



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

GLETE FABIANA VALE

**A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO HOSPITAL DE TRAUMA DE
CAMPINA GRANDE: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA PRÁTICA
PROFISSIONAL**

Campina Grande - PB
2011

GLETE FABIANA VALE

**A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO HOSPITAL DE TRAUMA DE
CAMPINA GRANDE: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA PRÁTICA
PROFISSIONAL**

Monografia apresentada no Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Estadual da Paraíba, como exigência para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^a. Ms. Monilly Ramos Araújo Melo

CAMPINA GRANDE – PB

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

V149a

Vale, Glete Fabiana.

A atenção psicossocial no Hospital de Trauma de Campina Grande [manuscrito]: uma abordagem a partir da prática profissional. / Glete Fabiana Vale. – 2011.

56 f.

Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Universidade Estadual da Paraíba. – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientadora: Profa. Ma. Monnily Ramos Araújo Melo, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde”.

1. Atenção psicossocial. 2. Hospital público. 3. Transtornos mentais. I. Título.

CDD: 362.19

GLETE FABIANA VALE

A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Monografia apresentada no Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Estadual da Paraíba, como exigência para obtenção do título de especialista.

Aprovada em 19 / 10 / 2011

BANCA EXAMINADORA

Monilly Ramos Araújo Melo
Profª. Ms. Monilly Ramos Araújo Melo
Orientadora

Sandra Amélia Sampaio Silveira
Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira
Profª. Ms. em Serviço Social
Departamento de Serviço Social

Maria Aparecida Nunes
Ms. Maria Aparecida Nunes
Profª Ms em Serviço Social
Departamento de Serviço Social

Dedico essa conquista a minha família, em especial aos meus pais, que nunca mediram esforços para colaborar na minha formação profissional. Dedico esta vitória, como uma forma concreta de retribuir todos os sacrifícios que vocês passaram por mim, e mostrar o imenso orgulho e agradecimento por ter espelhos de vida como vocês.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** pelo fortalecimento espiritual na luta pela realização dos meus objetivos;

Aos **Professores** do Curso de Especialização em saúde Mental e Atenção Psicossocial, por terem compartilhado conosco os seus saberes contribuindo para a nossa formação profissional;

A todos os **Colegas** do curso, pelo esforço e determinação em conciliar as atividades laborativas e a formação profissional. E por terem compartilhado momento de angústias, desânimo, revoltas e também alegrias;

Aos **meus pais**, que mesmo distante fisicamente, são presença constante em minha vida, responsáveis diretos pelo que sou hoje;

Aos profissionais do Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, que dividiram suas experiências profissionais contribuindo para elaboração desse trabalho;

A **Minha orientadora** Monilly, por ter aceitando me auxiliar na pesquisa, contribuindo com o conhecimento teórico. Obrigada pela paciência e compreensão.

A **minha irmã** Mara, que esteve comigo todos os momentos e sempre me incentivou para o término desse trabalho.

A **minha amiga** Tássia, companheira nas aulas e na vida. Obrigada amiga pela atenção e carinho.

As **Professoras** Sandra e Aparecida, por terem aceitado prontamente o convite para a banca.

“Do mais, do pouco que tenho de conhecimento, o cérebro ainda é um mistério, mas eu acho que a gente, como ser humano e com amor, poderemos melhorar a qualidade de vida dessas pessoas...” (Desconhecido).

RESUMO

VALE, Glete Fabiana. **A atenção psicossocial no Hospital de Trauma de Campina grande: uma reflexão a partir da prática profissional.** 2011, 00 f. Monografia. (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - UEPB, Campina Grande.

A atenção à pessoa com transtorno mental tem uma trajetória histórica permeada pelo isolamento, segregação, exclusão e não reconhecimento do indivíduo enquanto sujeito de direitos. Apesar dos avanços e conquistas alcançados pelo processo de reforma psiquiátrica, ainda existem grandes lacunas no acesso e no modo como o usuário é acolhido nos serviços, principalmente nos de atendimento às urgências. No hospital geral, a lógica norteadora focaliza-se na doença, em detrimento da análise do sujeito e de suas necessidades. Sendo assim, esse trabalho procurou averiguar a atenção e o cuidado em saúde dispensados às pessoas atendidas na unidade para tratar de problemas clínicos, porém são acometidas por algum sofrimento psíquico. O estudo foi desenvolvido no Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande com 12 profissionais de diferentes categorias. Para coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, dividida em duas partes; a primeira com a aplicação de um questionário sócio demográfico sobre os profissionais e a segunda com as perguntas sobre a temática. Os dados coletados foram posteriormente categorizados e analisados com base na análise de conteúdo de Laurence Bardin. Foi identificada a dificuldade de conhecimento dos profissionais sobre o assunto, bem como os resquícios de estigma e preconceito fundamentados nas antigas concepções de loucura. Nesse sentido, alguns desafios precisam ser sanados, buscando uma nova forma de acolhimento e atenção, respeitando as limitações e direitos dos usuários e buscando a articulação com o restante da rede de serviços, entre outros.

Palavras Chaves: atenção psicossocial, hospital geral, reforma psiquiátrica

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	09
2 - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE REFORMA PSQUIÁTRICA	11
2.1-Breve retrospectiva sobre a reforma psiquiátrica no mundo.....	11
2.2-Trajectoria histórica da reforma psiquiátrica brasileira.....	16
3- REFLETINDO SOBRE O ACOLHIMENTO E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL	19
3.1- Conceituando a noção de cuidado.....	19
3.2- Considerações sobre o hospital enquanto dispositivo de saúde mental.....	21
4- O PERCURSO METODOLÓGICO	25
4.1- O método.....	25
4.1.1- Locus da pesquisa.....	25
4.1.2- Amostra.....	25
4.1.3- Instrumentos utilizados.....	26
4.1.4- Procedimentos para coleta de dados.....	26
4.1.5- Análise dos dados.....	26
4.2- Resultados e discussão.....	28
4.2.1-Conhecendo o perfil dos profissionais entrevistados.....	28
4.2.2Construindo as categorias.....	32
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

A atenção à pessoa com transtorno mental remete a uma trajetória histórica permeada pelo isolamento, segregação, exclusão e não reconhecimento do indivíduo enquanto portador de direitos.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, 12% da população brasileira, ou seja, 23 milhões de pessoas, necessitam de algum atendimento em saúde mental e pelo menos 3%, cerca de 5 milhões sofrem com transtornos mentais graves e persistentes. (REVISTA RADIS, 2010)

Conforme está previsto na Constituição Federal de 1988, “a saúde é direito de todos e dever do estado”. Fazendo jus a esse preceito constitucional e como estratégia de implementação do processo de reforma psiquiátrica foi instituída a Política Nacional de Saúde Mental. Iniciando, portanto a transição do modelo de atenção hospitalocêntrico até então predominante, culminando na criação dos serviços substitutivos, entre outros meios de atendimento a essa demanda.

Nesse novo modelo, surge o conceito de atenção psicossocial como princípio norteador das ações em saúde mental. Conforme assinala Costa Rosa (2006), no modo de atenção psicossocial a equipe de saúde mental passa a ter como objeto de cuidado o sujeito em sofrimento psíquico e a sua relação com o corpo social, considerando, além da dimensão biológica, as dimensões social, psíquica e cultural.

Sendo assim, as ações dos profissionais de saúde devem ser direcionadas para a promoção da saúde, da cidadania e da reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico. Apesar dos avanços e conquistas, ainda existem grandes lacunas no acesso e no modo como o usuário em sofrimento psíquico, é acolhido nos serviços, especificamente nos que não são considerados substitutivos, a exemplo do hospital geral.

No hospital a lógica norteadora focaliza-se na doença, em detrimento da análise do sujeito e de suas necessidades. Os profissionais, em muitas vezes encontram-se atarefados, o que dificulta a reflexão e mudança de práticas rotineiras e mecanizadas. Nesse sentido, alguns desafios precisam ser sanados, a exemplo da superlotação, do desrespeito aos direitos dos usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros.

Com o entendimento de que temos que dar respostas a essa demanda crescente, é que surgiu a inquietação que motivou a realização desse estudo.

Inicialmente percebemos a dificuldade dos profissionais em acolher e entender os pacientes que são internos com problemas clínicos e que trazem consigo a “tarja” do transtorno mental, provocando algumas inquietações. Como está sendo o cuidado e o acolhimento dispensado a essas pessoas? Qual o entendimento dos profissionais quanto à reforma psiquiátrica e ao processo de mudança que perpassa o atendimento da pessoa em sofrimento psíquico? Até que ponto a técnica está sendo priorizada em contrapartida da análise da subjetividade dos sujeitos?

Nessa perspectiva de mudança no modelo de atenção instituído com o processo de reforma psiquiátrica que está à relevância desse trabalho, visando à melhoria do atendimento na rede de cuidados e numa melhor qualidade de vida dessas pessoas que por muito tempo foram vistas como incapazes, ficando assim à margem da sociedade.

Sendo assim, o estudo foi resultado da pesquisa realizada no Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande, cujo objetivo foi analisar a atenção psicossocial dispensada ao usuário interno com comorbidade clínico psiquiátrica, identificando de modo mais específico as formas de acolhimento e cuidado dispensados, além de averiguar o entendimento dos profissionais quanto às temáticas da reforma psiquiátrica e transtorno mental.

O presente trabalho encontra-se estruturado em três capítulos. No primeiro fizemos uma breve discussão sobre como se deu o processo de reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo. No segundo capítulo analisamos o hospital enquanto um dispositivo de cuidado em saúde mental, enfocando a forma de cuidado e acolhimento dispensados aos usuários atendidos. E por fim, no terceiro capítulo, relatamos a pesquisa e apresentamos detalhadamente os resultados obtidos.

2-ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE REFORMA PSQUIÁTRICA

2.1– Breve retrospectiva sobre a reforma psiquiátrica no mundo

A trajetória histórica do processo de reforma psiquiátrica esta diretamente entrelaçada com o surgimento e desenvolvimento da psiquiatria, anteriormente denominada de alienismo. Surgiu na França como especialidade médica, sob a vigência da Revolução Francesa, tendo Philippe Pinel como seu percussor.

