COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL EM UM MUNICÍPIO DO NORTE DO BRASIL QUANTO AOS DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA

Marta Azevedo dos Santos[1], Ana Terra de Araújo Rodrigues[1], Leila Rute Gurgel do Amaral[1], Rozilaine Lago[2], Maria Inês Gandolfo Conceição[3] e Danielle Keylla Alencar Cruz[4]

[1] Universidade Federal de Tocantins, Brasil - mar-azevedo@hotmail.com; teinha10@hotmail.com; leila@uft.edu.br

[2] Universidade Federal do Acre, Brasil - rozilainee@gmail.com

[3] Universidade de Brasília, Brasil - inesgandolfo@gmail.com

[4]Ministério da Saúde, Brasil - daniellealencruz@gmail.com

Resumo. Objetivo: Compreender a atuação dos profissionais da saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial em um município do Norte do Brasil. Método: Pesquisa qualitativa, com técnica de *entrevistas individuais*, através de um roteiro elaborado pela autora. Amostra: composta por nove profissionais da saúde mental do CAPS II, e CAPS AD III. Resultados: esta pesquisa possibilitou identificar que há profissionais que conseguem entender o modelo de atenção comunitário e territorial, entretanto, ainda existem, práticas de saúde desenvolvidas pautadas na lógica do modelo hospitalocêntrico, e biologicista. Os entraves são inúmeros dentro da equipe, devido à sobrecarga de trabalho, equipe reduzida e coesão dentro da equipe. Conclusão: A assistência prestada no município é fragmentada e verticalizada. Há divergências entre a teoria e a prática cotidiana, como a presença de diferentes assistências, modos de pensar rígidos o que tornam a prática muito longe do que é proposto na Política de Saúde Mental.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Profissionais da Saúde Mental; Assistência à Saúde; Desafios.

MENTAL HEALTH PROFESSIONAL UNDERSTANDING IN THE NORTH DE BRAZIL/ TO QUALITY ASSISTANCE CHALLENGES.

Abstract. Objectives: To understand the performance of mental health professionals in the Psychosocial Care Centers of the municipality the North de Brazil / TO. Method: Qualitative research, with technique of individual interviews, through a script prepared by the author. Sample: composed of nine mental health professionals from CAPS II, and CAPS AD III. Results: this research made it possible to identify that there are professionals who can understand the model of community and territorial attention, however, there are still developed health practices based on the hospitalocentric model, and biologicist. The innumerable obstacles within the team due to overwork, reduced staff and cohesion within the team. Conclusion: The assistance provided in the municipality of north Brazil is fragmented and vertical. There are divergences between theory and everyday practice, such as the presence of different assists, rigid ways of thinking which make practice very far from what is proposed in Mental Health Policy.

Keywords: Mental Health; Mental Health Professionals; Health Care, Challenges

1. INTRODUÇÃO

O movimento da reforma psiquiátrica foi uma resposta à insatisfação que os profissionais encontravam sobre a Psiquiatria, em especial ao modelo biomédico, de verticalização do conhecimento, das condições sanitárias da população e do sistema de prestação de serviços à saúde. O ano de 1978 ficou conhecido como o início efetivo que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), através de vários campos de luta, passou a

denunciar a violência que existia dentro dos manicômios, a falar sobre a mercantilização da loucura, e a construir coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico.

Essas condições problemáticas, a crise em que o país se encontrava e a população em geral ampliaram os debates sobre os direitos aos tratamentos, colocando nos profissionais da saúde mental a necessidade de ampliar o conceito de saúde mental e inovar as práticas de cuidado na assistência.

A Reforma Psiquiátrica vai de encontro às diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, e equidade trazendo avanços para a o modelo de atenção atual. Completamente diferente do modelo de saúde anterior que sustentava um sistema fragmentado, biologicista voltado para o modelo curativo, sem a menor participação da população e restrito a assistência prestada pelos médicos, o modelo psicossocial se operacionaliza dos dispositivos instalados na comunidade, onde o lugar da loucura é o território, e o território é o lugar onde a vida social e existencial do sujeito acontece.

A implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no território tem o objetivo de melhorar a assistência em saúde mental a partir de uma equipe multiprofissional e abrigar nos projetos terapêuticos, práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e a abrangência possíveis às demandas da população atendida, compreendendo o sujeito como protagonista do seu tratamento.

Esses serviços apresentam cultura própria, de acordo com a organização do CAPS no qual os processos de trabalho são desenvolvidos a partir de uma equipe que trabalha de maneira interdisciplinar com a intenção de acolher os pacientes, compreender a situação trazida, de maneira mais abrangente possível, iniciar um vínculo terapêutico de confiança entre paciente e profissionais que trabalham nesse serviço (BRASIL, 2004).

