



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ REITORIA DE ENSINO MÉDIO, TÉCNICO E EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE**

ADRIANA ROSILDA BARBOSA BEZERRA

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE
QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CATURITÉ: DESAFIOS
ENFRENTADOS.**

**CAMPINA GRANDE
2015**

ADRIANA ROSILDA BARBOSA BEZERRA

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE
QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CATURITÉ: DESAFIOS
ENFRENTADOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Especialização em Gestão em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde.

Orientador: Prof^o. Ms. Flávio Antônio Santos.

**CAMPINA GRANDE
2015**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

B574a Bezerra, Adriana Rosilda Barbosa

Avaliação da percepção dos profissionais de saúde sobre questões de saúde mental no Município de Caturité [manuscrito] : desafios enfrentados / Adriana Rosilda Barbosa Bezerra. - 2015. 37 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Gestão em Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à Distância, 2015.

"Orientação: Prof. Me. Flávio Antônio Santos, PROEAD".

1.Saúde mental. 2.Unidade Básica de Saúde. 3.Desafios e perspectivas. I. Título.

21. ed. CDD 364.153

ADRIANA ROSILDA BARBOSA BEZERRA

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE
QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CATURITÉ: DESAFIOS
ENFRENTADOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Programa de Especialização em Gestão em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde.

Aprovada em: 21/03/2015

BANCA EXAMINADORA



Prof. Mestre Flávio Antonio Santos (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Mestre. Arleusson Ricarte de Oliveira
Profº da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande e UFGC
Doutorando em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de Minas Gerais (UFMG)



Vice- coordenadora do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA
Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos (UNISANTOS)

DEDICATÓRIA

Dedico esta conquista a Deus, que mim fortaleceu a todo instante, mesmo diante de tantos obstáculos jamais permitiu que eu em algum momento pensasse em desistir. Obrigado meu Deus! Muito obrigado tenho certeza de que me fizeste chegar até aqui me dando a convicção de que essa conquista seria alcançada. Que eu possa ser um instrumento para levar conhecimento e contribuir da melhor maneira possível para os que necessitam para um futuro digno e que eu possa fazer a diferença no exercício da minha profissão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus acima de tudo por ser o equilíbrio e a força constante em minha vida, a Ele toda Honra e toda Glória.

A toda minha família, meus pais, irmãos, esposo e minhas filhas.

Aos tutores da UEPB/EAD/CAPES, em especial ao Tutor Flávio Santos pelo o apoio e pelo profissionalismo, aos meus professores convidados Professor Aurleusson Ricarte e Professora Laudeci Brito. Muito Obrigada.

Aos meus colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Caturité em especial a Cleydosn Fábio que muito contribuiu para a concretização desse trabalho.

Aos participantes da pesquisa, enfim a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

“O sucesso é ir de fracasso em fracasso sem perder entusiasmo.”

RESUMO

INTRODUÇÃO. O trabalho se propõe a analisar os conhecimentos teóricos e práticos sobre a saúde mental através dos profissionais de enfermagem na atenção básica no município de Caturité – PB e a reflexão sobre o tema. Para tanto, foi realizado um questionário semi-estruturado com diversas questões relacionadas à Política Nacional de Saúde Mental, seus desafios e perspectivas. **METODOLOGIA.** Trata-se de uma pesquisa exploratória, pois, segundo Gil (2002) tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícitos ou a construir hipóteses. **ANÁLISE.** A análise do material pesquisado subsidia a discussão das práticas e vivências dos profissionais de enfermagem no seu dia a dia nas Unidades de Atenção Básica e a psiquiatria comunitária que se reflete na atual política de saúde mental. Os profissionais que atuam na atenção básica já possuem em sua maioria (40%) uma experiência prática bem consolidada, de modo que suas experiências de trabalho facilitam a sua atuação na prática da promoção da Política de Saúde Mental. Segundo os profissionais pesquisados o município necessita principalmente de um Caps (40%) e gupos de apoio (40%). **CONCLUSÃO.** Aferimos que podemos destacar a importância do conhecimento teórico sobre saúde mental, embora não seja suficiente para direcionar as práticas de estabelecimento de vínculo e responsabilização no município, segundo preconiza o modelo de atenção psicossocial da Política Nacional de Saúde Mental. Os temas mencionados pelos entrevistados relacionam-se às questões relevantes para a busca de práticas e estratégias aplicáveis no município. Considerando fundamental o desenvolvimento de habilidades e atitudes para atuar em saúde mental, como capacidade de formação de vínculo, afinidade com a área, saber trabalhar em equipe, e ter consciência coletiva e de participação social.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Unidade Básica de Saúde. Desafios e Perspectivas.

ABSTRACT

The study aims to analyze the theoretical and practical knowledge on mental health by the nurses in primary care in the city of Caturité - PB and reflection on the topic. Therefore, we performed a semi-structured questionnaire with various issues related to the National Mental Health Policy, its challenges and perspectives. The analysis of the researched material subsidizes the discussion of the practices and experiences of nursing professionals in their day to day in Primary Care Units and the community psychiatry which is reflected in the current mental health policy. Professionals working in primary care already have mostly (40%) a well-established practical experience, so that their work experiences facilitate their performance in practice the promotion of mental health policy. According to the municipality studied professional especially a need caps (40%) and groups support (40%). We assess that we can highlight the importance of theoretical knowledge about mental health, although not sufficient to direct bond and accountability establish practices in the city, according to advocates psychosocial care model of the National Mental Health Policy. The issues mentioned by respondents relate to the issues relevant to the search for practices and strategies in the municipality. Considering the development of fundamental skills and attitudes to work in mental health, such as bond-forming ability, affinity with the area, know how to work as a team, and have collective and social participation consciousness.

Keywords: Mental Health. Basic Unit Health. Challenges and Prospects.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Descrição dos profissionais por anos de atuação.	12
Gráfico 02	Percepção dos profissionais de saúde sobre a Assistência de Saúde Mental.	13
Gráfico 03	Descrição das respostas dos entrevistados quanto à Atenção em Saúde Mental no município de Caturité – PB.	14
Gráfico 04	Percepção dos profissionais de saúde sobre as práticas que contribuem na saúde mental.	15
Gráfico 05	Descrição dos problemas de saúde mental percebido pelos profissionais de saúde no município de Caturité – PB.	16
Gráfico 06	Descrição das respostas dos entrevistados acerca das ações que contribuem para minimizar os problemas de saúde mental no município de Caturité – PB.	17
Gráfico 07	Opinião dos profissionais de saúde em relação ao tratamento medicamentoso e ações das ESF.	18
Gráfico 08	Percepção dos profissionais de saúde em relação as necessidades de melhoria para assistência a saúde mental do município de Caturité – PB.	19
Gráfico 09	Contribuição das atividades profissionais educativas na área de saúde mental.	20

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Localização geográfica do município de Caturité – PB.	09
-----------------	---	-----------

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS	13
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
3. CENÁRIO DA SAÚDE MENTAL	14
3.1 A Saúde Mental no Brasil	14
3.2 Desafios e Perspectivas da enfermagem na saúde mental.....	15
4. METODOLOGIA.....	17
4.1 Tipo de pesquisa	17
4.2 Caracterização da área de estudo	17
4.3 População amostra.....	19
4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão	19
4.4 Instrumentos para coleta de dados e período de coleta de dados	19
5. RESULTADO E DISCUSSÃO	20
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE	35
ANEXO	36

1. INTRODUÇÃO

A humanidade convive com a loucura há séculos e, antes de se tornar um tema essencialmente médico, o louco habitou o imaginário popular de diversas formas. De motivo de chacota e escárnio a possuído pelo demônio, até marginalizado por não se enquadrar nos preceitos morais vigentes, o louco é um enigma que ameaça os saberes constituídos sobre o homem (MELMAN, 2011).