De acordo com Amarante (1996), “nas sociedades pré-modernas a loucura era tratada de formas variáveis, conforme a cultura local; ora como atributo de não humanos, ora como posse (do sujeito) pelos deuses ou demônios, ou transcendência à natureza humana”

A Revolução Francesa foi cenário histórico de inúmeras transformações sociais, políticas e econômicas, tendo rebatimentos significativos no campo da saúde, de modo particular na área da psiquiatria. Nesse contexto, a pessoa tida como louco era uma questão de natureza exclusiva da família, não se aplicando a ela, portanto, o princípio da igualdade, pois não se ajustando ao modo de produção, não pode ser tido como modelo de homem. O princípio da fraternidade era traduzido através do cuidado, porém na ótica da tutela.

É nesse contexto que se institui o hospital psiquiátrico, criado inicialmente não como instituição hospitalar, mas sim como espaço de caridade, tendo como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, desempregados e doentes. Para Pinel,

O primeiro, e mais importante, passo para o tratamento, seria o isolamento do mundo exterior. O isolamento - entendia-se a institucionalização/hospitalização integral - seria assim um imperativo fundamental para que o alienado pudesse tratar adequadamente. Afastava-se, pois, o alienado das interferências que pudessem prejudicar tanto a observação apurada, para a consolidação do diagnóstico mais preciso e correto, quanto o próprio tratamento moral que, como se poderia supor, requereria ordem e disciplina para que a mente desregrada pudesse novamente encontrar seus objetivos e verdadeiras emoções e pensamentos (AMARANTE, 2007, p.31).

Dessa forma, o alienismo, espalhou-se pelo mundo, principalmente após a publicação da lei francesa de 30 de junho de 1838, que foi a primeira lei de assistência aos alienados, reproduzindo os princípios e as estratégias defendidas por Pinel.

Contudo, as práticas defendidas pelo alienismo, desde o princípio sofreram inúmeras críticas, já que eram contraditórias aos ideais de igualdade, liberdade e fraternidade, defendidos pela Revolução Francesa.

No Brasil, temos uma das mais importantes e perspicazes críticas ao alienismo ou mesmo à sua versão contemporânea, a psiquiatria. Alias, trata-se de uma crítica não apenas ao alienismo, mas ao modelo de ciência positivista que o autorizou e o legitimou. Mas, curiosamente, essa crítica tão vigorosa não é proveniente de uma obra científica, e sim literária. Estou me referindo a *O Alienista*, de Machado de Assis, que é certamente, uma obra que todos os profissionais que lidam com a psiquiatria, a psicologia, a saúde mental e a atenção psicossocial deveriam conhecer com base de serias e profundas reflexões e não apenas como satisfação literária” (AMARANTE, 2007, p.37)

Após a devastação das duas grandes guerras mundiais, surgiram às primeiras experiências de reforma psiquiátrica, nesse período a sociedade voltou-se para o interior dos grandes hospícios e constatou as condições precárias e desumanas nas quais viviam os internos.

Amarante (2007) dividiu essas experiências em três grupos. O primeiro formado pela comunidade terapêutica institucional e pela psicoterapia institucional; o segundo pela psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva; e por fim, a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática.

Para os defensores do primeiro grupo o problema estava na maneira de gestão dos hospitais, assim teriam que serem introduzidas mudanças radicais de modo que o hospital viesse a ser uma instituição realmente terapêutica.

Assim passaram a realizar reuniões com centenas de pacientes, nas quais eram discutidos projetos, planos individuais, e propostas de trabalho que envolvia pacientes e funcionários.

A experiência ficou ainda mais conhecida com Maxwel Jones, a partir de 1959, quando recebeu maior sistematização e maior dinâmica. Jones passou a organizar ‘grupos de discussão’ e ‘grupos operativos’, envolvendo ainda mais os internos em seus tratamentos, chamando-os a participar ativamente de todas as atividades disponíveis. Ele entendia que a função terapêutica era uma tarefa que deveria ser assumida por todos, fossem os

técnicos, fossem os familiares, fossem os pacientes. Para tanto, introduziu reuniões e assembléias diárias, quando todos os aspectos relacionados à instituição eram debatidos” (AMARANTE, 2007 p.42)

Destaca-se também a experiência ocorrida na França durante o período pós-guerra, conhecida como psicoterapia institucional, tendo François Tosquelles como seu principal defensor.

O segundo grupo passou a ter visibilidade no final dos anos 50 e início dos anos 60, defendia a idéia de que o sistema hospitalar estava ultrapassado e que novos serviços deveriam ser criados para prestar a assistência terapêutica, a exemplo de hospitais-dia, centros de saúde mental, etc.

Nesse modelo destaca-se a “Psiquiatria de Setor”, de origem francesa, anterior à Psiquiatria Institucional. Nessa forma de tratamento, o objetivo principal era estender a psiquiatria até à população, evitando o isolamento do doente, ou seja, o mesmo era tratado no seu meio social e a internação caracterizava-se como uma das etapas do tratamento.

O hospital era dividido em setores, cada um correspondendo a uma região da comunidade, possibilitando a conservação dos hábitos e costumes de cada região na população interna. Havia ainda a continuidade no tratamento com a mesma equipe (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais), após a saída do hospital. Citando Amarante: “Pela primeira vez na história da assistência psiquiátrica se falou em regionalização”. Há que se considerar ainda, mediante estudos do referido autor, que foi a partir da Psiquiatria de Setor que surgiu a idéia do trabalho em equipe, a qual perdura até os dias atuais. (AMARANTE, 2007, P.46)

Ainda no segundo grupo destaca-se a “Psiquiatria Comunitária ou Preventiva”. Este modelo se desenvolveu na década de 1960, nos Estados Unidos, como parte dos programas de saúde elaborados no governo do Presidente Kennedy e teve bastante influência dos trabalhos de Caplan sobre Psiquiatria Preventiva. Ficou conhecido ainda como saúde mental comunitária.

(...), em seu entendimento, todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente. Na medida em que as doenças mentais eram entendidas como sinônimo de desordens, julgava-se poder prevenir e erradicar os males da sociedade. (AMARANTE, 2003)

Tal modelo disseminou-se por vários países e foi adotado durante um tempo pelas instituições oficiais de saúde – Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Nesse contexto surgiu também o conceito de desinstitucionalização, tornando uma das principais diretrizes da saúde mental nos Estados Unidos

No terceiro grupo inicia-se o processo de rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional, tendo como expoentes a antipsiquiatria e psiquiatria democrática.

A antipsiquiatria surgiu na Inglaterra, no final da década de 1950, através dos trabalhos de Laing e Cooper, com forte influência da Escola Antropológica de Palo Alto, Califórnia (EUA). Nesse modelo foram feitas críticas ao objeto, às teorias e aos métodos da Psiquiatria e Psicopatologia, buscando explicitar que a psiquiatria enquanto forma de conhecimento não estava respondendo às dificuldades advindas da doença mental.

Dessa forma, a antipsiquiatria rejeitava a doença mental, considerando a loucura como um fato social, isto é, o louco não era visto como doente que necessitava de um tratamento asilar, mas sim como um ser suscetível de mudanças pautadas na transformação da realidade social na qual estava inserido.

Na década de 1960 surge na Itália um movimento de superação do modelo asilar manicomial, cujo expoente é Franco Basaglia. A partir de sua experiência no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, inaugura uma nova forma de compreensão da loucura, que ficou conhecida como psiquiatria democrática. Esse modelo propôs a ruptura com o paradigma psiquiátrico clássico, questionando as bases científicas, culturais e políticas que o alicerçam.

Basaglia foi o primeiro a colocar em prática a extinção dos manicômios, traçando uma nova rede de serviços e estratégias de cuidado para lidar com as pessoas em sofrimento mental. O caráter revolucionário dessa nova proposta expressava-se não apenas pelos novos serviços que substituíam os manicômios, mas pelos mais variados dispositivos de caráter social e cultural, que incluíam cooperativas de trabalho, ateliês de arte, centros de cultura e lazer, etc. Nesse sentido, a Psiquiatria Democrática Italiana não negava a existência da doença mental, mas idealizou uma nova forma de se lidar com ela.

Em Gorizia, a primeira ação de Basaglia, foi melhorar a qualidade dos alojamentos e o cuidado com os internos deste hospital. No entanto, ao se defrontar com as condições miseráveis do hospital, percebeu que medidas administrativas e apenas humanizá-lo não seria suficiente e que intensas transformações se faziam necessárias tanto no modelo de assistência psiquiátrica quanto nas relações entre a sociedade e a loucura.

Com forte influência das idéias de Basaglia, em 1978 foi aprovada na Itália a “Lei 180” ou “Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana”, também conhecida popularmente como “Lei Basaglia”, a qual define o funcionamento dos centros de saúde mental, dos serviços de diagnose e cura, que correspondem a unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

Dessa forma, é perceptível que a Psiquiatria Italiana teve relevância e importância para a mudança dos modelos assistenciais em saúde mental na Itália e também em outras partes do mundo, como por exemplo, o Brasil, que será abordado em seguida.

2.2-Trajatória histórica da reforma psiquiátrica brasileira

A psiquiatria brasileira, em conformidade com a do resto do mundo, foi pautada mediante a reclusão do doente mental em locais onde imperavam a violência, a despersonalização do indivíduo e a intolerância, sem que fossem consideradas as necessidades individuais, nem tampouco os direitos enquanto cidadão. Por décadas, o atendimento a essa demanda esteve ligado ao modelo centrado no hospital, cujo tratamento oferecido limitava-se a internações prolongadas, mantendo a pessoa afastada do seu âmbito familiar e social.

A partir do final da década de 70, o Brasil iniciou um processo de discussões no campo da saúde mental, tendo como protagonistas profissionais da área da saúde e segmentos da sociedade – usuários e familiares – que questionam o modelo tradicional de assistência psiquiátrica baseado na internação manicomial, tal mobilização foi denominada de Reforma Psiquiátrica.

Esse movimento tinha o intuito de romper com o modelo hospitalocêntrico até então vigente, visando à transformação do modelo assistencial e a construção de um novo olhar para o “louco”, passando a tê-lo como cidadãos. Nesse novo modelo de cuidado, as pessoas com transtorno mental têm não só o acompanhamento terapêutico, mas também a oportunidade de inclusão social através do exercício efetivo dos direitos de cidadania. (AMARANTE, 2007)

O ano de 1978 é considerado como marco do início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Nesse ano surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Em 1987, como resultado da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizou-se dois eventos que marcaram o movimento em prol da transformação da assistência psiquiátrica brasileira: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, culminando com o que se convencionou chamar de Reforma Psiquiátrica Brasileira (OLIVEIRA, 2002).