Estas mudanças foram fortalecidas a partir da reformulação nas práticas das equipes de saúde. A consolidação do modelo psicossocial exige dos profissionais da saúde a desconstrução de maneiras de pensar e conceber a loucura, de práticas e discursos que se restringiam ao conhecimento psiquiátrico. Outro ponto importante é a mudança nas relações sociais entre profissionais e usuários do SUS que sustentaram historicamente o discurso naturalista e reducionista baseado na cura da doença e na desconstrução dos manicômios (Alverga & Dimenstein, 2006).

Neste sentido, os desafios da assistência à Saúde Mental brasileira afetam principalmente os profissionais da saúde que diariamente têm a tarefa de expandir e consolidar a mudança de paradigma (Yasui, S & Costa-Rosa, A., 2008)

Isso implica na reorganização dos processos de trabalho que estão arraigados nas equipes dos serviços, assim como, mudanças de comportamentos dentro dos serviços substitutivos, pois o objetivo do trabalho da equipe não é a cura da doença, ou o foco não é a doença, mas devolver ao sujeito, o protagonismo de sua própria história. Por isso, é um grande desafio aos profissionais, desenvolver projetos terapêuticos que respeitem e fortaleçam a autonomia do indivíduo (Albuquerque et al., 2018).

Esta pesquisa surgiu a partir do interesse em conhecer os desafios da assistência à saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), e no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III) em um município do Norte do Brasil. Assim, o objetivo deste estudo foi compreender a atuação dos profissionais da saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial em um município no norte do Brasil.

2. METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido com a utilização de metodologia qualitativa embasado nos campos das ciências humanas e da saúde, utilizando a análise de conteúdo como referencial metodológico (Bardin, 2011).

Dessa forma, a pesquisa buscou compreender a atuação dos profissionais da saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial em um município do Norte do Brasil. Foi um trabalho que envolveu as experiências dos sujeitos da pesquisa do seu cotidiano nos CAPS, servindo para apontar as facilidades e dificuldades das intervenções realizadas na assistência à saúde mental.

A pesquisa aconteceu nos dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo estes serviços de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e CAPS AD III Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III, no período de julho e agosto de 2018.

Para a realização das entrevistas, inicialmente, foi realizado contato com os coordenadores dos respectivos serviços para explicar o objetivo da pesquisa, entrega do material, negociar o início da data da coleta de dados e informações sobre o funcionamento dos CAPSs.

Os critérios de inclusão para a participação na presente pesquisa foram: ser do quadro efetivo de profissionais da instituição; ter pelo menos 1 (um) ano de atuação profissional; aceitar participar da entrevista; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE; comparecer no dia da realização da entrevista. Entre os critérios de exclusão: estar de férias ou de licença do trabalho no período de realização da pesquisa, e os que não aceitaram participar do estudo estando em desacordo com o TCLE. Fizeram parte do estudo 10 (dez) profissionais da saúde mental que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. A amostra considerada foi o universo dos profissionais atuantes nestes serviços do município.

Todas as entrevistas foram gravadas em aparelho celular e logo após, no mesmo dia, foram repassadas ao computador e transcritas de modo a evitar a perda dos detalhes das falas dos entrevistados, assegurando assim sua fidedignidade. Essa etapa possibilitou a compreensão do objeto de estudo, aproximação ao público participante, percepções e sentimentos do pesquisador acerca de tal contexto.

Para a análise dos dados coletados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), na qual consiste em um conjunto de técnicas que visam extrair sentido dos textos por meio de unidades de análises que podem ser palavras-chaves, termos específicos, categorias e/ou temas, de modo a identificar a frequência com que aparecem no texto, possibilitando fazer inferências replicáveis e válidas dos dados. A análise de conteúdo é constituída pelas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência/ interpretação dos dados.

Foram elaboradas Unidades de Registro (UR), a partir da leitura das entrevistas, do Centro de Atenção Psicossocial II e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III.

No total foram elaboradas 41 Unidades de Registro; quatro Unidades de Contexto referente ao CAPS II, e 49 Unidades de Registro, e quatro Unidades de Contexto referente ao CAPS AD III. Após a depuração das falas, elaborou-se as categorias finais de análise totalizando em quatro Categorias, sendo estas: I – Entendimento sobre saúde mental; II - Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, III – Entendimento sobre equipe multiprofissional, e IV – Conhecimento sobre o Projeto Terapêutico Singular.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa possibilitou identificar as concepções que os profissionais vêm construindo sobre o conceito de saúde mental que vai além do conhecimento psiquiátrico. Ficou clara a importância que os profissionais de saúde mental atribuem ao modelo de assistência comunitário, e territorial, porém, os entraves dentro da equipe existem, como: sobrecarga de trabalho, e equipe reduzida. Há divergências entre a teoria e a prática cotidiana por não conseguirem avançarem da lógica biologicista, e reducionistas. Também há profissionais resistentes a participar de atividades em grupo, hopitalocêntrico dentro do serviço tornam a prática muito longe do que é proposto na Política de Saúde Mental.