Na Renascença, a segregação dos loucos se dava pelo seu banimento dos muros das cidades européias e o seu confinamento era um confinamento errante: eram condenados a andar de cidade em cidade ou colocados em navios que, na inquietude do mar, vagavam sem destino, chegando, ocasionalmente, a algum porto.

No entanto, desde a Idade Média, os loucos são confinados em grandes asilos e hospitais destinados a toda sorte de indesejáveis – inválidos portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos. Nessas instituições, os mais violentos eram acorrentados; a alguns era permitido sair para mendigar. No século XVIII, Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propõe uma nova forma de tratamento aos loucos, liberando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais. Várias experiências e tratamentos são desenvolvidos e difundidos na Europa (BIRMAN, 1994).

A partir da segunda metade do século XX, impulsionada principalmente por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, inicia-se uma radical crítica e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. Esse movimento inicia-se na Itália, mas tem repercussões em todo o mundo e muito particularmente no Brasil.

Nesse sentido é que se inicia o movimento da Luta Antimanicomial que nasce profundamente marcado pela idéia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais. Aliado a essa luta, nasce o movimento da Reforma Psiquiátrica que, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias.

No Brasil, tal movimento inicia-se no final da década de 70 com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos

mentais. Esse movimento se inscreve no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorre na época (BARROS, 2003).

Importantes acontecimentos como a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP, e a revisão legislativa proposta pelo então Deputado Paulo Delgado por meio do projeto de lei nº 3.657, ambos ocorridos em 1989, impulsionam a Reforma Psiquiátrica Brasileira (BIRMAN, 1994).

Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica, e, em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (OLIVEIRA, 2012).

Dessa lei origina-se a Política de Saúde Mental a qual, basicamente, visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo.

A Política de Saúde Mental no Brasil promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se dêem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer (FREITAS, 1998).

Nessa perspectiva temos como situação a análise do conhecimento dos profissionais da saúde que atuam na Estratégia de saúde da Família- ESF sobre a política nacional de saúde mental, seus desafios enfrentados, buscando contribuir para melhor qualidade de vida dos pacientes atendidos. Partindo desse pressuposto imaginamos como hipótese desta pesquisa que através do levantamento e análise do conhecimento de caso, os profissionais poderão adotar práticas para a melhoria do atendimento e acolhimento dos pacientes atendidos e acompanhados nas Unidades de Saúde da Família deste município.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde da Estratégia de saúde da Família do município de Caturité- PB acerca da assistência em saúde mental no município.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Averiguar o tempo de atuação dos profissionais na ESF do município;
- Identificar os desafios percebidos pelos profissionais em relação à assistência à saúde mental no município;
- Descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre os problemas enfrentados na Política a saúde mental do município.

3. CENÁRIO DA SAÚDE MENTAL

3.1 A Saúde Mental no Brasil

Desde o século XVIII, o “modelo ou padrão” de abordagem a respeito dos fenômenos mentais que se diferenciam da vivência da maioria das pessoas foi o isolamento, a segregação, a exclusão, quando não o emprego de meios próximos à tortura, como formas de impedir a expressão de sentimentos e verdades de que essa maioria não quer se dar conta. Utilizando-se de um discurso que se pretendia “científico”, a medicina organizou, valendo-se de seu modelo de “isolar para conhecer e tratar”, espaços de exclusão que se mostraram, de meados do século XX para cá, ineficazes como meio de tratamento e desumanos (FREITAS, 1998). A psiquiatria evoluiu muito, existem os tratamentos ambulatoriais que são comprovadamente eficazes para muitos distúrbios como esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, entre outros nos quais é ministrado medicamento e é acompanhado muitas vezes de psicoterapia.

Embora o redirecionamento da assistência em saúde mental em nosso país, que ficou conhecido como “reforma psiquiátrica brasileira” e foi consagrado pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, tenha sido um importante passo na defesa dos direitos humanos e da dignidade das pessoas acometidas de transtornos mentais, falta muito ainda para que lhes seja garantido “acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades” (art. 2º, parágrafo único, inciso II, da referida lei) (BARROS, 2003).

É preciso se despir de ideologias e preconceitos ainda muito arraigados entre profissionais de saúde que por anos lutaram pró ou contra o antigo modelo hospitalocêntrico, para analisar com isenção as atuais políticas públicas de saúde mental no Brasil que, a despeito de cumprirem a legislação com a implementação de uma rede comunitária e multiprofissional de atendimento, apresentam falhas inaceitáveis.

Diante do exposto e de experiências vivenciadas no setor de trabalho surgiu o interesse de abordar a temática tendo em vista a importância da implementação e do cuidado dos pacientes do município atendidos pelo Programa Nacional de Saúde Mental, como forma de promover qualidade de vida.

3.2 Desafios e Perspectivas da enfermagem na saúde mental.

A enfermagem profissional moderna surgiu no contexto de emergência do sistema capitalista europeu, particularmente na Inglaterra, subseguindo à decadência dos sistemas monástico-caritativos de assistência à saúde das populações, que ocorreu entre os séculos XVI a XIX. Desde as suas origens, a enfermagem profissional presenciou modos de divisão social e técnica do seu trabalho e esteve submetida a relações de compra e venda de força de trabalho, tais como conhecemos contemporaneamente (AMARANTE, 1995).

A enfermagem é, portanto, prática historicamente estruturada, ou seja, existe ao longo da história da humanidade, porém constituída por diferentes maneiras de cuidar que, por sua vez, são determinadas pelas relações sociais de cada momento histórico. Atualmente, o trabalho de enfermagem é integrante do trabalho coletivo em saúde, é especializado, dividido e hierarquizado entre auxiliares, técnicos e enfermeiros de acordo com a complexidade de concepção e execução. A enfermagem, embora detenha autonomia relativa em relação aos demais profissionais, subordina-se ao gerenciamento do ato assistencial em saúde executado pelos médicos (ALMEIDA, et. al. 2001).

A enfermagem, participante desse processo de medicina social moderna, teve papel importante relacionado ao conhecimento e organização interna do espaço asilar/ hospitalar. No que se refere ao hospício, estudos destacam o papel do “enfermeiro” Pussin, recentemente resgatado como um importante ideólogo e colaborador de Pinel nas intervenções reformistas nos asilos franceses de Bicêtre e Salpêtrière (KIRSCHBAUM, 1998).

A psiquiatria e a enfermagem psiquiátrica surgiram no hospício. O hospício era instituição disciplinar para reeducação do louco/alienado, o médico/alienista, a figura de autoridade a ser respeitada e imitada nesse projeto pedagógico e, os trabalhadores de enfermagem, os atores coadjuvantes nesse processo, os executores da ordem disciplinar emanada dos médicos.