A aprovação pelo Congresso Nacional da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre os direitos do portador de transtorno mental, tornou-se um marco na história da psiquiatria brasileira como produto de inúmeros debates sobre a assistência psiquiátrica, envolvendo profissionais da área de saúde, usuários e familiares. A referida lei foi fruto do Projeto 3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT – Minas Gerais), e passou doze anos em tramitação até a sua aprovação trazendo assim, novas prerrogativas para o tratamento psiquiátrico no país. De acordo com essa norma legal, a internação só deve ocorrer nos casos em que outros tratamentos não forem bem-sucedidos, proibindo também a internação de pessoas em instituições com características asilares.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi inspirada na psiquiatria democrática Italiana defendida por Franco Basaglia. É um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. Afirma-se no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios. Seu objetivo é não apenas humanizar as relações entre sujeito, sociedade e instituição, mas, sobretudo, construir outro lugar social para a “loucura”, a diferença, a diversidade e a divergência (Nicácio, 2001). Ao fundamentar-se nas idéias de desconstrução e invenção, não significa a reforma ou a humanização dos hospícios como querem muitos, mas a sua destruição radical. Ela propõe, acima de tudo, a criação de novos espaços e possibilidades de cuidado, de outras formas de sociabilidade que venham a substituir os manicômios (Oliveira, 2002).

Dessa forma, a Reforma orienta-se no eixo da política pública de saúde mental como ação extra-hospitalar, interdisciplinar e humanista, modificando atitudes de profissionais e da sociedade frente às concepções da natureza humana, doença mental e direitos de cidadania. Busca a superação do paradigma que reduz a “loucura” à doença mental, traçando novas possibilidades de atendimento, ao considerar o sujeito, sua história, sua subjetividade, seus limites e possibilidades e não apenas sintomas e diagnóstico. De forma que seu objeto deixa de ser a “doença mental” para ser o sofrimento do sujeito em sua complexidade individual, social, cultural, biológica e histórica.

Um dos objetivos da Reforma Psiquiátrica é a reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico, a partir do repúdio ao estigma e o preconceito à pessoa do “louco”. No entanto esse movimento ainda encontra percalços, sobretudo quanto às garantias das necessidades mínimas de sobrevivência humana para todos, tais como educação, saúde, lazer, geração de renda etc.

3-REFLETINDO SOBRE O ACOLHIMENTO E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL

3.1- Conceituando a noção de cuidado e acolhimento

A constituição do movimento de reforma psiquiátrica enquanto mecanismo de mudança do cotidiano da pessoa com transtornos mentais trouxe consigo diversas transformações na relação dos profissionais da saúde mental com a demanda, e, simultaneamente, um questionamento a respeito da sua própria prática. Dessa forma, requer que o cuidado em saúde se dê a partir de uma noção ampliada de saberes clínicos e epidemiológicos.

Mesmo diante de tantas mudanças ao longo do tempo, o ato de cuidar sempre esteve atrelado à vida humana passando por todas as etapas da vida desde o nascer até a morte. O cuidado exige doação, estar próximo, preocupar-se e ter responsabilidade com o outro. “É mais que um ato, é uma atitude” (BOFF, 2004).

O termo cuidado deriva-se do antigo inglês “carion” e das palavras góticas “Kara” ou “Karon”. Como substantivo, cuidado deriva-se de Kara, que significa aflição, pesar ou tristeza. Como verbo “cuidar” (de carion) significa “ter preocupação por”, ou “sentir uma inclinação ou preferência” ou ainda, “respeitar/considerar” no sentido de ligação, de afeto, amor, carinho e simpatia. (WALDOW, 1992).

Ainda sob a ótica do cuidado, é fundamental que os serviços de atendimento em saúde, sejam ele ou não direcionados à pessoa com sofrimento psíquico, tenham o acolhimento como mecanismo norteador de suas práticas. Tendo em vista que acolher não significa “que de forma tirânica e milagrosa todo aquele que procura o serviço seja por ele absorvido. Mas sim, que quem procure o serviço seja acolhido, ouvido e reconhecida à legitimidade da procura como uma forma de cuidado” (CAMPOS, 2003).

De acordo com Cecilio e Merhy (2003), o cuidado no hospital é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da junção da força de trabalho de vários profissionais. O cuidado dispensado ao paciente é o resultado de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando de forma harmoniosa entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do

hospital. Diante da rotina diária, esses cuidados muitas vezes são mecanizados e caracterizados pela ausência de humanização.

A noção de acolhimento perpassa pela mudança de relações entre o profissional/usuário e sua rede social, considerando o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (BRASIL-MS,2004)

Sendo assim consideramos que o acolhimento caracteriza-se como uma postura ética, baseada no compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Assim, compete a equipe multiprofissional colocá-lo em prática como diretriz operacional nos serviços de saúde, rompendo com qualquer tipo de estigma ou preconceito existente.

O estigma atribuído a doença mental ao longo do tempo, pode ser considerado como empecilho para a existência de práticas acolhedoras e geradoras de cuidado.

Segundo com Goffman (1988), estigma está relacionado a uma característica que difere ou quebra as expectativas normativas da sociedade e faz com que um indivíduo que poderia facilmente ser recebido na relação social cotidiana seja afastado, destruindo a possibilidade de atenção a outros atributos seus. Qualquer traço que fuja dos padrões “normais”, e que pode levar um grupo social a discriminar, rejeitar ou excluir uma pessoa ou grupo pode ser considerado estigma. A loucura é uma doença que traz consigo um histórico de estigma. Em grande parte, este estigma pode estar associado aos pressupostos de irrecuperabilidade, incurabilidade e imprevisibilidade atribuída à doença e ao doente mental como demonstram alguns profissionais da emergência.

3.2- Considerações sobre hospital enquanto dispositivo de saúde mental

Historicamente, a assistência à saúde no Brasil tinha seus espaços bem delimitados, ou seja, o hospital geral para doentes do corpo e o hospício para os da mente. Com o advento da Reforma Psiquiátrica iniciada aproximadamente em 1978, surgiu a possibilidade de os pacientes com transtorno mental receberem tratamento para as necessidades físicas e psíquicas no mesmo espaço e pela mesma equipe.

Durante um longo período, o hospital psiquiátrico foi um lugar de recolhimento do “louco”. Posteriormente identificou-se a incapacidade do hospício no sentido de proporcionar a melhora do paciente, instigando assim questionamentos sobre essa instituição.

Muitos movimentos surgiram, em âmbito mundial, propondo alternativas ao modelo hegemônico da psiquiatria, principalmente no período pós-guerra (2ª Guerra Mundial). A partir de então, o hospital geral passou a inserir-se, de uma forma muito tímida, nas práticas de atenção à loucura. No país, os anos 80 foram determinantes na busca de propostas de substituição do manicômio. Eles trouxeram consigo inquietações que culminaram em uma série de questionamentos a respeito da intervenção feita sobre a loucura. O movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica ganhou espaço e alimentou discussões que buscavam questionar a atenção prestada ao doente mental. Nesse contexto, o hospital geral ganhou terreno e passou a ser considerado o local adequado para a internação quando do recrudescimento dos sintomas da doença mental. (HILDEBRANDT, L.M. et al.)

Nessa conjuntura, nasce um novo entendimento sobre a saúde mental, a qual passa a ter importância relevante tanto quanto a saúde física, para o bem-estar dos indivíduos, das famílias, das sociedades e das comunidades. Que ambas se entrelaçam e que como muitas doenças físicas, os transtornos mentais e comportamentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Ou seja, que o comportamento de uma pessoa em matéria de saúde depende muito da saúde mental da mesma.

No caso específico o Brasil, a realidade vivenciada permitiu alguns avanços na legislação vigente, propiciando a implantação de um novo modelo de atenção à saúde mental, fundamentado em uma política de saúde mental capaz de romper com as práticas tradicionais das atuais organizações de prestação de serviços.

Diante do contexto da reforma psiquiátrica surgem serviços de saúde mental, com propostas para além dos hospitais psiquiátricos tradicionais, em regime fechado, são criadas ou repensadas novas possibilidades assistenciais importantes, tanto em hospitais quanto em lugares novos nos demais serviços e municípios. Sendo assim, faz-se necessário o atendimento do paciente em sofrimento psíquico no seu município de origem, ao longo de seu tratamento, dando suporte a ele e a sua família para que ocorra a estabilização do seu quadro clínico, possibilitando a sua reintegração na comunidade. Tendo como princípio conceder a todo paciente o direito de ser tratado e de ser atendido em sua própria comunidade e, sem qualquer forma de discriminação ou preconceito.

Assim, para Amarante (1995), a estratégia de organização de serviços de saúde mental vai ao encontro desta nova proposta, que enseja condições que conduzam à construção de uma prática de atenção à saúde mental mais justa, democrática e solidária. A referida estratégia vem disseminando-se desde a implantação da Portaria 224/92 do Ministério da Saúde, que incentiva o atendimento ambulatorial ou extra-hospitalar que deverá ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde, nos Ambulatórios Especializados, nos Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial.

Em virtude da necessidade de atualização das normas constantes da Portaria nº 224, nasce as Portarias nº 336 de 19 de fevereiro de 2002; nº 189 de 22 de março de 2002 e a nº 305 de 03 de maio de 2002, as quais vêm complementar a anterior, onde estabelecem que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II E CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional e classificam os tipos de atendimentos para os indivíduos que estão inseridos nos Centros de Atenção Psicossociais (BRASIL, 2002).

Diante de todas as mudanças que vêm ocorrendo no modelo assistencial em saúde mental, o hospital geral tem um papel preponderante no tratamento de pacientes com doença mental caracterizado como um espaço de construção da autonomia do autocuidado. Por isso, deve haver uma preocupação, por parte dos profissionais, em organizar e propor serviços capazes de atender de uma forma humanizada, levando em consideração a necessidade de cada ser humano.