Para entender o caminho que percorremos para chegar aos resultados deste estudo, convidamos dez (10) profissionais da saúde dos Centros de Atenção Psicossocial, divididos entre a equipe do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) com 20 profissionais, e a equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS ADIII), com 62 profissionais. Os sujeitos da pesquisa foram cinco profissionais do CAPS II e cinco profissionais do CAPS AD III. O período da coleta de dados ocorreu em julho e agosto de 2018.

O delineamento da amostra aconteceu da seguinte forma, a população do CAPS II é composta por 20 profissionais, e apenas 5 profissionais atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Neste sentido, para o melhor cruzamento dos dados entre as diferentes modalidades de serviço, ficou acordado ao CAPS AD III, a participação de 5 profissionais dentro do universo de 62 profissionais.

Os dados foram coletados seguindo um roteiro de entrevista semiestruturado. Em oito encontros com os profissionais, foi possível realizar a coleta de dados que foi gravada e posteriormente–transcritas na íntegra para análise. As entrevistas foram realizadas nos próprios CAPS, onde 9 (nove) entrevistados organizaram a sala para a realização da entrevista individual respeitando o momento da entrevista para não ocorrer interrupção, e 1 (um) entrevistado demonstrou não estar disponível para a participação da entrevista, demonstrando falta de interesse para marcar dia e hora da entrevista, e pouca preocupação com as interferências externas do ambiente.

A identidade dos participantes foi preservada, e nas falas apresentadas nesta pesquisa foi utilizada a letra E referente à palavra “Entrevistado” seguida do número que foi atribuído a ordem das entrevistas.

As respostas foram obtidas dos 9 (nove) participantes inseridos no CAPS II e CAPS AD III, exercendo os seguintes cargos: 1 (uma) Técnica em Enfermagem, 2 (duas) Enfermeiras, 2 (dois) Psicólogos, 1 (uma) Fisioterapeuta, 1 (uma) Terapeuta Ocupacional, 1 (uma) Farmacêutica, e 1 (uma) Assistente Social.

A tabela 1 abaixo apresenta o perfil dos profissionais da saúde entrevistados. As variáveis fazem referência à idade, escolaridade e tempo de trabalho na instituição. Para garantir o sigilo e preservar a identidade dos mesmos, foram atribuídos nomes fictícios.

Tabela 1. Perfil dos profissionais da Saúde dos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III) Norte do Brasil.

Participantes	Idade	Escolaridade	Tempo de trabalho
E1	32	Especialização	4 anos e 2 meses
E2	46	Técnico	8 anos e 2 meses
E3	51	Superior Completo	4 anos e 3 meses
E4	38	Superior Completo	1 ano e 2 meses
E5	38	Mestrado	5 meses
E6	32	Superior Completo	4 anos e 1 mês
E7	34	Especialização	4 anos e 3 meses
E8	52	Superior Completo	18 anos
E9	39	Especialização	1 ano e 2 meses

Fonte: Dados de identificação dos profissionais entrevistados. As variáveis fazem referência à idade, escolaridade, tempo de trabalho na instituição. Para garantir o sigilo e preservar a identidade dos mesmos, foi utilizada a Letra E referente a palavra Entrevistado.

De acordo com a tabela 1 acima, a maioria dos profissionais de saúde entrevistados apresentam faixa etária entre 32 e 39 anos (70%), 10% com 46 anos de idade, e 20% com idade entre 51 e 52 anos, predominando a faixa etária entre 32 a 39 anos.

Quanto à escolaridade, 10% possuem o curso técnico; (50%) grau superior completo, (30%) com especialização, e (10%) apresentou-se profissionais com mestrado.

Quanto ao tempo de trabalho nos serviços de saúde mental, (30%) apresentou entre 5 meses e 1 ano e 2 meses, (50%) entre 4 anos e 4 anos e 3 meses, e por último, (20%) apresentou tempo de serviço acima de 8 anos.

Abaixo, apresentamos as categorias finais encontradas após análise das entrevistas.