Acreditamos na possibilidade de se construir no cotidiano, nos confrontos e nas contradições entre o processo de reprodução e recriação, próprios da prática de enfermagem, um processo contra-hegemônico que, identificado com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, resgate os atores envolvidos (trabalhadores e usuários) como sujeitos sociais (MELO 2000). Consideramos que, principalmente nesse processo

cotidiano, é onde reside a potencialidade implícita de autonomia profissional dos enfermeiros. Nesse processo, conforme apontado em alguns estudos, através da utilização de mecanismos de resistência velada, difusa e até explícita aos saberes e práticas médicas psiquiátricas dominantes, encontra-se a possibilidade de sua ruptura. (GUSSI, 1994). Parece ser, portanto, nesse processo de constituição dos profissionais como sujeitos sociais, sujeitos-cidadãos que, ao se perceberem criticamente como corresponsáveis por um trabalho coletivo, também se responsabilizam por todos os atos desse trabalho e utilizam (ou não utilizam) as possibilidades de ruptura com os saberes e práticas hegemônicas, que reside a possibilidade de superação das práticas custodiais e burocráticas do trabalho de enfermagem em saúde mental.

Nesse contexto do trabalho de enfermagem em saúde mental, marcado historicamente pelo modelo médico disciplinador de sujeitos e de comunidades, onde as práticas de enfermagem eram subordinadas e coadjuvantes do processo médico-político disciplinador, o enfermeiro é, potencialmente, importante agente de mudança; entretanto, essa potencialidade estará diretamente relacionada ao grau de consciência desses trabalhadores.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória, pois, segundo Gil (2002) tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícitos ou a construir hipóteses. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. É descritiva, pois tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis, levantar opiniões, atitudes e crenças de um grupo ou comunidade com abordagem quantitativa.

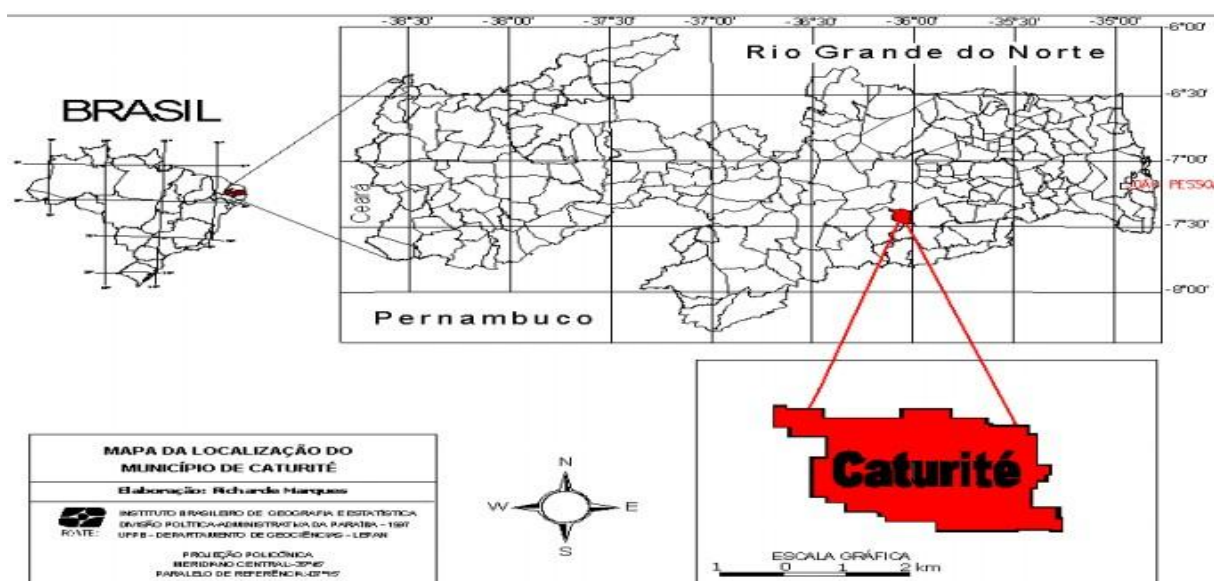
4.2 Caracterização da área de estudo

A pesquisa foi realizada no município de Caturité-Pb (Figura 1), localizada a 133 quilômetros da capital João Pessoa do estado, o município possui uma população de 5.015 (IBGE, 2012), localizado na região do cariri oriental.

Seu nome surgiu baseado na lenda do índio Caturité, que se destacou na luta contra os portugueses, invasores, liderados pelo capitão-mor Antônio de Oliveira Ledo. Segundo Irineu Jofily (1889) nos anos de 1670, a região era recoberta por matas virgens, o rio Paraíba, cortava a serra de Cornoio e seguia o curso para o mar. Na serra cheio de fontes d'água, habitava a tribo Bodopitá, uma das mais valentes da tribo Cariri, cujo chefe era Caturité.

A economia do município está baseada na produção agrícola, são desenvolvidas culturas de subsistência, como milho e feijão e o cultivo de capim para alimentação bovina. A pecuária ocupa lugar de destaque, principalmente com a criação de gado leiteiro (IBGE, 2012).

Figura 1: Localização geográfica do município de Caturité – PB.



Fonte: Rêgo, 2009.

A população de usuários cadastrados no Programa Saúde Mental do município de Caturité é de 555 indivíduos que corresponde a 11,6 % da população total, sendo 235 do sexo feminino correspondendo a 4,6% e 220 do sexo masculino o que corresponde a 4,3% (SIAB – 2013).

A Assistência à Saúde é disponibilizada através de três Unidades Básica de Saúde sendo uma na Sede, uma no Distrito de Curralinho, uma na Comunidade de Pedra Dáguae três Unidades Âncoras do Programa de Saúde da Família – PSF, que atuam com três equipes nas comunidades rurais. Contando também com Assistência a Farmácia Básica, Fisioterapia e diversas especialidades através do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISCOR) um Laboratório ,uma Poloclínica e uma equipe do NASF.

A pesquisa foi realizada com profissionais que atuam na ESF em Três unidades de saúde sendo uma situada na zona urbana e duas unidades localizadas na zona rural do município.

A escolha da área deu-se pela necessidade de estudos relacionados à saúde mental, buscando melhorias na implementação da Política de Saúde Mental no município de Caturité. O trabalho também é o primeiro passo para elaborações de ações e estratégias voltadas para contribuir para os problemas de saúde mental vivenciados no município.

4.3 População amostra

A população foi constituída por profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família do município de Caturité- PB. A amostra foi constituída por dois enfermeiros, dois médicos e um técnico de enfermagem.

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Trabalhar na Unidade de Saúde da Família;
- Ser maior de idade;
- Aceitar participar do estudo.

Foram excluídos os que não se enquadravam dentro desses critérios. Vale ressaltar que quatro profissionais que estavam previamente selecionados para compor a amostra, no momento da entrevista se recusaram a participar; ficando assim a amostra composta por cinco profissionais.

4.4 Instrumentos para coleta de dados e período de coleta de dados

Os dados foram coletados através de um questionário semi-estruturado com perguntas sobre o conhecimento dos entrevistados acerca da atenção de saúde mental e os desafios enfrentados no município.

Os dados da pesquisa foram coletados pelo próprio pesquisador através da técnica de entrevista com questionário semi-estruturado.

A amostra foi constituída por cinco profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família, durante o período de 03 a 15 de Setembro de 2014.

4.5 Tratamento e análise dos dados

Para tratamento dos dados foram construídos gráficos com frequência absoluta e relativa percentual. Para isso, utilizou-se o programa Microsoft Excel. Os dados foram analisados à luz da literatura pesquisada.