No hospital geral coexistem varias especialidades para consulta imediata e de recursos diagnósticos para detectar a existência de distúrbios orgânicos que possam estar causando o transtorno psiquiátrico. Todavia, percebe-se a tendência de os profissionais de saúde de hospitais gerais se voltarem ao atendimento das necessidades físicas com pouca atenção ou, em casos mais extremos, deixarem de abordar os aspectos psíquicos e emocionais do paciente. Nele, também é possível evitar o isolamento da psiquiatria, ao integrá-la ao atendimento à saúde em geral, evitando a discriminação e a estigmatização do doente mental.

No caso específico do Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande, embora não seja uma instituição que tenha leitos psiquiátricos, atende uma considerável demanda de pessoas em sofrimento psíquico acometidos de alguma patologia clinica.

Durante essa assistência é perceptível alguns entraves, um fator que merece destaque é a presença de profissionais pouco comprometidos com o cuidado do paciente psiquiátrico e, conseqüentemente, com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. É importante que os trabalhadores da saúde, sem distinção de categorias, possam despir-se dos preconceitos e resistências e aprendam a conviver com a diferença. Sabemos que esse não é um processo fácil e que as mudanças não ocorrerão de uma hora para outra. Tais atitudes são compreensíveis à medida que até o momento a formação oferecida pelos cursos da área da saúde não está voltada para a capacitação destes profissionais, para prestar assistência a pessoa em sofrimento psíquico, em outro espaço a não ser o hospital psiquiátrico.

Ainda dentro da realidade do Hospital Regional, as internações de dependentes de álcool têm uma freqüência relevante. Quadros de abstinência alcoólica e agitação psicomotora não se adequam às possibilidades do hospital. “As pessoas com sintomas psicóticos francos acabam internando menos nestas enfermarias. Tanto os pacientes com um diagnóstico não psiquiátrico como a equipe, vêem tais indivíduos como obstáculos nesse local” (Hildebrandt, L.M. et al, 2001).

É imprescindível destacar também, a preocupação da equipe com os procedimentos clínicos, não que este tipo de cuidado não mereça atenção, porem é necessário a prática da escuta, do estar perto, de um toque afetivo, tão necessário durante um período de internação. Conforme Hildebrandt (2001), em se tratando de

pacientes psiquiátricos, a tendência é uma exigência maior, pois tais pessoas, cujo sofrimento mental se expressa através de alterações do comportamento, da linguagem, do pensamento, da senso-percepção, requerem da equipe paciência, tolerância, disponibilidade de tempo, capacidade de ser continente e acolhedor.

Não poderíamos deixar de abordar os inúmeros atendimentos a pessoas com intoxicação exógena, após tentativa de suicídio. Nesses casos, o procedimento adotado no atendimento do paciente limita-se apenas em atender os aspectos concernentes aos sintomas vinculados à área orgânica. Nunes (1988) *apud* Hidelbrand (2001) ressalta que,

O tratamento dos pacientes vítimas de tentativa de suicídio só é eficaz quando são consideradas as causas e as circunstâncias que o levaram a atentar contra a própria vida. Portanto, tratar apenas ferimentos e intoxicações assegura ao paciente à recuperação imediata, mas não previne reincidências e não ameniza o sofrimento básico.

Em um hospital de emergência, essa mecanização é perceptível tendo em vista que o atendimento é imediato. Quanto aos cuidados dispensados à pessoa com sofrimento psíquico essa realidade torna-se preocupante. A maior ou menor integralidade da atenção recebida é resultado da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital.

4- O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

4.1- O METÓDO

Analisar uma realidade institucional constitui numa tarefa complexa. Sendo assim, a pesquisa foi desenvolvida com base Na abordagem qualitativa de investigação, o que possibilitou o aprofundamento dos fenômenos trabalhando com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. (MINAYO & SANCHES, 1993).

4.1.1- Unidade de análise

O estudo foi desenvolvido no Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, localizado na cidade de Campina Grande. A instituição é responsável pelo atendimento a usuários em situação de doença que demandem urgência e emergência. Os usuários que procuram o atendimento são na maioria oriundos de populações com alto nível de vulnerabilidade social, advindos de municípios e estados circunvizinhos.

4.1.2-Amostra

A amostra da pesquisa foi composta por profissionais da equipe do Hospital Regional. Os sujeitos participantes foram enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem, sendo dois (02) de cada categoria, perfazendo uma amostra de doze (12) profissionais. Esses foram escolhidos por conveniência, através dos critérios de acessibilidade e disponibilidade, levando em consideração o plantão compatível ao da pesquisadora.

Convém salientar, que a pesquisa atingiu profissionais de contato direto com o usuário, excetuando-se a classe médica pela dificuldade de acesso desse profissional, calcada numa conjuntura cultural, diferenciada e elitista, a qual coloca o médico numa condição superior na hierarquia, conjuntura que atinge o espaço sócio ocupacional hospitalar em análise.

4.1.3- Instrumentos utilizados

A coleta das informações ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada, por ser considerada como uma técnica de investigação flexível e que pode ser aplicada para pesquisar qualquer assunto, além de proporcionar a captação imediata de informações.

A entrevista foi composta por duas partes, a primeira teve por objetivo levantar os dados de identificação e de caracterização dos profissionais, através de um questionário sócio demográfico (Anexo B). A segunda etapa teve por objetivo levantar as questões específicas do objeto em análise, conforme (Anexo A).

4.1.4- Procedimentos para coleta de dados

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o n. 0018.0.133.000-1, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os entrevistados foram informados da pesquisa, leram, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações sobre a pesquisa, ficando uma via com o participante e outra com o pesquisador.

4.1.5- Análise dos dados

Tendo em vista a realização de uma pesquisa de natureza qualitativa, os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo temático-categorial, dentro da perspectiva de Laurence Bardin (1977), mediante as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Para a autora, a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa social utilizada para realizarmos uma descrição objetiva das informações dos sujeitos, tendo como meta a interpretação destes discursos.

Após sucessivas leituras, os dados coletados foram delimitados por temas de interesse e relevância para o estudo. Sendo assim, as informações foram distribuídas nos grupos: saúde mental (I), assistência direta ao usuário (II) e atendimento institucional (III). Posteriormente na etapa final, os dados mais relevantes foram articulados e interpretados construindo as seguintes categorias de análise. A partir do grupo I identificou-se definição da política de saúde mental, compreensão acerca da reforma psiquiátrica; no grupo II, elucidou-se a dificuldade na abordagem e o estigma e preconceito; e por fim, no grupo III, foi discutido a inexistência da abordagem psicossocial, ausência de trabalho interdisciplinar e os entraves institucionais.

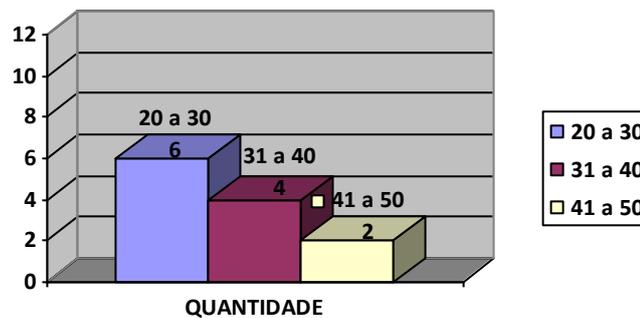
4.2- RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.2.1- Conhecendo o perfil dos profissionais entrevistados

Por considerar de primordial importância conhecer o perfil profissional dos sujeitos participantes foi aplicado um questionário sócio demográfico. Tendo como referência os dados coletados, esse instrumento foi pertinente na medida em que possibilitou a sensibilidade para análise de outros aspectos da pesquisa, dentre eles o social e formação profissional.

No tocante a faixa etária dos profissionais entrevistados foi identificada o seguinte:

Gráfico 1: Classificação dos profissionais quanto à idade

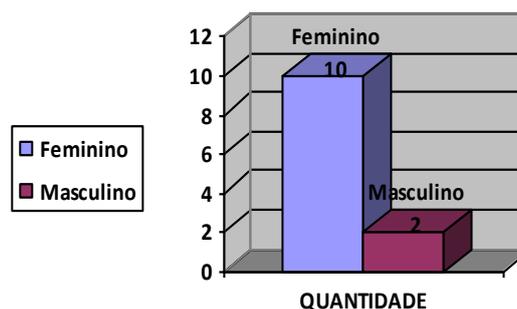


Fonte: Pesquisa direta-2011

Percebe que há um equilíbrio com relação à inserção no mercado de trabalho ainda em idade dita produtiva, no entanto essa variável não resultou na interferência dos resultados dessa pesquisa, podendo ser aprofundada em outro momento.

A análise da variável gênero evidencia uma diferença significativa entre os representantes, conforme demonstra o gráfico abaixo:

Gráfico 2: Classificação dos profissionais quanto ao gênero

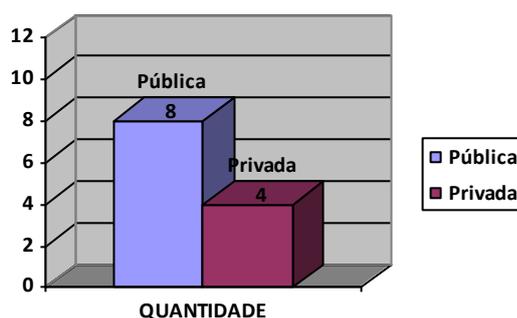


Com base na Pesquisa Nacional por amostra de domicílio- PNAD, Na sociedade brasileira, as diferenças de gênero em relação à educação são mais favoráveis às mulheres, que apresentam uma escolaridade superior à dos homens. Quanto à escolaridade, as mulheres brasileiras vêm se destacando em relação aos homens, especialmente nas áreas urbanas do País, onde apresentam, em média, um ano a mais de estudo que os homens. O Distrito Federal é a Unidade da Federação em que as mulheres apresentam a média de anos de estudo mais elevada no País (10,4 anos).

O aumento da qualificação das mulheres tem sido evidenciado pela análise dos dados das últimas PNADs. Em relação ao nível superior, as mulheres brasileiras sobressai-se de maneira significativa. Em 2007, do conjunto de estudantes deste nível, 57,1% eram mulheres, o que revela um aumento significativo em relação a 1997, quando o percentual era de 53,6%. O percentual relativo aos homens, em 1997, era de 46,4%, caindo, em 2007, para 42,9%. Esses resultados estão mostrando que os homens estão perdendo espaço universitário para as mulheres.