UNIDADES DE CONTEXTO	CATEGORIAS FINAIS DE ANÁLISE
Entendimento sobre o conceito de Saúde Mental	***I - Entendimento sobre Saúde Mental***
Atividade voltada para a Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças	***II- Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças***
Entendimento sobre o Trabalho em equipe	***III- Entendimento sobre equipe multiprofissional***
Instrumento de Trabalho Interdisciplinar	***IV- Conhecimento sobre o Projeto Terapêutico Singular***

Fonte: Elaboração do quadro pela autora, a partir das entrevistas com os profissionais da saúde do Centro de Atenção Psicossocial II, e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III, Norte do Brasil.

Após a depuração das falas, elaborou-se as categorias finais de análise, conforme as categorias abaixo.

I - Entendimento sobre saúde mental: apresenta o nível de entendimento que os profissionais da saúde têm sobre a área que atuam.

II- Promoção da saúde e prevenção de doenças: descreve as ações que os profissionais executam.

III- Entendimento sobre equipe multiprofissional: descreve o entendimento dos profissionais acerca do trabalho em equipe, discussão entre as especialidades, relação entre a equipe, o cotidiano.

IV- Conhecimento sobre o projeto terapêutico singular: apresenta o conhecimento do profissional sobre o instrumento de trabalho interdisciplinar.

3.1 Entendimento sobre a saúde mental

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que não existe uma definição "oficial" de saúde mental. Passaram-se séculos buscando explicar onde estava instalada a loucura: na alma, no cérebro, no corpo físico, na mente, ou na sociedade. Nesta época, a preocupação era afastar a pessoa desprovida de razão do meio da sociedade. Não se pensava no conceito de saúde, menos ainda no conceito de saúde mental. Com o surgimento da psiquiatria, na sociedade capitalista, a loucura passou a ser definida como doença mental, e como terapêutica, medicalizada. O louco desprovido de razão passou a ser conhecido como alienado, como dizia Pinel (1745-1826) e o isolamento assumiu o papel de terapia.

Até o século XX, o louco e a loucura eram tratados dentro dos manicômios. Somente após II guerra mundial, a questão da loucura passou a se constituir como uma questão social e a demandar preocupação para o governo e profissionais. Mesmo assim, apesar do saber psiquiátrico, o modelo biomédico prevalecia para o diagnóstico de doenças. O que se avançou foi o advento das reformas psiquiátricas que mesmo variando entre os países, têm, em comum, o fato de questionarem a terapêutica da internação psiquiátrica.

Após o movimento de reivindicação e participação popular que ganhou forças na década de 70, a assistência psiquiátrica brasileira passou por transformações como a diminuição de investimentos financeiros em hospitais psiquiátricos e particulares, democratização dos saberes, participação de vários atores no processo, mudança na legislação (Política de Saúde Mental), e surgiram novas modalidades de atenção que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional (Brasil, 2005).

Com isso, o conceito de saúde mental passou a ser mais amplo, a partir da contribuição de diversas áreas como a psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, entre outras, que vêm ganhando espaço em diversos serviços de saúde. Neste sentido, a OMS (2012) afirma que “as diferenças culturais, valores subjetivos e teorias relacionadas afetam o modo como a "saúde mental" é definida.

O entendimento do conceito de saúde mental na perspectiva psicossocial foi compreendido por profissionais entrevistados nesse estudo conforme as falas abaixo:

> *"[...] Saúde mental é estar bem psicologicamente né, é hoje é incluso pela definição de saúde a questão pelo bem estar psicossocial. Então, é estar bem mentalmente né, [...] é estar bem não significa estar livre de problemas ou alguma coisa, é saber lidar, é saber enfrentar dificuldades do dia-a-dia enfim é isso ai, é estar bem para enfrentar as dificuldades do dia a dia. [...]."* (**E1).**
>
> "[...] *Saúde Mental é dar ao indivíduo que tem Transtorno Mental é o direito ter acesso a tratamento [...]"* **(E6).**

Observa-se, que o conceito de saúde mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais (OMS, 2016). Há profissionais que conseguem sair da lógica do discurso reducionista, como pensar apenas na doença, ou falar que saúde mental é o estudo da mente, ou separar mente e corpo, como afirmava Descartes (1596- 1650).

Outro aspecto importante abordado foi o direito a ter acesso ao tratamento, que foi uma grande conquista da saúde mental, onde os pacientes egressos de longas internações psiquiátricas conseguiram conquistar este direito que está escrito no texto normativo da Política de Saúde Mental (10.216/01), assim como a proteção e as estratégias e diretrizes adotadas no Brasil (BRASIL, 2005).