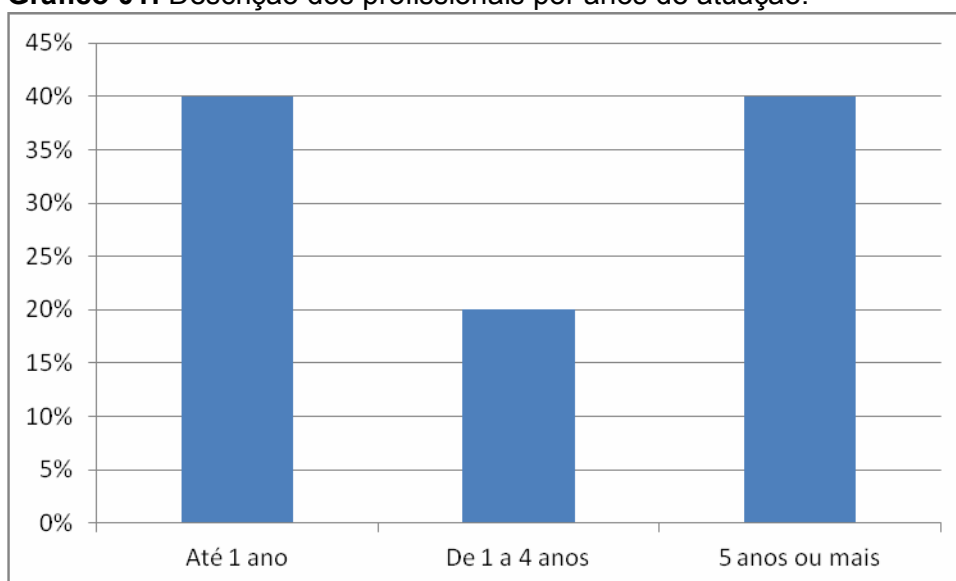
5. RESULTADO E DISCUSSÃO

A atenção em saúde mental no Brasil, nas últimas três décadas, tem passado por mudança de paradigma assistencial iniciada com a Reforma Psiquiátrica. A desinstitucionalização, um dos seus pilares principais desse movimento, é compreendida para além das medidas relativas à deshospitalização e que inclui a reinserção social e a quebra de estigmas.

Após mais de 20 anos de reivindicações iniciadas pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que foram impulsionados pelo Movimento pela Reforma Sanitária, na década de 1980, o Brasil conquistou mudança significativa na legislação de saúde mental, com a promulgação da Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (NASI, 2008).

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), no Brasil, sustentada por esta lei, segue a tendência mundial de organização de práticas comunitárias de cuidado em substituição aos procedimentos institucionalizados para tratamento. A PNSM propõe diversos dispositivos para a atenção em saúde mental que devem ser articulados em rede, cujos atendimentos deverão ser realizados em Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência e Núcleos de Atenção Psicossocial (MACÊDO, 2010).

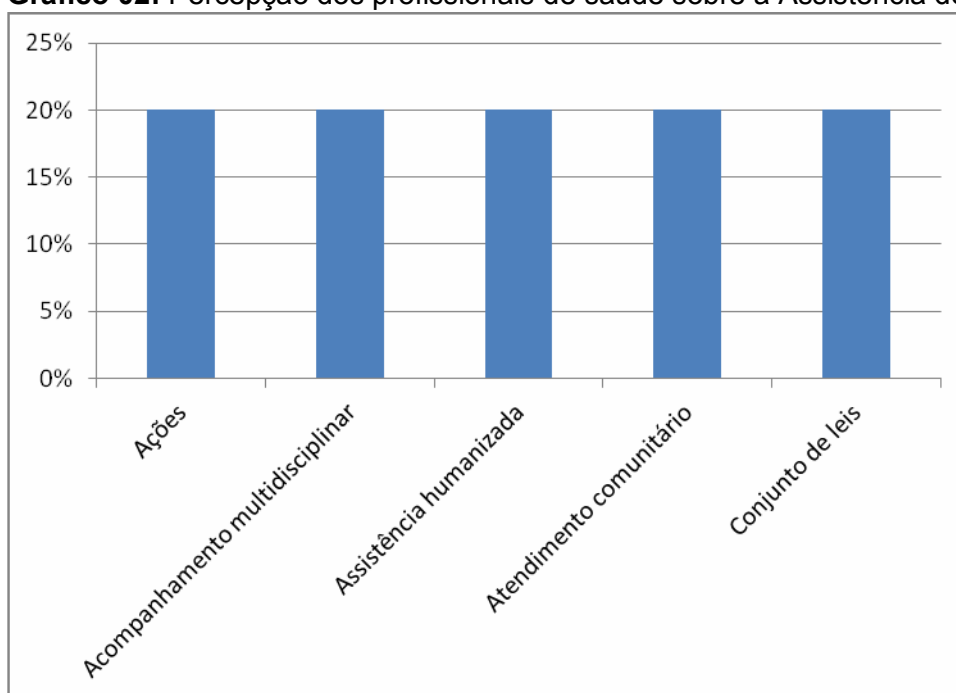
A o tempo de atuação dos profissionais de saúde no município de Caturité ainda é curto em comparação com o tempo necessário para o desenvolvimento de uma estratégia sólida para os pacientes que precisam de um acompanhamento sistemático de saúde mental (Gráfico 01).

Gráfico 01: Descrição dos profissionais por anos de atuação.

Fonte: Pesquisa de Campo OUT/DEZ, 2014.

Os profissionais que atuam na atenção básica já possuem em sua maioria (40% - Gráfico 01) uma experiência prática bem consolidada, de modo que suas experiências de trabalho facilitam a sua atuação na prática da promoção da Política de Saúde Mental.

É importante reconhecer a complexidade do entendimento do modelo de atenção psicossocial na Política de Saúde Mental pelos profissionais de saúde, cujas ações dos profissionais dos serviços de saúde são norteadas pelo estabelecimento de vínculos afetivos e profissionais entre as pessoas, com vistas ao resgate da cidadania, além de enfatizar a importância da inclusão da família no tratamento e na reabilitação (acompanhamento multidisciplinar, assistência humanizada e atendimento comunitário) (ROSA, 2009). Tais pressupostos tiram a ênfase das práticas de intervenção sobre a doença, da fragmentação do cuidado e da hegemonia do saber psiquiátrico, passando a considerar o sujeito em sofrimento psíquico no seu contexto cultural, familiar e social (Gráfico 02).

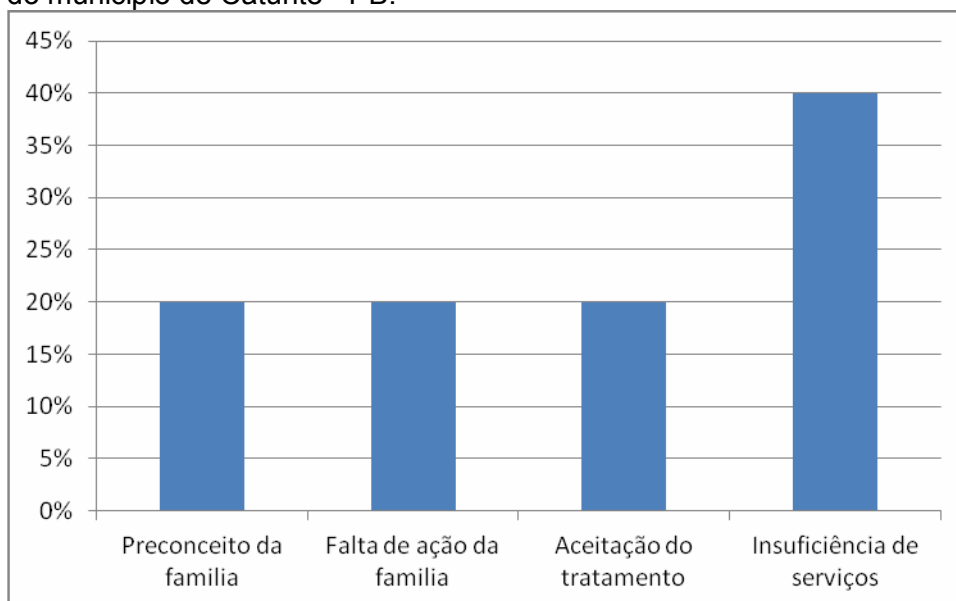
Gráfico 02: Percepção dos profissionais de saúde sobre a Assistência de Saúde Mental.