Com relação à qualificação e formação profissional foi analisada a natureza da instituição formadora e título de pós graduação. É válido informar que todos os profissionais concluíram a graduação relativamente recente, ou seja, a partir do ano de 2002.

Gráfico 3: Tipo de instituição formadora



Fonte: Pesquisa direta-2011

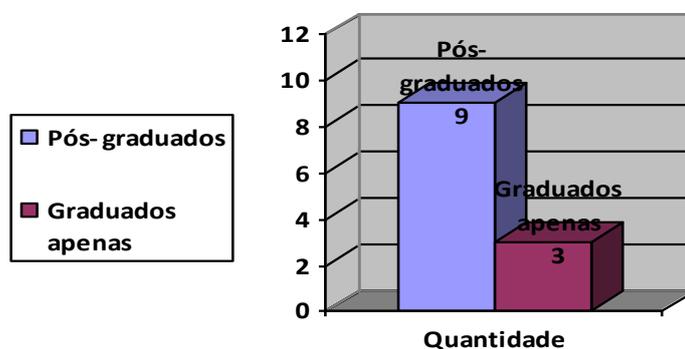
Ficou explicito que a universidade pública e gratuita ainda constitui como maior espaço formador de mão de obra, porém percebemos a necessidade de maior investimento dos setores competentes no sentido de melhorar a qualidade dessa formação. A elaboração das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde é

responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

No entanto, as últimas pesquisas têm demonstrado dados preocupantes com relação à realidade educacional brasileira. A PNAD 2009 revelou que, no nordeste 32,9% dos estudantes do ensino superior encontra-se em instituições públicas, enquanto que 67,1%, em faculdades particulares. Processo inverso ao encontrado no ensino fundamental na mesma região, na qual 86,9% dos alunos estão em escolas publicas 13,1% em particulares.

O processo de pós-graduação como uma fase do ensino que procura ampliar os conhecimentos e concepções da área, preparando os profissionais para intervir e modificar a prática. No que tange às áreas de especialização dos profissionais entrevistados, embora a maioria tenha o título, nenhum mencionou a formação na área de saúde mental, de acordo com o gráfico abaixo:

Gráfico 4: Profissionais com título de pós-graduação



Fonte: Pesquisa direta-2011

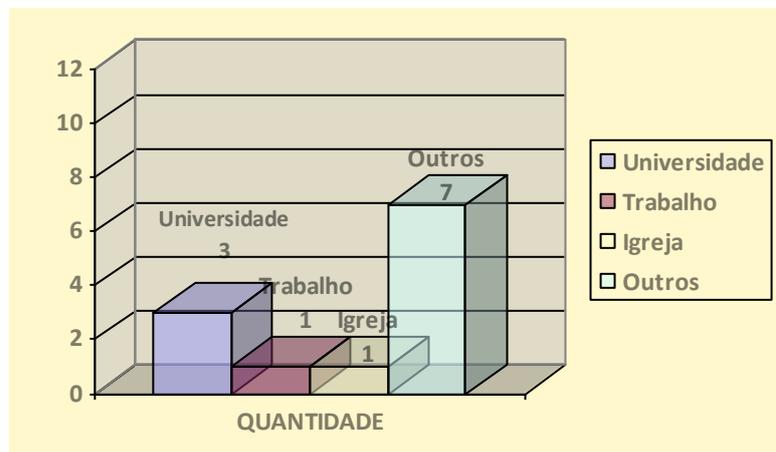
Em 2004, foi instituída, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Esta Política foi instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, e alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Caracteriza-se por ser uma proposta de ação estratégica que busca a transformação e qualificação das práticas de saúde, além da organização das ações e dos serviços de saúde, através da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Conforme foi destaca o relatório de gestão da saúde mental 2007-2010.

No que tange a relação entre a referida política e os objetivos da reforma psiquiátrica, o Relatório de gestão 2007/2010, destaca que,

O grande desafio no período 2007/2010 foi o de integrar as necessidades do Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, induzindo à participação ativa dos gestores e coordenadores locais na construção dessa Política, que descentraliza por meio de colegiados de gestão regional e das CIES Comissões Permanentes de Integração Ensino. Uma importante conquista neste ano foi a implantação da primeira residência em psiquiatria mantida diretamente por uma rede municipal de cuidados em Saúde Mental, a Residência Médica em Psiquiatria a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental do município de Sobral (CE), com o apoio do Ministério da Saúde, além de Universidades Públicas. (BRASIL, 2011, p. 64)

O gráfico a seguir demonstra a necessidade de revisão dos currículos nos cursos de formação de profissionais da saúde, tendo em vista que os profissionais entrevistados cursaram a graduação em pleno processo de reforma psiquiátrica e a grande maioria não tiveram aproximação com a temática da saúde mental durante a formação.

Gráfico 5: Mecanismos através do qual teve o Conhecimento da Temática



Fonte: Pesquisa direta-2011

Percebe-se uma disparidade significativa dos dados acima, salientando que um dos mecanismos de conhecimento da temática foi através da mídia, que aborda o assunto de maneira sensacionalista e tendenciosa. Como ressalta o relatório de gestão;

Um dos fenômenos relevantes do quadriênio foi a intensificação de matérias negativas sobre a PNSM na imprensa, em especial quando o tema era o *crack* (mas não apenas neste aspecto). A repercussão de audiências públicas e relatórios do Congresso Nacional (como o Relatório Germano Bonow – DEM/RS, divulgado em dezembro de 2010), e longas reportagens sobre problemas de saúde mental, onde freqüentemente se associavam as dificuldades descritas “à política do Ministério da Saúde de fechamento de leitos”, acabaram por constituir um cenário desfavorável à RPb nos meios de comunicação de massa. (BRASIL, 2011, p. 97)

É importante destacar que a formação acadêmica que encontramos hoje deixa a desejar principalmente no que se refere à temática da saúde mental, o que provoca fortes rebatimentos na prática profissional. Essa problemática está presente na realidade brasileira. Em estudo realizado nos serviços extra hospitalares de Marília-SP, pode-se observar que,

Ao longo dos anos, as pessoas foram graduadas para uma realidade altamente tecnológica, com enfoque na individualidade e na ação curativa, centralizada na doença em si, marginalizando, assim, as questões sociais e os demais fatores e determinantes da vida. A formação universitária parece ter produzido profissionais de saúde que, independentemente da área, apresentam as mesmas características. Ao se observarem os tipos de tratamentos propostos, percebe-se que estes têm como base não o doente, mas a doença, transformando a pessoa do doente em uma questão técnica a ser resolvida (FIGUEIREDO, 1994).

4.2.2- Análise dos principais resultados

Conforme as questões norteadoras da entrevista, os dados coletados foram transcritos na íntegra, agrupados e analisados a partir da análise de conteúdo (BARDIN, 1991). Resultando em três grupos: saúde mental; assistência ao usuário e atendimento institucional, que posteriormente foram subdivididos em categorias que serão melhor explicitadas a seguir.

Definição de saúde mental

No primeiro grupo correspondente a saúde mental, foi identificada a dificuldade do profissional em definir a saúde mental enquanto política pública, e por sua vez responsável por prestar serviços de natureza gratuita visando o bem coletivo. Dessa forma foi possível captar as seguintes concepções:

“visa a política para prevenção, intervenção e métodos de tratamento no âmbito psíquico e social”

“na minha concepção é uma tentativa de resgatar a posição do sujeito diante da loucura. Recuperar a identidade do sujeito. Promover a inserção social desse sujeito que já é marginalizado. O tratamento passou a ser humanizado e eficaz”

As falas acima demonstram que no âmbito conceitual, de um modo geral os profissionais têm o entendimento de que a política de saúde mental caracteriza-se como algo que traz melhorias na forma de atendimento ao usuário, porém apenas um dos entrevistados definiu de maneira sistematizada o vem a ser a política de saúde mental.

“dentro do sistema de saúde pública brasileiro, considero um marco jurídico legal e institucional originado a partir de um grande movimento cujas bases foram repensar concepções, organização e práticas em saúde mental”

“a política no papel esta bem arredondada, mas na prática não, seja na atenção básica ou na especial. Na prática existe ainda muitas arestas”

É importante observar ainda a última fala, na qual percebemos claramente um dos percalços das políticas públicas no geral, que é dificuldade de fazer valer a legislação do Sistema Único de Saúde- SUS e efetivar um atendimento público, gratuito, universal e de qualidade.

Porém os depoimentos abaixo demonstram claramente os profissionais entrevistados necessitam de um melhor entendimento sobre o assunto, pois a maioria desconhece ou apresentou dificuldade de definir a temática.

“um programa direcionado aos pacientes com algum distúrbio ou perturbação mental”

“já ouviu falar,mas não tem conhecimento a fundo”

“não sei nada sobre o assunto”

“conheço muito pouco”

“já ouvi falar, tratar bem os pacientes, não discriminar, passar as informações para família”

“visto na graduação como cadeira acadêmica, desde então não tenho buscado maiores informações”

Compreensão acerca da reforma psiquiátrica

Com relação ao processo de reforma psiquiátrica, buscou-se identificar o entendimento sobre o assunto, enfocando os avanços e retrocessos nesse modelo de atendimento. Foi possível captar as seguintes falas dos profissionais.

“fala sobre a nova forma de intervir o paciente psíquico, voltando-o para o convívio social e interação com o meio”

“um movimento que reuniu diversos setores da sociedade brasileira em torno do questionamento do modelo de assistência dado aos usuários ate então com rebatimentos políticos, ideológicos, culturais, etc.

“a reforma é um movimento que surgiu da necessidade de mudanças na forma de compreender o sofrimento psíquico e de melhorar os mecanismos de atendimento.

Nos relatos acima, os profissionais definiram de maneira superficial o cerne do movimento de reforma psiquiátrica. Hoje claramente diferenciado do modelo assistencial anterior, organizado a partir de uma demanda imediata, dentro da ótica hegemônica do modelo médico liberal, baseado em intervenções pontuais e descontextualizadas. O modelo vigente de atenção contempla as abordagens biológica, psicológica e social, e deve ser compreendido enquanto,

Um processo como algo que está em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. Aponta para a constante inovação de atores, conceitos e princípios que marcam a evolução da história. Um processo social nos assinala que existem atores sociais envolvidos e, enquanto tal, que existem interesses e formulações em conflitos, em negociações. E, enfim, um processo social complexo se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.” (AMARANTE: 2003,p.49).