A entrevistada E2*,* por outro lado, apresentou o conceito de saúde mental como uma patologia. O nível de entendimento sobre saúde mental ainda está centrado na doença, na cura da doença. Existem profissionais, que apresentam um discurso confuso sobre o conceito de saúde mental, ainda com a compreensão de seguir um protocolo definido, o que subentende que existem várias assistências dentro de um serviço só. Como podemos ler no relato da entrevista do profissional E2:

> "[...] *Saúde mental pra mim, é eu classifico como algo a ser visto pela sociedade não como uma patologia diferenciada das outras, algo que também precisa ser enquadrado no sentido da saúde, da que seja redução de danos, ou que seja cura, [...] precisa ser visto de uma forma como todas as outras patologias, como todos os outros casos."* **(E2).**

3.2 Promoção da saúde e prevenção de doenças

A promoção da saúde trabalha com estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do SUS, contribui para pensar, elaborar e executar ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde, tendo como principais características a abordagem integral do processo saúde-doença e o reconhecimento dos condicionantes e determinantes sociais da saúde (Brasil, 2005).

Os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento no Brasil são: o subemprego, o desemprego, a falta de saneamento básico, falta ou inadequada habitação, dificuldade a informação e educação, fome, marginalização, urbanização desenfreada (Almeida, 2013).

Trabalhar prevenção não é apenas prevenir a ocorrência de doenças, como a redução dos fatores de risco, mas deter seu progresso e reduzir suas consequências, uma vez estabelecidas. Já a Promoção da Saúde, no entanto, envolve realizar atividades no âmbito mais amplo, como olhar o sujeito em sua integralidade e trabalhar a integralidade seria desenvolver uma atenção que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2012). Por isso, as ações de saúde mental precisam ir além de atendimentos clínicos realizados em consultórios.

Como podemos ler abaixo nas falas dos entrevistados, as ações de prevenção de doenças prevalecem sobre as ações de promoção da saúde nos serviços de saúde mental:

> *"[...] Eu fico com um grupo que é de prática corporal,[...] Tem um grupo que se chama bem estar que a gente traz mesmo discussão sobre temas ligados a saúde, a Prevenção de Doenças, a discussão de Promoção. Esse grupo acontece 1 vez por semana, ele é de responsabilidade da enfermagem, a condução, o planejamento e a condução das atividades [...]"* **(E5).**

> *"[...] Meu grupo é pra isso, meu grupo de fisioterapia na sexta feira é pra isso por que eles, alguns ficam muito acamados, medicação muito a longo prazo, então tem dificuldade de locomoção. Então ele serve pra isso pra trabalhar a consciência corporal. [...]Existe troca é o momento em que não fica pensando na saúde mental deles, então a gente joga bola, né. Faz trabalho de estresse terapia com bola, bastão, jump, aqui tem bastante coisa. Então eu acho que é o momento que eles esquecem um pouco do Transtorno, e pensam em outras coisas. É um grupo bem leve, e, eu acho que, desde que eu entrei funciona, eles vem certinho, e vai [...]"* **(E7).**

Dois entrevistados relataram que desenvolver atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças são extremamente importantes, porém não são atividades prioritárias dentro do serviço de saúde, devido à sobrecarga de trabalho, principalmente de trabalhos burocráticos, espaço físico inadequado e número reduzido de profissionais da equipe.

> *"[...] a gente sempre tá orientando, a gente manda os encaminhamentos a gente é encaminha às vezes até pra UPA quando a gente percebe que poderá acontecer algo pior, a pressão também a gente vê muito, em relação também a diabetes, a gente sempre tá orientando, é tem também um grupo de culinária que às vezes eles sempre*

> *tá, a gente sempre tá conversando sobre alimentação saudável tal. É, não é algo prioritário aqui, mas a gente consegue fazer na medida do possível [...]"* **(E6).**
> *"[...] Bom eu acho que aqui no CAPS a gente, a gente peca um pouco nisso. Ah, só que aqui no CAPS como a gente tem uma equipe reduzida. [...] Então fica muito complicado trabalhar a promoção e prevenção. Então um trabalho efetivo de prevenção não tem assim[...] Então assim até a questão da prevenção, as vezes é difícil, por conta do próprio publico que a gente atende. Eles acabam também nos solicitando e vindo mais aqui também quando eles estão achando que precisam da gente. Quando precisam de uma medicação quando precisam de um atendimento. E ai qualquer estabilizada, e qualquer melhorada, eles somem do CAPS [...]"* **(E9).**

3.3 Entendimento sobre equipe multiprofissional

Os Centros de Atenção Psicossocial são ancorados nas noções relativas a um espaço de convivência, criatividade, construção de vida que, ao invés de somente medicalizar e disciplinar. Além disso, acolhe, cuida e estabelece conexão com a sociedade. As atividades desenvolvidas são aquelas realizadas individualmente ou em grupo e nelas se destacam a escuta, o acolhimento, o estímulo para a vida, para autonomia e para a cidadania (Yasui, S & Costa-Rosa, A., 2008)

O objetivo da ação de saúde sobrepõe ao diagnóstico do paciente. Sendo assim, o olhar do profissional precisa ir além do que os sintomas da doença refletem. Precisa compreender o ser humano como um todo, compreender as suas relações e o seu contexto de vida (Amarante, 1996). Estas mudanças ganharam forças quando os profissionais de saúde mental demonstraram competência, o que exige conhecimento teórico, prático, saber refletir, saber ouvir uma opinião diferente, aceitar e ter disponibilidade para cumprir os objetivos planejados no tratamento.

