falha na formação profissional de sua categoria para exercer o trabalho na saúde mental? (1) Sim (2) Parcialmente (3) Não |
| Justifique: _____ _____ _____ |
| 77 - Você considera que o Projeto Terapêutico Individual (PTI) do seu serviço atende integralmente a demanda do paciente? (1) Sim (2) Parcialmente (3) Não Explique como você participa na elaboração desse projeto: _____ _____ _____ _____ |

ANEXO IV
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a),

Eu, Caroline Clapis Garla, psicóloga, CRP 06/76315, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “Caracterização do Perfil dos Profissionais e de suas práticas nos Ambulatórios de Saúde Mental da DRS XIII”, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Antonia Regina Ferreira Furegato, do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas – EERP – USP. Esta pesquisa, gerada a partir da preocupação com a assistência em saúde mental, visa conhecer os Profissionais e de suas práticas . Além disso, objetiva conhecer como os profissionais elaboram os projetos terapêuticos nesses serviços.

Para obter esses dados, contamos com sua colaboração e o convidamos a responder o questionário que se segue, permitindo que sejam gravadas as respostas às questões abertas. Asseguramos que as informações fornecidas serão sigilosas e utilizadas para fins de ensino e pesquisa, e que uma cópia deste Termo lhe será entregue e a outra será seguramente arquivada, juntamente com o material coletado da pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo pessoal, despesa ou gratificação.

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

_____, _____ de _____ de 2009

Assinatura

Nº. do Documento

Caroline Clapis Garla – Pesquisadora Responsável
RG. 29816318-4, CRP 06/76315
Fones: 36360750/91293299 carolgarla@hotmail.com
Endereço: Rua Amador Bueno, 1342/120 – Centro
14010070 - Ribeirão Preto – SP

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)