A fala seguinte traz outro foco de entendimento da Reforma Psiquiátrica, restringindo-a apenas ao âmbito organizacional e estrutural, excluindo dessa forma a complexidade do processo.

“é uma tentativa institucional e de organização dos serviços para inserir esse sujeito na sociedade.

Dentro dessa perspectiva, corroboramos com Amarante,

Se tanto autores quanto técnicos consideram o que se denomina por reforma psiquiátrica como um processo restrito à reorganização de serviços, vinculando-a a pura reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico, pode-se concluir, em outras palavras, que consideram reforma psiquiátrica sinônima de modernização das técnicas terapêuticas. É comum, ainda, ver-se considerá-la como humanização das características violentas e perversas da instituição asilar, o que constitui uma luta e uma transformação muito importantes, mas que certamente reduz a amplitude de processo de questão. (2003, p.46)

Ainda na discussão sobre a concepção dos profissionais sobre a reforma, segue as respostas com relação aos avanços obtidos a partir desse novo modelo de atenção.

“mudança de mentalidade no contexto mais amplo da sociedade, no arcabouço legal e por fim, nas formas de ver, agir e cuidar das pessoas”

“abertura do debate no sentido de repensar a loucura”

“mudança de foco, descentralização e melhoria do atendimento, humanização na assistência, regionalização”

Para Anaya (2004), assumindo feições políticas diferentes e indicando outros campos passíveis de intervenção no espaço social, a idéia de Reforma Psiquiátrica não se identifica absolutamente com a noção de assistência psiquiátrica, mas coloca algo de outra ordem teórica da realidade: a condição de cidadania dos *doentes mentais*. Nessa perspectiva,

Vale dizer que a problemática colocada pela reforma psiquiátrica insere a questão da assistência psiquiátrica como um dos seus temas e mesmo como um tema privilegiado, mas certamente a transcende, pois o que está em pauta de maneira decisiva é delinear um outro ‘lugar social’ para a loucura na nossa tradição cultural. Parece-nos mesmo que é por esta maior abertura teórica do campo da saúde mental e da transcendência da indagação sobre um outro ‘locus’ para a loucura que podemos reencontrar de forma rigorosa o outro pólo constitutivo desse debate: a questão da cidadania.” (BIRMAN,1992 apud ANAYA, 2004, p. 68-69).

Conforme já relatado, ao analisar o percurso histórico da Saúde Mental, percebe-se que, em vários momentos, os indivíduos de conduta inadequada representavam medo, ameaça e vergonha para a família e à sociedade, sendo assim, excluídos de seu convívio familiar e trancafiados nos manicômios.

Para Moraski e Hildebrandt,

Por muito tempo, coube ao hospício legitimar suas ações sobre a loucura, separando o portador de transtornos mentais da família para “melhor reorganizá-lo”. Hoje estamos diante de uma nova lógica a orientar a atenção ao doente mental, ou seja, a lógica da inclusão. Temos como premissa que a doença mental deve ser compreendida como um fenômeno complexo e histórico, atravessado pelas dimensões psicossociais, capazes de determinar o binômio saúde-doença mental (2005, p.).

Tal concepção foi reforçada pelos profissionais nas abordagens seguintes, ao considerarem a inserção da família no processo de tratamento enquanto ganho obtido com a reforma.

“trazer o paciente de volta para o lar, o que facilita o tratamento, srt, caps, porque estimula a terapia ocupacional, maior participação, avanços na política e na forma de atendimento”

“melhor compreensão do eu e não somente do paciente só como paciente. A inserção desse paciente no meio e convívio social. Participação da família e pessoas mais próximas do cuidar dessa pessoa, muitas vezes ate oportunização no mercado de trabalho”

Nos discursos pontuados a seguir os sujeitos entrevistados fazem referência aos retrocessos e/ou desafios a serem enfrentados pelos defensores da reforma psiquiátrica. O esquecimento do poder público, principalmente no que concerne ao financiamento, foi colocado pelos profissionais, enquanto entrave para efetivação de ações que viabilizem de fato as diretrizes e princípios defendidos pela reforma. Foi apontado também a ausência de incentivo aos profissionais da área.

“falta maior interesse do setor público em assegurar maior financiamento, nisto incluindo investimento em recursos humanos”

“ainda existem poucos profissionais se capacitando nessa área, não estimula a pesquisa, a estudos”

As percepções de incapacidade atribuída às pessoas com transtorno mental fecham as portas do mercado de trabalho, pois o doente mental é visto pela sociedade como um ser improdutivo e, portanto, não tendo direito de convívio familiar e nem direitos e deveres de cidadão (Oliveira & Jorge, 1998). Os relatos a seguir expressam um pouco dessas percepções.

“retrocesso ou talvez uma dificuldade, a sociedade ainda esta presa a concepções tradicionais da loucura; problemas estruturais; financiamento. É um publico que não produz, é visto como improdutivo, a questão do preconceito que ainda existe”

“ainda em nosso meio, por mais que haja essa compreensão e “quebra dos muros” vemos ainda o preconceito com um dos grandes obstáculos para a aceitação desta pessoa no mercado de trabalho, bem como ainda dispomos de poucos profissionais especialistas ou que se identifiquem com esta área, visto o grande numero de pessoas a serem atendidas”

Tal modo de pensar é característico da sociedade capitalista, na qual o que prevalece é a conotação do indivíduo enquanto “força de trabalho” e não como ser humano, dotado de singularidades e de limitações físicas e/ou psíquicas que o impedem de produzir. Numa sociedade como esta, a cidadania é um atributo dos ‘iguais’, dos ‘normais’, dos que podem decidir de forma convencional. No modelo vigente atualmente, os ditos ‘diferentes’, os ‘bizarros’, os ‘estranhos’ também devem ter seus direitos garantidos, prevalecendo à equidade. (Moraski & Hildebrandt, 2005).

Em contraponto as reflexões acima, ficou claro no estudo que alguns profissionais entrevistados desconhecem a existência da reforma psiquiátrica, conforme falas abaixo:

“desconheço a existência de uma reforma psiquiátrica”

“desconheço essa reforma”

“muito pouco ouvi falar, as meninas sempre diz que tenho perfil, mas o conhecimento da gente é muito pouco”

“já ouvi falar, tratar bem os pacientes, não discriminar, passar as informações para família”

“política de inclusão pra eles”

“o médico que atende o paciente também precisa ser tratado a cada 6 meses senão você fica desorientado”

Foi identificado ainda que os sujeitos que afirmam conhecer o processo apresentam dificuldade de entendimento e/ou falta de conhecimento sobre o assunto, inclusive de interpretação do enunciado. Baseando-se em Bueno e Caponi (2009), o não identificar, ter clareza e consciência sobre o que se luta, parece ser um grande nó no processo social complexo e, devido à falta de conhecimento mais aprofundado da história e das bases científicas que sustentavam e sustentam o tratamento dispensado aos loucos, lutam-se às cegas por reformas administrativas, técnicas terapêuticas e legais.

Adentrando na análise do grupo II, coube à discussão sobre a assistência ao usuário, enfocando os seus diversos aspectos. Nesse sentido, a maioria dos profissionais admitiram que na sua prática profissional já prestaram assistência a usuários em sofrimento psíquico. Quando indagados sobre as facilidades no atendimento, foi unânime a inexistência de tal, por outro lado, abordaram alguns entraves ao atendimento direto ao usuário.

Dificuldade na abordagem

Considerando aspectos históricos da doença mental, percebemos que esta sempre foi vista como uma característica dos “anormais”, resultando em conceitos errôneos e medo do contato com o usuário. As falas abaixo reforçam essa concepção.

“a maior dificuldade foi de abordar de forma respeitosa e adequada”

“a maneira de trabalhar tem que ficar igual a eles, conversar normalmente, não ter medo”

“alguns profissionais rejeitavam o atendimento justificando a falta de jeito; dificuldade na medicação para pacientes agitados, já que depende da prescrição médica, embora o tratamento não dependa só disso”

“a abordagem deve ser diferente, cautelosa e maior relação com a equipe interdisciplinar, principalmente psicólogo”

“diante desses pacientes temos que ter um olhar e pratica diferenciada, pois senão há o risco da intervenção ser inapropriada”

“ eu trato todos por igual”

“Requer um tratamento diferenciado, as necessidades são diferentes, cuidado, atenção, paciência. Os profissionais não estão preparados”

“certeza de que cada paciente deve ser visto e tratado como um individuo com suas particularidades sendo assim deve ser visto com uma abordagem única nesse paciente”

Como bem salientam Moraski e Hildebrandt (2005), este entendimento foi responsável pelo abandono de muitos doentes mentais em instituições como os

manicômios. No entanto, a patologia mental possui um caráter crônico como outra qualquer e, nem por isso, o indivíduo portador desse transtorno deve ser considerado um inútil ou um “louco” improdutivo. Desde que faça o tratamento adequado e realize os cuidados necessários, poderá ter uma vida próxima do “normal” idealizado.

Para Cavalcante (2000), cuidar exige respeito. Respeito pelo outro, pelas suas diferenças e limitações. Significa estar junto, atento, sem ser invasivo, sem querer transformar a realidade do outro. Simplesmente, estar disposto, disponível, possibilitando que encontre um equilíbrio que o ajude a viver, que o insira socialmente.

Estigma e preconceito

Outro aspecto que veio à tona no discurso dos sujeitos, foi à visão estigmatizada na qual é vista a pessoa com transtorno mental. Tal postura é considerada preocupante quando se trata de profissionais de saúde, que na teoria deveriam estar preparados para o atendimento a essa demanda, isentos de qualquer forma de preconceito. As colocações seguintes mostram claramente o sentimento expressado pelos entrevistados.

“medo de agressão; dificuldade na hora de me dirigir ao paciente”

“o paciente compreender e aderir ao tratamento”

“muitas vezes agente não sabe, mas dá pra conhecer. Ajuda, por que se eu sei que a pessoa tem problema tem que saber lidar”

“estimular a equidade, tratar, explicar de forma diferente”

De acordo com Moreno (2000) os discursos desses profissionais encontram-se fundamentados na psiquiatria tradicional. Para esta, o indivíduo com transtorno mental era um insano ou débil mental e sua cura tinha como significado a remissão total dos sintomas. Somente após a cura, poderia voltar a ser a pessoa que era antes de adoecer, poderia inserir-se na sociedade novamente, abandonando os porões da loucura.