Fonte: Pesquisa de Campo OUT/DEZ, 2014.

A mudança de paradigma e das práticas em saúde mental gera nos profissionais sentimentos de angústia relacionado ao novo. O modelo de atenção psicossocial rompe com a prática tradicionalmente instituída que, via de regra, é reproduzida nos cursos de formação, colocando em questão a própria identidade do profissional. Vários desafios são enfrentados por esses profissionais para colocar em prática a Política de Saúde Mental (Gráfico 03).

No entanto, a visão dos cuidados primários para saúde mental ainda não foi realizada na maioria dos países. Falta de apoio político, gestão inadequada, serviços de saúde sobrecarregados e, por vezes, resistência da parte dos responsáveis pela formulação de políticas e pela parte dos profissionais de saúde, têm dificultado o desenvolvimento de serviços. Em vez disso, muitos países ainda confiam em abordagens ao tratamento ultrapassadas com base em hospitais psiquiátricos, que são majoritariamente ineficazes e com uma alta propensão a violações dos direitos humanos. Muitos países de baixo e médio rendimento não têm sequer infra-estrutura e serviços básicos de cuidados primários, o que dificulta o sucesso da integração da saúde mental (SILVEIRA, 2011).

Gráfico 03: Descrição das respostas dos entrevistados quanto à Atenção em Saúde Mental do município de Caturité - PB.



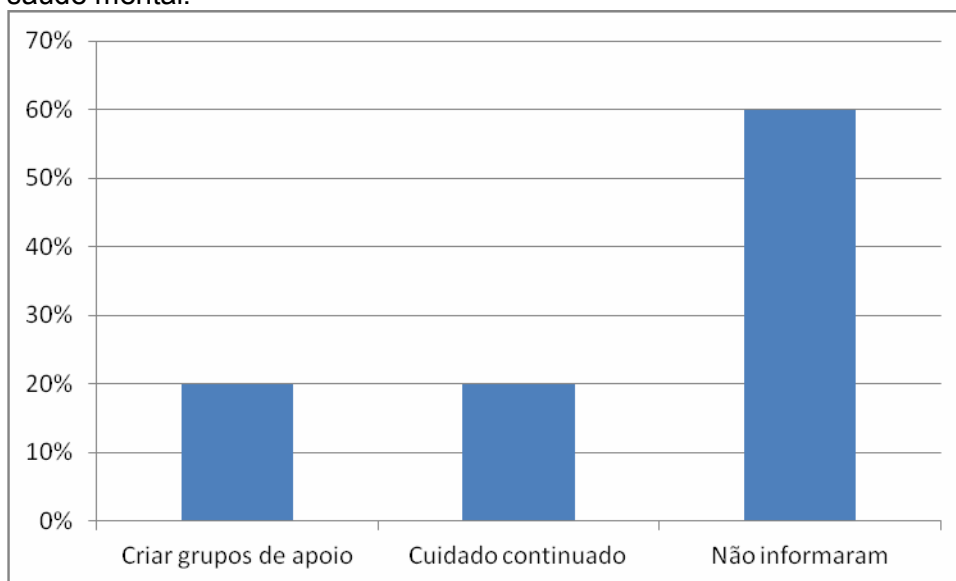
Fonte: Pesquisa de Campo OUT/DEZ, 2014.

O trabalho em saúde mental, necessariamente, deve ocorrer em equipe, embora esta nem sempre seja uma tarefa fácil. Os coordenadores entendem o trabalho dos profissionais como multiprofissional, mas não há uma definição de papéis e destacam a importância da interdisciplinaridade (KAPLAN et. al. 2007).

Se deve procurar pelas contingências, e não pelas causas, pois um evento histórico não deve ser visto como necessário, mas como decorrente de uma série de relações complexas procedidas entre outros eventos (AMARANTE, et. al. 2009).

Em princípio, a equipe deixa de ser um conjunto de categorias específicas para formar um novo coletivo, de forma interdisciplinar e responsável por atender as diferentes demandas e dimensões dos sujeitos em sofrimento mental. A interdisciplinaridade não propõe abolir as especificidades, busca a interação entre as categorias profissionais sem perder a especificidade. Percebemos que a maioria dos profissionais da saúde pesquisados ainda possuem uma barreira em relação as praticas que contribuem para a saúde mental, de modo que um numero reduzido de profissionais acenderam uma luz em relação a criação de grupos de apoio e cuidado continuado (Gráfico 04).

Gráfico 04: Percepção dos profissionais de saúde sobre as práticas que contribuem na saúde mental.



Fonte: Pesquisa de Campo OUT/DEZ, 2014.

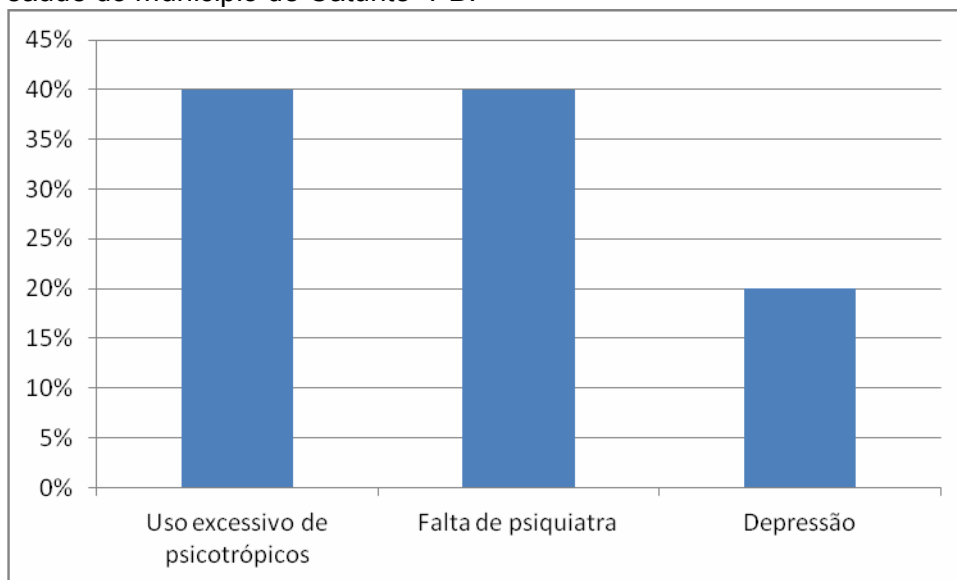
Os profissionais de serviços de saúde, é comum os profissionais da atenção a rede básica alegarem não terem tempo para atender a saúde mental, ou não se sentirem preparados ou capacitados para tal, e não reconhecerem a renovação de receita psiquiátrica como uma atenção que já realizam na área de saúde mental. Sendo a estratégia inicial de alguns profissionais da saúde mental, auxiliar para que os médicos da rede básica reconheçam que a renovação de receita psiquiátrica já é uma assistência em saúde mental e que é possível qualificá-la (CECCIM, 2012).