E mais ainda, o profissional precisa amadurecer a relação com seus colegas e partilhar de interesses, experiências, competências, não esquecendo das que lhes são peculiares; isto é, ser interdisciplinar, respeitar cada conhecimento, com vistas a trazer mudanças no trabalho, integrando-o, em conjunto (Almeida, 2016).

O entrevistado E5 tem a compreensão do trabalho em equipe multiprofissional, como fica claro em suas falas:

> *"[...] Existe porém, éee nem em todas as atividades. Eu penso que algumas atividades elas tão sim a gente reúne o grupo pra fazer discussão de casos pra fazer, pra elaborar atividades em conjunto, mas ainda existe uma separação uma, inclusive de*

> *entendimento, até mesmo do objetivo do CAPS, né, do objetivo da estrutura da oferta da assistência do CAPS por exemplo, o CAPS ele trabalha com redução de danos nem todas as pessoas que trabalham no CAPS tem o mesmo entendimento sobre o que seria redução de danos, e planejam juntos atividades para redução de danos aqui. [...]"* **(E5).**

O entendimento sobre o conceito de equipe multiprofissional pode-se afirmar que o entrevistado soube relatar a proposta do trabalho em equipe, porém na prática, na discussão de casos clínicos percebe-se diálogos travados, há dificuldade de se despir de seus próprios conceitos, havendo preconceitos, também sair da sua "zona" de conforto, aceitar ideias diferentes e relacionar com a equipe toda do serviço de saúde mental. Como podemos destacar nos relatos das E3, E4, e E6:

> *"[...] É um desafio, a gente se depara com muitas assistências, muito ciclos de assistências, ne. Não existe uma política municipal, ne que seleciona, [...] que tenha identificação com a Portaria. E ai assim, os diálogos ficam muito travados, muito truncados. A gente fala linguagem diferentes, tem compreensões diferentes, então assim, é o espaço de trabalho é potente. Cada um tem um entendimento, muitas vezes um tem uma abordagem biomédica, as vezes até tem uma visão da Portaria, só que não consegue trabalhar com a saúde mental, né. Não tem uma visão de saúde mental. São poucas pessoas que conseguem fazer manejo do fenômeno, né são poucas pessoas que se disponibilizam a sentar e fazer uma discussão de caso, né. E isso se reflete no serviço né [...]"* **(E3).**
>
> *"[...] Isso é ótimo, por que rsrs, éé, sou Eu e a B. só. Então, eu acredito que existe. Agora lá fora, eu não sei te explicar, mas eu acredito que sim, né. Por que a minha equipe é só Eu e a Luciana, e a gente tem entrosamento. Rrsrs[...]"* **(E4).**
>
> *"[...] Não posso dizer nem que sim nem que não, é a equipe tá mudada e tem 2 turnos então a gente quase não tem esse diálogo com o outro turno. É, hoje eu posso dizer que o trabalho aqui tá muito menor que antes não tem muito diálogo hoje em dia, não tem muita coesão, é muitos profissionais vem de uma linha, é individualista, e não sabem trabalhar em equipe. [...]"* **(E6).**

O entrevistado E3 deixa muito claro a dificuldade da equipe em trabalhar o fenômeno conforme as propostas do modelo psicossocial destacado nas portarias. Ainda existe concepções de cura da doença, ou seja, o modelo biomédico, ainda centrado na figura do médico, e na medicalização.

Conforme o relato acima, o sujeito E4 considera que exista 2 (duas) equipes dentro do serviço de saúde mental. A equipe que o profissional participa. E, pode-se afirmar que o trabalho "desta" equipe está reduzido e fragmentado a sua especialidade, e em 2 (duas)

pessoas apenas. Percebe-se em sua fala que ao fazer menção à outra equipe, subentende que a outra equipe seria a equipe multiprofissional.

Outro fator de preocupação nas equipes de saúde é a resistência ao novo. Percebe-se no relato do entrevistado E6 que existe uma resistência no momento que um novo integrante chega a equipe. Existe uma resistência ao novo, em acolher o profissional que chegou com características diferentes de como o trabalho em equipe era desenvolvido. Para tanto, não só o acolhimento ao paciente se destaca nos requisitos do modelo psicossocial; é crucial a própria equipe amparar os profissionais novos que chegam para partilhar os trabalhos.