Sendo assim, Rotelli (1990) adverte quanto à necessidade de transformar o modelo de assistência às pessoas portadoras de transtorno mental, rompendo com o paradigma de solução-cura. O autor sugere uma busca de alternativas e possibilidades que devolvam a complexidade da existência a esse contingente de pessoas, por meio do respeito a singularidades de cada ser que procura os serviços de saúde.

No último grupo coube a análise sobre o atendimento institucional existente direcionado ao usuário com sofrimento psíquico, resultando nas seguintes categorias.

Inexistência da abordagem psicossocial

Embora não se trate de uma unidade de saúde substitutiva do modelo asilar, o hospital faz parte da rede de atenção defendida pelo processo social complexo de reforma psiquiátrica. Dessa forma, os profissionais entrevistados admitem como uma problemática na instituição, a ausência de um modelo de abordagem psicossocial que vise à reabilitação.

“o atendimento não é especializado e não contínuo”

“falta atendimento específico; não é bom, às vezes a equipe desconhece esse fato”

“não tenho como avaliar, pois não tenho contato além da visita ao leito”

“desconheço o atendimento direcionado (se ele existe) em minha profissão, não há, ele é tratado igual aos demais, dentro do possível”

“péssimo, eles são vítimas de preconceito dos acompanhantes e pacientes; a equipe fica toda retraída, isso complica. Na maioria das vezes eles são carente, carinhosos”

“deixa a desejar, mediana, não chega a ser ruim, mas poderia ser melhor. Cabe ao hospital tratar o problema clínico”

“muito precário”

“deficitário, ficando então na maior parte como acompanhamento da psicologia ou então deslocando-os a unidades”

“embora com dificuldades ainda recebe o paciente, porém precisa de uma assistência mais especializada embora seja paciente de transtorno mental, a instituição não rejeita o paciente”

Conforme Saraceno (1996, p 16) reabilitação psicossocial compreende, “um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania e, também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”

O termo atenção psicossocial, incorporado pelo CAPS, foi utilizada inicialmente por Pitta (2001) por ocasião da criação do primeiro CAPS (o CAPS Luiz Cerqueira) em São Paulo, em referência aos Centros de Atenção Psicossocial nicaraguenses, constituídos por equipes interdisciplinares que cumpriam tarefas de prevenção, tratamento e reabilitação.

A interdisciplinaridade é fundamental para efetivação e resolutividade dos serviços. Sendo assim os profissionais consideram uma necessidade existente na instituição, relatado na categoria subsequente.

Ausência de trabalho interdisciplinar

A Reforma Psiquiátrica propõe um trabalho interdisciplinar que valorize as potencialidades de cada profissional, em benefício de uma assistência mais dinâmica e eficiente no tratamento do doente mental. A troca de informações e experiências, as diferentes formas de acolher e de escutar o paciente possibilitam uma maior interação entre equipe, usuários, famílias e comunidade.

Ao serem questionados sobre a existência do trabalho interdisciplinar, quando da necessidade de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico, ficou evidente a inexistência dessa prática, vejamos nas afirmações a seguir:

“não existe do ponto de vista especializado, os profissionais aqui como prestadores são na maioria generalistas”

“Existe a parceria informal com o serviço social”

“tem as psicólogas que tem que chamar sem precisar o médico avisar, você chama a psicóloga pra saber o que o paciente tem”

“que tenha conhecimento não”

“ate o momento não tenho conhecimento”

“desconheço”

Em estudo realizado com uma equipe de profissionais de saúde em Porto Alegre, a dificuldade de estabelecimento das práticas interdisciplinares considerada como fator limitante na produção do cuidado, foi atribuída à formação profissional, que por sua vez ainda está fortemente influenciada pelo paradigma médico-biológico em detrimento ao paradigma humanista. Ainda como base nesse estudo, os autores afirmam que,

O estabelecimento de uma prática interdisciplinar requer profissionais comprometidos com uma nova forma de lidar com conhecimentos específicos, capazes de articulá-los com a rede de saberes envolvidos no sistema de saúde. A constituição da equipe por trabalhadores de diferentes profissões enriquece a prática do atendimento, favorece a inovação da assistência e possibilita o intercâmbio de experiências, saberes e fazeres. (SCHNEIDER et al 2009, p.404)

Essa discussão é pertinente, buscando não apenas, mudanças na forma de assistência a pessoa em sofrimento psíquico, mas, também, mudanças de ordem organizacional e jurídica e, sobretudo, mudanças quanto à maneira como percebemos a loucura e com ela convivemos. Baseando na definição de Saube,

A interdisciplinaridade constitui um entre os vários temas que necessitam serem desenvolvidos para gerarem contribuição para a pauta da área da saúde, pois entendemos que o contexto histórico vivido nessa virada de milênio, caracterizado pela divisão do trabalho intelectual, fragmentação do conhecimento e pela excessiva predominância das especializações, demanda a retomada do antigo conceito de interdisciplinaridade que, no longo percurso do século passado, foi sufocado pela racionalidade da revolução industrial. (...) a interdisciplinaridade contempla: o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a conseqüente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas

busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde (2005, p 522).

A ausência da prática interdisciplinar também foi apontada, entre outros problemas, como empecilho institucional. Adiante discutiremos acerca dessa última categoria.

Entraves institucionais

A partir da análise sistemática do discurso dos entrevistados foi destacada a existência de algumas dificuldades presentes no âmbito da unidade hospitalar que inviabilizam a prestação de um serviço de qualidade.

Os depoimentos a seguir enfocam a falta de capacitação como um entrave institucional. A necessidade de conhecimento especializado é primordial para que o profissional preste atendimento coerente com os princípios defendidos pela reforma psiquiátrica.

“falta de capacitação da equipe multidisciplinar quanto às necessidades do paciente psiquiátrico em cada área de atuação”

“não existe capacitação com os profissionais sobre a saúde mental, como tratar desse paciente na nossa instituição”

“a presença de profissionais especializados em saúde mental (médicos, enfermeiros, as, psicólogos, etc); cursos de capacitação para todos os funcionários para melhorar a qualidade do atendimento (conhecimentos básicos sobre a temática, como auxiliar pessoas em sofrimento psíquico, desmistificar preconceitos, etc)

A qualificação profissional é considerada como uma demanda relevante, tendo em vista que as concepções sobre saúde mental na maioria das vezes são baseadas em estereótipos e crenças infundadas. Sendo necessária uma visão ampliada do processo saúde doença, já que os problemas clínicos têm interfaces importantes com o psicológico e com a estrutura social dos usuários.

As colocações a seguir referem-se a um dos desafios do processo de reforma. Tendo em vista que os hospitais gerais, por trabalharem na lógica de

especialidades clínicas, apresentam muitas barreiras para realizar a interface com a comunidade e a articulação com a rede de saúde mental e os territórios.

“os serviços ainda não funcionam plenamente, falta os recursos humanos e financeiros, demanda muito grande em relação aos serviços disponíveis”

“não ter suporte intrahospitalar em termos de estrutura e Rh”

“integralização da assistência, conveniando-se a uma unidade referencia com retorno de resposta”

“realização de acolhimento diferente; maior comunicação entre os profissionais, tratamento com equidade, sem estigma; colocar em pratica o atendimento interdisciplinar”

“ausência de trabalho interdisciplinar”

“poderia haver uma melhor integração entre profissional e familiares/responsáveis”

“o trabalho da psicologia ser mais abrangente, da continuidade ao trabalho do caps, um trabalho voltado para atenção”

“parceria com a rede de saúde mental”

A reestruturação do sistema de saúde delimitou o atendimento ao usuário e o estabelecimento das relações dos serviços a partir de três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. As ações de saúde devem ser implementadas com base na integralidade, nesse sentido,

A integralidade das ações deverá ser o princípio para se evitar a dicotomia entre “corpo e vida psicossocial”. Este é o princípio que deverá ser perseguido na “totalidade dos espaços assistenciais, obedecendo a uma plasticidade de serviços para fazer face à diversidade da demanda (PITTA & DALLARI, 1992, p. 19).

Na busca de superar algumas lacunas presentes na prestação dos serviços de saúde, algumas estratégias estão sendo lançadas. O grande desafio é a realização desta integração e articulação, entre o campo da saúde mental e os Hospitais Gerais, de maneira que os Hospitais Gerais possam fazer parte mais efetiva da rede de atenção à saúde mental, e promover uma atenção que vá além

dos leitos em psiquiatria, oferecendo cuidado e retaguarda para os inúmeros casos clínicos diários onde o componente da saúde mental é relevante. De acordo com o Relatório de Gestão 2007/2010 publicado pelo Ministério da Saúde,

Em 2009, o Ministério da Saúde publicou a portaria 2.629/09, que reajustou os procedimentos hospitalares para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais. A partir desta portaria, pela primeira vez, os procedimentos de psiquiatria em Hospital Geral (HG) passam a ser melhor remunerados do que os procedimentos em Hospitais Psiquiátricos – uma virada histórica e um estímulo importante para que os gestores ampliassem e qualificassem leitos nessas instituições. Apesar de todas estas medidas, a expansão do número de leitos qualificados para a atenção à saúde mental em Hospitais Gerais foi muito pequena nesses últimos quatro anos. O ano de 2010 se encerra com 3.371 leitos de psiquiatria em hospitais gerais. Outras medidas para a expansão destes leitos foram implantadas no contexto do Plano Interministerial de Enfrentamento ao *Crack*, e estão ainda em estágio de monitoramento. (BRASIL, 2011)

Sendo assim, entendemos que muito ainda deve ser feito, embora com um imenso aparato legal, ainda é perceptível a dificuldade para implantação do processo de reforma, bem como da mudança de percepção diante da pessoa em sofrimento psíquico, principalmente no que concerne a inclusão social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito se discute sobre a saúde mental na atenção básica, porém o atendimento ao usuário com sofrimento psíquico em nível de alta complexidade é pouco problematizado, daí a viabilidade de analisar a temática.