O Ministério da Saúde, a partir de 1990, editou várias Portarias, tanto para modificar a sistemática de remuneração das internações psiquiátricas, visando a reduzir o tempo de internação, como para criar outros procedimentos relativos à saúde mental, além das internações e consultas ambulatoriais, dando início à atual Política Nacional de Saúde Mental.

Percepções errôneas em relação à natureza das perturbações mentais e ao seu tratamento têm contribuído para que estas tenham sido negligenciadas. Por exemplo, muitas pessoas pensam que as perturbações mentais afetam apenas um pequeno subgrupo da população, mas a realidade é que 60% das pessoas que vão a consultas no nível dos cuidados primários têm uma perturbação mental diagnosticável. Outras pessoas pensam que as perturbações mentais não podem ser tratadas, mas é sabido que existem tratamentos eficazes e que estes podem ser utilizados com sucesso no nível dos cuidados primários. Alguns acreditam que as

peças com perturbações mentais são violentas ou instáveis, e, portanto devem ser encarceradas, quando na verdade a vasta maioria dos indivíduos afetados não é violenta e são capazes de viver produtivamente dentro das suas comunidades (COSTA, et. al. 2010).

Gráfico 05: Descrição dos problemas de saúde mental percebidos pelos profissionais de saúde do município de Caturité -PB.

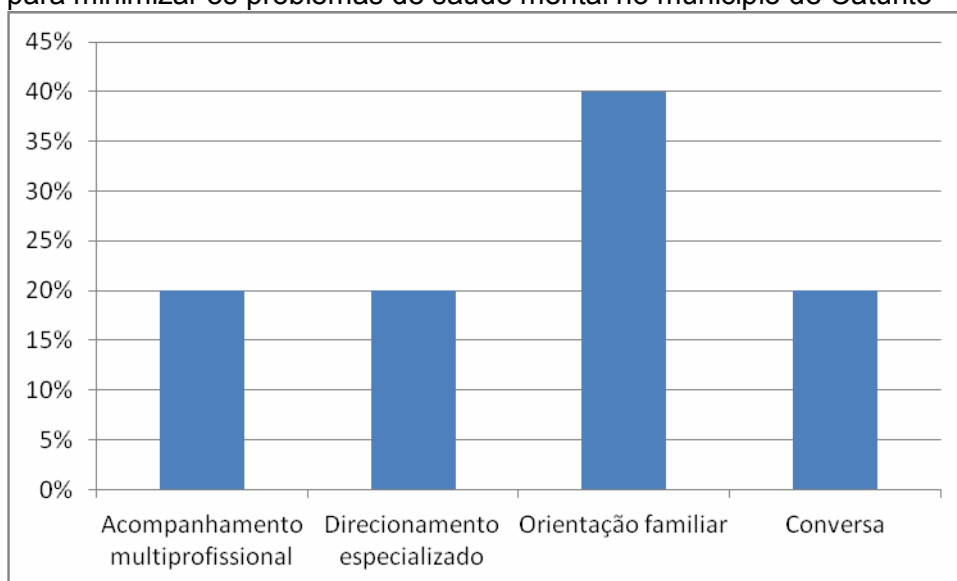


Fonte: Pesquisa de Campo OUT/DEZ, 2014.

Segundo os profissionais de saúde pesquisados as práticas de saúde mental deveriam ser pautadas na integralidade da orientação familiar, conversa, acompanhamento e direcionamento especializado (Gráfico 06). A equipe multiprofissional que procura trabalhar de forma interdisciplinar em locais de tratamento diversificados deve estar focada não mais na doença, mas no sofrimento existencial do sujeito e na sua relação com a sociedade. O meio social do indivíduo e a visão da família devem ser considerados na reabilitação psicossocial e a reintegração sociocultural dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Com relação aos profissionais pesquisados, perceberam-se a dificuldade em inserir alguns desses profissionais para a prática da Política de Saúde Mental. A observação advinda de experiência profissional permite constatar que esta é uma realidade em vários serviços de saúde, em que vários profissionais desenvolvem seu trabalho sem compartilhar suas experiências com a equipe e, conseqüentemente, deixa de tomar conhecimento e acompanhar as práticas terapêuticas por ela empreendidas.

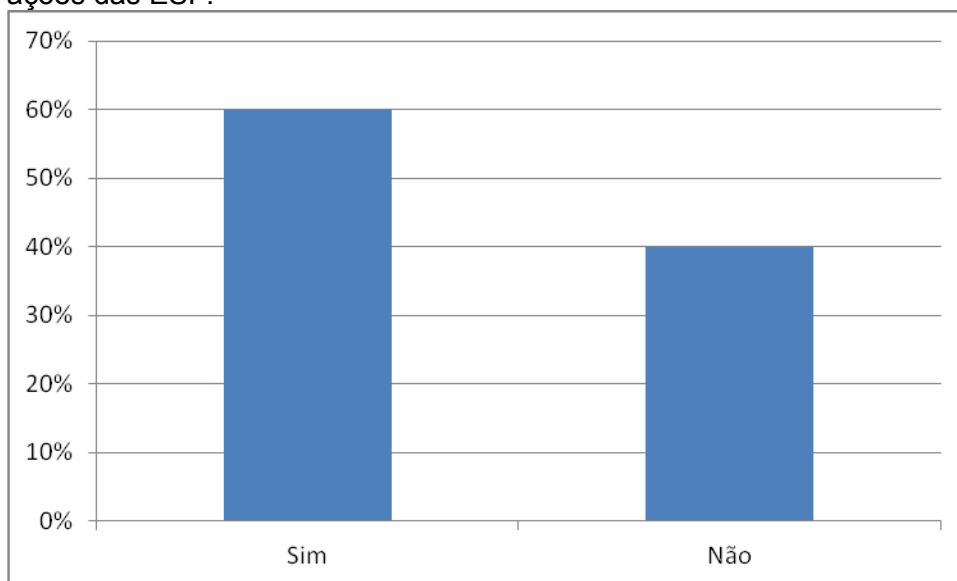
Gráfico 06: Descrição das respostas dos entrevistados acerca das ações que contribuem para minimizar os problemas de saúde mental no município de Caturité –PB.



Fonte: Pesquisa de Campo OUT/DEZ, 2014.

Segundo as visões dos profissionais de saúde pesquisados o tratamento medicamentoso nas são mais aplicáveis para a saúde mental em relação à utilização de outras estratégias (Gráfico 07). As abordagens terapêuticas antigas, muitas vezes alienaram os indivíduos com desabilidades mentais severas de um sistema de suporte natural e em muitos casos reforçaram o abandono. Os modelos de tratamento psicodinâmico derivam dos paradigmas que tendem a excluir as famílias de informações e do envolvimento no processo terapêutico. Os modelos de terapia familiar, por outro lado, têm envolvido os membros da família no tratamento com a premissa de que os sintomas irão desaparecer mediante a manutenção da homeostase de um ambiente familiar funcional (WAIDMAN et. al. 2010).