3.4 Conhecimento sobre o projeto terapêutico singular

Nesta categoria, apresentamos se o profissional conhece o instrumento de trabalho interdisciplinar, o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A Política de Saúde Mental recomenda que os PTS devem apresentar como objetivo principal a reinserção social dos usuários através de ações que envolvam educação, esporte, cultura, lazer e também serem desenvolvidos respeitando as necessidades e possibilidades de cada usuário. Estas ações realizadas no território ganham forças quando são articuladas com as redes de apoio social do usuário, com a intenção de restabelecer vínculos fragilizados e/ou perdidos ao longo do processo de adoecimento (Brasil, 2004).

O PTS é o instrumento de trabalho essencial da assistência à saúde mental construído entre equipe de saúde, usuário e quando possível, há também a participação da família. As novas estratégias de cuidado em saúde mental necessitam que as equipes conheçam, se apropriem e desenvolvam novas formas de organização do cuidado em saúde, diferentes daquelas tradicionalmente utilizadas nos serviços ambulatoriais (Jorge, et. al., 2015). No momento da entrevista, o sujeito E3 afirmou conhecer o PTS e considerou que o Projeto deve ser o norteador para construção do projeto de vida do usuário, como fica claro em sua fala:

> *"[...] Conheço, e assim é um norteador. É fundamental que vai delinear o projeto dele. A gente não vive sem um projeto. O ser humano não se constitui sem um projeto de vida. Então a gente entende o projeto, né, terapêutico,[...] nós somos um projeto. Se a gente não tem um projeto de vida, a gente não tem uma razão de ser. A gente não sabe pra onde vai, não tem um norteador, não sabe o que a gente quer né [...] então a*

> *gente entende o projeto como o caminho é, que eu desenhei que eu projetei que eu sonhei, e que eu vou cada dia, construir um pedacinho desse projeto [...]* **(E3).**

Como resultado da discussão coletiva da equipe, as atividades se incumbem a todos os profissionais e precisam ser desenvolvidas de forma interdisciplinar, criativa e flexível, através do planejamento dos processos terapêuticos, no qual procura não se limitar ao momento da crise, mas na continuidade da vida do usuário. É extremamente importante, os profissionais considerarem a singularidade do sujeito, a complexidade de cada caso, principalmente ajudar o indivíduo a restabelecer relações sociais e afetivas perdidas, e reconquistar os direitos e poderes sobre a sua vida (ALMEIDA, 2016).

Mesmo com a proposta terapêutica ter avançado na saúde mental, ainda existem profissionais que não conhecem o PTS e trabalham apenas dentro da sua especialidade, como o entrevistado E4 relatou abaixo:

> *[...] Não. Olha o que eu faço, é o que eu posso fazer é orientação para o paciente, às vezes ne, eu posso tá conversando, e orienta, mas dentro da minha área né, e é isso é, orientar dentro da nossa área [...]* **(E4).**

Dessa maneira, destaca-se a fragilidade com que as terapêuticas estão sendo conduzidas. A intenção do trabalho psicossocial requer estratégias como, valorizar a força terapêutica da escuta, a força da educação em saúde, requer desenvolver com o paciente meios de fortalece-los internamente para encarar a vida social.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou identificar a concepção dos profissionais da saúde sobre Saúde Mental e o trabalho realizado nos CAPS II e CAPS AD III. A partir da análise dos relatos dos entrevistados, conseguimos responder aos objetivos propostos de analisar a compreensão dos profissionais da saúde mental de um município no Norte do Brasil quanto aos desafios da assistência.

Analisar a compreensão dos profissionais da saúde mental em um município do Norte do Brasil, quanto aos desafios da assistência trouxe muitos questionamentos, para a pesquisadora, pois os profissionais trouxeram demandas que já vêm sendo estudadas há décadas, entretanto, continuam presente e alvo de constantes estudos, com a intenção de avançar nas práticas de saúde dentro dos serviços de saúde mental.

Realizar atividades em equipe com ações interdisciplinares, construir Projeto Terapêutico Singular do usuário, diz respeito ao entrosamento dos profissionais em torno da melhoria psicossocial daquele paciente que procura o CAPS para ser acolhido.

Através dos relatos, há divergências entre a teoria e a prática cotidiana. Os profissionais conseguem entender, visualizar a importância do modelo de atenção comunitário, porém a presença de diferentes assistências, modos de pensar dentro do serviço que tornam a prática muito longe que é proposto na Política de Saúde Mental.