Com a realização desse estudo foi possível fazer um esboço sobre a realidade vivenciada pelas pessoas com sofrimento psíquico que precisam de atendimento clínico de urgência e emergência. A pesquisa foi realizada no Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, a partir da prática profissional numa perspectiva de atenção psicossocial. Considerando o relato dos entrevistados, foi possível fazer alguns apontamentos.

Mesmo diante da mudança de paradigmas no âmbito da saúde mental preconizados pela Reforma Psiquiátrica, os profissionais da instituição demonstram um certo alheamento sobre as questões norteadoras do estudo. Ficou evidente o desconhecimento da maioria dos profissionais entrevistados sobre a política de saúde mental, bem como do complexo processo social, o qual foi denominado de reforma psiquiátrica. Sendo assim, poderíamos indagar: Mas porque um profissional que atua em hospital geral entenderia de saúde mental?

Um dos princípios fundamentais que regem a saúde no nosso país, é o da integralidade das ações, dessa forma, o usuário deve ser atendido nas suas necessidades em todos os níveis de complexidade. Embora o hospital geral não se trate de um serviço substitutivo do modelo asilar, os profissionais precisam estar preparados para o atendimento desvinculados das antigas concepções sobre a loucura.

Outra questão que nos chama a atenção é que, passadas duas décadas do início da Reforma Psiquiátrica, podemos ainda observar um forte estigma e preconceito vinculado a doença mental. Tal postura é considerada preocupante, quando se trata de profissionais de saúde, que deveriam se empenhar para a extinção de qualquer forma de preconceito, compreendendo que a “loucura” e/ou a doença mental são manifestações da pessoa e que ela precisa de ajuda. Ainda nessa perspectiva ficou clara a dificuldade encontrada pelos profissionais na abordagem direta ao usuário.

Os profissionais, em muitas vezes encontram-se muito atarefados, o que dificulta a reflexão e mudança de práticas rotineiras e mecanizadas. Nesse sentido, alguns desafios precisam ser sanados, buscando uma nova forma de acolhimento e atenção, respeitando as limitações e direitos dos usuários e buscando a articulação com o restante da rede de serviços, entre outros.

Entre outros aspectos, um fator desencadeante desse tipo de prática profissional é oriundo da formação acadêmica, ainda fundamentada numa lógica biologistica, centralizada na doença e nas ações curativas, processo que vem sendo desconstruído ao longo do tempo.

Visando minimizar a realidade trazida pela pesquisa, torna-se necessário o desenvolvimento de programas de aprimoramento e capacitação em saúde mental. Dentre os elementos considerados para a capacitação dos profissionais no hospital geral, é a sensibilização da equipe com o intuito de promover mudanças na forma de atendimento, aceitando a pessoa com transtorno mental como ser humano que carece de cuidado.

A questão da interdisciplinaridade também foi apontada no estudo. o modelo psicossocial preconizado pela Reforma Psiquiátrica enfatiza a promoção da integralidade e integração dos cuidados. Compreende-se, assim, que o cuidado deve abranger todas as dimensões humanas, através das várias formas de cuidar e pelos diferentes profissionais de saúde, cada um em sua área específica, mas focado nas necessidades do paciente.

As reflexões trazidas neste trabalho possuem algumas limitações e deixam questões em aberto, no entanto se faz necessário o aprofundamento da temática buscando entendê-la um pouco mais e assim oferecer um atendimento qualificado e humanizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica**.(Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p 45-63.

ANAYA, F. **Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental**: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte- MG. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. 2004

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOTEGA, N. J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral: espaço para o saber psíquico**. São Paulo: Hucitec, 1993.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 10^a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010**. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de riscos: um paradigma ético/estético no fazer em saúde**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 336/02/MS**. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 189/02/MS**. Brasília: MS, 2002.

BUENO, M.L.S.; CAPONI, S. **A construção do discurso dos sujeitos envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica**: um estudo sobre o município de Joinville, Santa Catarina. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.28, p.137-50, jan./mar. 2009.

CASSORLA, R. M. S. **Psiquiatria no hospital geral: reflexões e questionamentos**. *Revista ABP-APAL*. Nº 18, v. 1, p. 1-8, 1996.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARNEIRO, Taize Muritiba. **Vivenciando o cuidar e o curar como familiar em um hospital**. In: *Revista Bras. de Enfermagem*. Brasília; Maio-jun 2008 pag. 390-393.

CAVALCANTI, M. T. **Sobre o tratar em psiquiatria.** Arq.Bras.Psiq.Neurol.Med.Legal 2000 jul./set. 74: 23-9.

CECÍLIO, Luis C. O. & MERHY, Emerson E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas, UNICAMP, 2003. [online] Disponível na internet via <http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc>.

COSTA-ROSA A. **O modo psicossocial:** um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, (Org). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 141-68.

FIGUEIREDO, M. A. C. **Profissionais de saúde e atitudes frente à imunodeficiência adquirida:** um estudo diferencial com base no modelo afetivo-cognitivo de Fishbein e Ajzen (1975). Tese de Livre Docência não publicada, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. (1994)

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S; MERHY, E. E. **Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr-jun. 1999.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: LTC, 1988.

HILDEBRANDT, L.M. et AL. **A inserção da psiquiatria no hospital geral.** Rev. gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.22, n.1, p.167-186, jan. 2001.

MORASKI. R. T; HILDEBRANDT. L. M. **A concepção de doença mental para os familiares de pessoas psicóticas.** Artigo elaborado a partir do Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem intitulado "A concepção de doença mental e a vivência na agudização dos sintomas na voz de familiares de pessoas psicóticas", apresentado no primeiro semestre de 2005, na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI).

MORENO, V. **Vivência do Familiar da Pessoa em Sofrimento Psíquico.** 2000. p. 173. Tese (Doutorado), Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

MINAYO, Maria Cecília de S.& SANCHES, Odécio. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cad. Saúde Pública. vol.9. Rio de Janeiro Jul/Set. 1993.

NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

PITTA, A. (Org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** Editora Hucitec: São Paulo, 2ªed. 2001.

_____. **Reabilitação Psicossocial:** Um Novo Modelo? In: A Psiquiatria e suas Conexões. (H. LAUAR, org), p. 48-52. Associação Mineira de Psiquiatria, 1996.

_____ & Dallari, S. G. **A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil.** Saúde em Debate (Londrina), 36, p.19-23, 1992.

REVISTA RADIS Nº 97. Editora Fiocruz. p. 12. Set 2010.

ROTELLI, F. **A Instituição inventada.** In: Nicácio, F. (org). *Desinstitucionalização.* São Paulo, Hucitec, 1990, p.89-99.

RODRIGUES, R.M.; SCHNEIDER, J.F. **A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico.** Rev. Latino-americana de enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 33-40, julho 1999.

RODRIGUES, C. R. & FIGUEIREDO, M.A.C. **Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus Familiares.** Faculdade de Medicina de Marília.Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto. 2003, p 117 a 125.

ROBAINA, C. M. V. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

SAUPE, R. et al. **Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

SCHNEIDER JF, et al. **Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):397-405.

SARACENO, B. **Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio.** In: Pitta A., organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996.

SOUZA, A. C. **Em tempos de PSF. Novos rumos para atenção em saúde mental?** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, F.B. **Construindo Saberes e Práticas em Saúde Mental.** João Pessoa: UFPB - Universitária, 2002.

OLIVEIRA, M. M.B; JORGE, M.S.B. **Doente Mental e sua relação com a família.** In: Labate R.C. (Org.) Caminhando para a assistência integral. Ribeirão Preto: Scala, 1998, p. 379-388.

WALDOW, VR. **Cuidado: uma revisão teórica.** Revista Gaúcha de Enfermagem. 1992; 13(2): 29-35.

APÊNDICES

APÊNDICE A

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 400272	
Projeto de Pesquisa A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO HOSPITAL REGIONAL DE CAMPINA GRANDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PRÁTICA PROFISSIONAL					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Saúde Coletiva - Preve.				Grupo Grupo III	Nível Prevenção
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos cuidado, acolhimento, saúde mental					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 12	Total Brasil 12	Nº de Sujeitos Total 12	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável GLETE FABIANA VALE			CPF 043.753.724-27	Identidade 2569361	
Área de Especialização CIENCIAS SOCIAIS E HUMANAS			Maior Titulação GRADUAÇÃO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA 13 DE MAIO, 214, APT 201			Bairro CENTRO	Cidade CAMPINA GRANDE - PB	
Código Postal 58400-290	Telefone / 83-91134432		Fax	Email gletefabiana@hotmail.com	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: ____/____/____			Assinatura _____		
Instituição Proponente					
Nome Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga			CNPJ 09.381.930/0001-07	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão SERVIÇO SOCIAL			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Av. Floriano Peixoto, 1045			Bairro São José	Cidade Campina Grande - PB	
Código Postal 58100.000	Telefone (83)3310.5850		Fax	Email	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: _____			Assinatura _____		
Data: ____/____/____					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 02/02/2011. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

ANEXOS

ANEXO A

Roteiro de Entrevista Semi-estruturada

1. Qual sua compreensão sobre a Política de Saúde Mental?
3. Qual o seu entendimento acerca da Reforma Psiquiátrica? Aponte os avanços e retrocessos.
4. Na sua prática profissional, você já prestou assistência a algum usuário com sofrimento psíquico? () sim () não
5. Quais as dificuldades enfrentadas nesta assistência?
6. Quais as facilidades encontradas?
7. Existe alguma relevância em você ter conhecimento ou não se o usuário tem um sofrimento psíquico? Porque?
8. O que esta informação irá acrescentar no seu fazer profissional?
9. Existe algum trabalho interdisciplinar nesta unidade hospitalar no que se refere a está problemática? Relate.
10. Como você avalia o atendimento oferecido a estes usuários nesta instituição?
11. Aponte sugestões no que tange a melhoria do atendimento a pacientes em sofrimento psíquico nessa unidade?

ANEXO B

Questionário sócio-demográfico

1. Idade: _____
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Estado Civil: () Casado (a) () Solteiro (a)
() Viúvo (a) () Divorciado (a) () Outro
4. Religião: _____
5. Formação _____
Instituição () pública () privada
6. Pós graduação () sim () não
Em que área: _____
7. No decorrer da graduação, você teve alguma aproximação com o tema da saúde mental?
() sim () não
8. Através de quais mecanismos? () universidade () estagio ()
interesse pessoal () outros