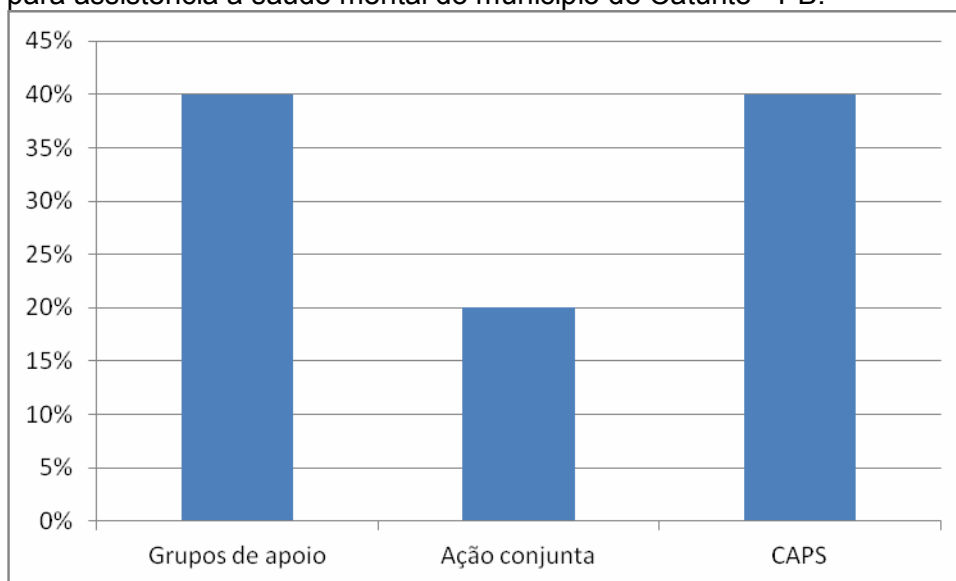
Gráfico 07: Opinião dos profissionais de saúde em relação ao tratamento medicamentoso e ações das ESF.



Fonte: Pesquisa de Campo OUT/DEZ, 2014.

Segundo os profissionais pesquisados o município necessita principalmente de um Caps (40%) e gupos de apoio (40%), (Gráfico 08). O Ministério da Saúde define que o Caps é um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde, que tem como objetivo acolher as pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BERENSTEIN, 2007). É sua função, ainda, organizar a demanda e a rede de saúde mental em seu território, supervisionando e capacitando os profissionais da rede básica e das unidades hospitalares, regulando a porta de entrada da rede de assistência e cadastrando os pacientes que utilizam medicação psiquiátrica.

Gráfico 08: Percepção dos profissionais de saúde em relação as necessidades de melhoria para assistência à saúde mental do município de Caturité - PB.



Fonte: Pesquisa de Campo OUT/DEZ, 2014.

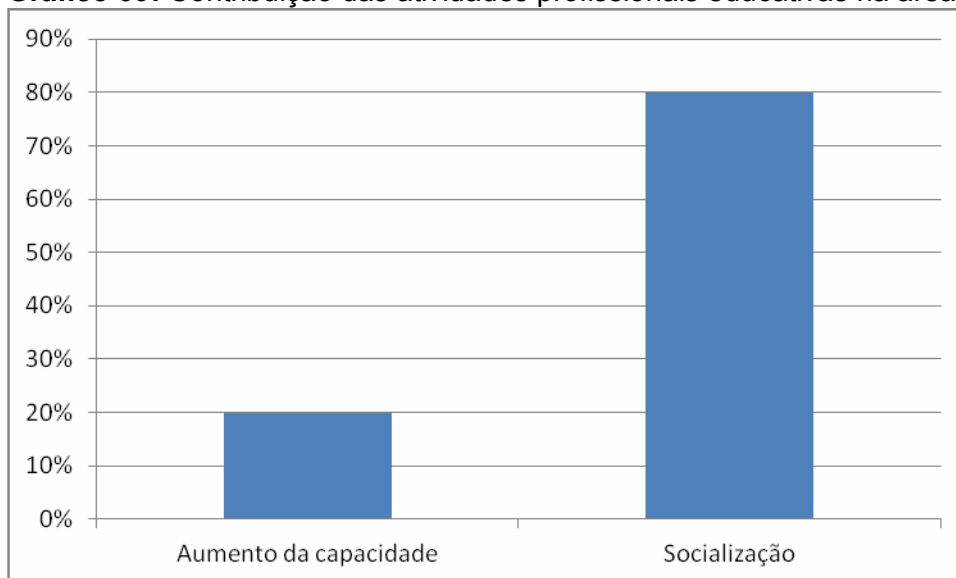
Os cuidados de saúde mental prestados nos serviços de cuidados primários gerais são o primeiro nível de cuidados dentro do sistema de saúde formal. Serviços essenciais a este nível incluem a identificação precoce de perturbações mentais, o tratamento de perturbações mentais comuns, a gestão de pacientes psiquiátricos estabilizados, a referenciação para outros níveis quando necessário, a atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas físicos, e a promoção e prevenção de saúde mental. Em países desenvolvidos os cuidados primários são prestados principalmente por médicos, enquanto em países de baixo e médio rendimento, os enfermeiros prestam a maior parte dos cuidados primários (SILVEIRA, 2011).

A partir da questão norteadora sobre a contribuição das atividades educativas para a saúde mental os profissionais pesquisados em sua maioria apresentaram a socialização como uma grande contribuição para a melhoria da saúde mental (Gráfico 09).

Historicamente, a psiquiatria não considerava o paciente como sujeito ativo do seu tratamento, não envolvia a sua família e não valorizava a sua história, cultura, vida cotidiana e qualidade de vida, assim, o principal foco de atenção era a doença. A partir da reforma psiquiátrica, os serviços de atenção à saúde mental têm enfatizado que o sofrimento mental apresenta prognóstico mais otimista se o usuário for tratado na comunidade onde vive e adoeceu, por isso, atualmente, tem

aumentado o interesse pela qualidade de vida do portador de sofrimento mental tratado na comunidade (ESPIRIDIÃO, 2010).

Gráfico 09: Contribuição das atividades profissionais educativas na área de saúde mental.



Fonte: Pesquisa de Campo OUT/DEZ, 2014.

A continuidade dos cuidados é um elemento chave de cuidados primários eficazes, e quando há uma relação continuada entre um profissional de saúde individual e um paciente, a qualidade dos serviços de saúde mental nos cuidados primários deverá melhorar.

Os serviços ao nível de cuidados primários são geralmente os mais acessíveis, baratos e aceitáveis para as comunidades. Quando a saúde mental está integrada como parte destes serviços, o acesso é melhorado, é mais provável que as perturbações mentais sejam identificadas e tratadas, e os problemas de comorbilidade física e mental sejam geridos de uma maneira contínua (CECCIM, 2012).

Os serviços de saúde mental comunitários são basicamente serviços de saúde mental especializados, baseados na comunidade. Incluem centros de dia, serviços de reabilitação, equipas de crise móveis, serviços terapêuticos e residenciais supervisionados, lares comunitários, apoio domiciliário, apoio a famílias e outros serviços de apoio. Apesar de apenas alguns países serem capazes de assegurar o conjunto completo de serviços de saúde mental baseados na comunidade, uma combinação de componentes baseados nas necessidades e

requisitos locais é essencial. Os serviços de saúde mental comunitários fortes são particularmente essenciais como parte de qualquer programa de desinstitucionalização, assim como para prevenir hospitalizações desnecessárias (CECCIM, 2012).