Penso que parte da melhoria de uma instituição, precisa partir da atuação de cada CAPS, de cada profissional, sabendo que cada dia é um novo dia dentro dos serviços de saúde mental. Não há protocolos definidos dentro desses serviços. Esses apontamentos refletem sobre a organização técnica-assistencial do município, voltadas para o modelo de atenção biologicista, biomédico, centrado na cura da doença, e na medicalização dos sintomas.

5. REFERÊNCIAS

Albuquerque, I. N.; Gadelha, C.; Souza, R. B. (2018). Transformações Do Modelo Assistencial Em Saúde Mental: Desafios Dos Trabalhadores Da Saúde Na Concretização Dos Projetos Terapêuticos. Ap. Sci. Rev., Curitiba, V. 2, N. 4, Edição Especial, P. 1334-1345, Set.

Almeida, A. M. (2013). Políticas De Saúde Na Atenção As Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Tcc (Especialização Em Enfermagem) - Universidade Federal De Santa Catarina. Florianópolis, 97 P.

Almeida, M. R. (2016). A Percepção Dos Profissionais De Saúde De Um Caps Ad Do Sul Do Brasil Acerca Da Reabilitação Psicossocial. Dissertação (Mestrado Profissional Em Saúde Mental E Atenção Psicossocial) - Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis.

Alverga A. R; Dimenstein M. (2006). A Reforma Psiquiátrica E Os Desafios Na Desinstitucionalização Da Loucura. Interface Comun Saúde Educ., V. 10, N. 20: 299-316, 2006.

Amarante, P. (1996). Ensaios: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade. 1. Ed. Rio De Janeiro: Makron Books.

Bardin, L. (2011). Análise De Conteúdo. São Paulo: Edições 70.

Brasil. (1990). Lei N˚ 8.080, De 19 De Setembro De 1990. Dispõe Sobre As Condições Para A Promoção, Proteção E Recuperação Da Saúde, A Organização E O Funcionamento Dos Serviços Correspondentes E Dá Outras Providências, Brasília

Brasil. (2002). Ministério Da Saúde. Portaria Nº 336 De 19 De Fevereiro De 2002. Institui As Diretrizes Que Define A Estrutura E Organização Dos Caps, No Âmbito Do Sistema Único De Saúde (Sus), Brasília/Df.

Brasil. (2004). Ministério Da Saúde. Saúde Mental No Sus: Os Centros De Atenção Psicossocial. Brasília/Df.

Brasil. (2005). Ministério Da Saúde. Reforma Psiquiátrica E Política De Saúde Mental No Brasil. Brasília/Df: Opas, Nov.

Brasil. (2012). Portaria Gm/Ms Nº 130 De 26 De Janeiro De 2012. Redefine O Centro De Atenção Psicossocial De Álcool E Outras Drogas 24 H (Caps Ad Iii) E Os Respectivos Incentivos Financeiros, Brasília/Df,.

Jorge, M. S. B., Diniz, A. M.; Lima, L. L.; Penha, J. C. (2015). Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular E Produção Do Cuidado Em Saúde Mental. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, V. 24, N. 1: 112-20.

Lefevre, F.; Lefevre, A. M. C. (2005). Promoção De Saúde: A Negação Da Negação. Cad. Saúde Pública, V. 21, N. 5, Sept./Oct.. 166 P.

Minayo, M. C. S. (2010). Pesquisa Social: Teoria, Método E Criatividade. 29ª Ed. Petrópolis: Vozes.

Organização Mundial Da Saúde – Oms. Portal Da Saúde. (2010). Disponível Em: Http://Portal.Saude.Gov.Br/Portal/Saude/Visualizar_Texto.Cfm?Idtxt=25076. Acesso Em: 22 Nov. 2012.

Pinto, D. M.; Jorge, M. S. B.; Pinto, A. G. A.; Vasconcelos, M. G. F.; Cavalcante, C. M.; Flores, A. Z. T.; Andade, A. S. (2011). Projeto Terapêutico Singular Na Produção Do Cuidado Integral: Uma Construção Coletiva. Texto Completo Enferm, Florianópolis, V. 20, N. 3: 493-302.

Saraceno, B. (1999). Libertando Identidades: Da Reabilitação À Cidadania Possível. Belo Horizonte/Rio De Janeiro: Te Corá, Instituto Franco Basaglia. P. 143-159.

Rotelli, F. (1994). Superando O Manicômio – O Circuito Psiquiátrico De Trieste. In: Amarante, P. (Org). Psiquiatria Social E Reforma Psiquiátrica. Rio De Janeiro: Fiocruz.

Yasui, S; Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.32 n. 78/79/80, p.27-37, jan./dez.