Tem sido verificado que as pessoas que recebem bons cuidados comunitários têm melhores resultados de saúde e de saúde mental, e melhor qualidade de vida, do que as tratadas em hospitais psiquiátricos. Para maximizar a sua efetividade, são necessárias ligações fortes com outros serviços para cima e para baixo na pirâmide de cuidados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aferimos que podemos destacar a importância do conhecimento teórico sobre saúde mental, embora não seja suficiente para direcionar as práticas de estabelecimento de vínculo e responsabilização no município, segundo preconiza o modelo de atenção psicossocial da Política Nacional de Saúde Mental. Os temas mencionados pelos entrevistados relacionam-se às questões relevantes para a busca de práticas e estratégias aplicáveis no município. Considerando fundamental o desenvolvimento de habilidades e atitudes para atuar em saúde mental, como capacidade de formação de vínculo, afinidade com a área, saber trabalhar em equipe, e ter consciência coletiva e de participação social.

Vale resaltar que nem todas as pessoas que atuam na área da saúde têm habilidades ou preparo emocional para trabalhar com transtorno mental. Não basta só o conhecimento; temos que ter visão, gostarmos, adquirirmos um vínculo para ficar nessa área. O profissional que atua pensando em fazer somente o seu trabalho, aquilo que ele aprendeu na faculdade, se for só isso, ele não está dando a contribuição para as futuras gerações também. A gente, enquanto ator social tem que pensar em construções coletivas. Uma coisa é você não ter noção, não ter curso, e uma coisa é você conviver e adquirir experiência, mas para isso acontecer, o profissional tem que querer. O trabalho na saúde mental é um exercício de luta constante na tentativa de inserir o paciente de Saúde Mental no contexto social promovendo sua dignidade e autonomia.

Enquanto profissional de saúde, pretendo buscar cada vez mais contribuir para o desempenho de ações que promovam a este grupo desenvolvimento de suas habilidades em um trabalho com uma equipe multidisciplinar no qual possa permitir o bom relacionamento com sua família bem como a sociedade, em processo educativo e inclusivo. Ressalto a importância da implantação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para melhor atender e direcionar ações qualificadas, terapêuticas e educativas como forma de promover saúde, qualidade de vida e dignidade a esse grupo é preciso acreditar nessas práticas de promoção da saúde conforme preconiza os princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA M. C. P; ROCHA J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo (SP): Cortez; 2001.

AMARANTE P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ):Fiocruz; 1995.

AMARANTE, P; TORRES, E. H. G. **A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Saúde em debate, 2009.

BARROS, Regina Benevides. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais**. In:*Loucura, Ética e Política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BERENSTEIN I. **Família e doença mental**. São Paulo (SP): Escuta; 2007.

BIRMAN J. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 1994.

CECCIM, R. **Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos**. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. Cuidado. As fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, CEPESC, Abrasco, 2012.

COSTA-ROSA A. **Saúde mental comunitária: análise dialética das práticas alternativas**. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia/USP; 1987.

COSTA, A.. LUZIO, C. A. YASUI, S. **Atenção Psicossocial - rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva**. In P. Amarante (coord.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2010.

Saúde mental e a atenção básica. Dynamis: rev. tecno-cient 2004.

ESPIRIDIÃO E. **Assistência em saúde mental: a inserção da família na assistência psiquiátrica**. Rev. Eletr. Enfermagem, 2010. Acesso em 17 de Dezembro de 2014. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_1/samental.html.

FREITAS, F. F. P. **Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica.** Cad. Saúde Pública 1998.

GUSSI M. A. **Institucionalização da psiquiatria e do ensino de enfermagem no Brasil.** Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1994.

KIRSCHBAUM D. I. R. **Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50.** Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/ UNICAMP; 1998.

KAPLAN H. I; SADOCK B. J; GREBB J. A. **Compêndio de psiquiatria clínica.** 9ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2007.

MACÊDO V. C. D; MONTEIRO A. R. **Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica.** Texto Contexto Enferm. 2010.

MELO C. M. M. **Divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo (SP): Cortez; 2000.

MELMAN J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo (SP): Escrituras, 2011.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo/ Rio de Janeiro (SP/RJ): Hucitec/Abrasco; 2008.

NASI C; STUMM L. K; HILDEBRANDT L. M. **Convivendo com o doente mental psicótico na ótica familiar.** Rev. Eletr. Enfermagem, 2008. Acesso em 10 de Dezembro de 2014. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/f6_mental.html.

OLIVEIRA A. M. N. de. **Compreendendo o significado de vivenciar a doença na família: um estudo fenomenológico e hermenêutico.** Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2012.

Organização Panamericana de Saúde-OPS/Organização Mundial de Saúde-OMS. **Conferência Regional sobre reestruturação da atenção psiquiátrica no contexto dos sistemas locais de saúde;** 1992. p. 5.

PIRES D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo (SP): Annablume; 1998.

ROSA L. **Transtorno Mental e o cuidado na família.** São Paulo (SP): Cortez; 2009.

SILVA G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica.** São Paulo (SP): Cortez; 1999.

SILVEIRA, E. R. **Práticas pedagógicas na saúde: o apoio matricial e a interconsulta integrando a saúde mental à saúde pública**. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

WAIDMAN M. A. P; ELSEN I; MOREIRA S. K. **Fatores que interferem na desinstitucionalização e reinserção do portador de transtorno mental na família**. Arq Apadec. 2010.

APÊNDICE:

Questionário realizado para a coleta dos dados

Entrevistadora:

1.0 Perfil da entrevistada:

- 1.1 - IDENTIFICAÇÃO :
- 1.2 Idade:
- 1.3 Profissão:
- 1.4 Unidade de Atendimento:

2.0 Informações sobre a participação no grupo de mulheres

2.1. Tempo que reside no local:

- a. () Até 1 ano b. () De 1 a 4 anos c. () 5 ou mais anos

2.2. Tempo que participa do grupo:

- a. () Até 1 ano b. () De 1 a 4 anos c. () 5 ou mais anos

3.0 Objetivo do Estudo

3.1 O que você entende por saúde?

3.2 O que entende por autocuidado?

3.3 Descreva sobre as práticas que contribuem com sua saúde?

3.4. Cite um problema de saúde que você considera importante na sua idade.

3.5 O que você procura realizar para minimizar este problema de saúde (indicado no item anterior)?

3.6 Você participa ou é assistido por algum programa da Atenção Básica?

()Saúde da mulher ()Hipertensão ()Saúde Mental

3.7 Ao participar deste(s) programa(s) que orientações você recebe sobre o autocuidado?

3.8 De que forma a atividade educativa tem contribuído na melhoria de sua qualidade de vida?

Agradecemos a sua participação e contribuição!

ANEXO




ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CATURITÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Severino Gervásio de Sousa nº 18 – Centro
CNPJ: 11.457.024/0001-90



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CATURITÉ** desenvolvida pela aluna **ADRIANA ROSILDA BARBOSA BEZERRA** do curso de Pós Graduação de Gestão em Saúde EAD da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, sob a orientação do professor **FLÁVIO SANTOS**.

CATURITÉ- PB, 09 DE NOVEMBRO DE 2014.


P/ **MARIA LÚCIA LEAL CABRAL**
Secretária Municipal de Saúde/ SMS Caturité

Prefeitura Municipal de Caturité
Secretária de Saúde
Tássia S. Cunha Castro
Coordenadora da Atenção Básica