

CONHECIMENTO DOS COORDENADORES DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL¹

Nathália dos Santos Silva*
 Adrielle Cristina Silva Souza**
 Ana Caroline Gonçalves Cavalcante Moreira***
 Elizabeth Esperidião****
 KellyKan Carvalho Silva*****

RESUMO

O processo de desinstitucionalização da assistência em Saúde Mental pode ficar comprometido se não houver a adequada formação e compreensão da política que o norteia pelos profissionais da área. O objetivo deste trabalho foi verificar o conhecimento dos coordenadores de Centros de Atenção Psicossocial do interior do Estado de Goiás sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa realizada com 19 coordenadores desses serviços, no período de janeiro a maio de 2011. Os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo com o auxílio do *software* ATLAS-ti. Considerou-se que os coordenadores possuem compreensão pertinente às orientações legais, destacando-se a reinserção social, inclusão da família na assistência, o trabalho interdisciplinar e a articulação dos serviços em uma rede de assistência. Em contrapartida, apontam-se dificuldades para implementar a política, devido à carência de dispositivos na rede, à necessidade de qualificação e à falta de investimentos em recursos físicos, financeiros e humanos.

Palavras-chave: Assistência em saúde mental. Gestão em saúde. Recursos humanos. Serviços de saúde mental. Saúde mental. Enfermagem psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

Na década de 1960, surge, em vários países, o movimento denominado Reforma Psiquiátrica que contesta a perspectiva asilar e medicalizante de assistência em Saúde Mental (SM) e propõe alternativas em relação aos manicômios. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica iniciou-se na década de 1970, sob influência de concepções teóricas e experiências de diversos países, com uma nova visão de tratamento para as pessoas com transtornos mentais^(1, 2).

Neste cenário, o atendimento em SM tem sido redirecionado para a assistência psicossocial, com enfoque no modelo de atenção que cuida das pessoas no seu meio social. Assim, a autonomia e subjetividade do indivíduo são valorizadas na proposta terapêutica, com o

objetivo de atender, apoiar e reabilitar a pessoa com transtorno mental no meio em que vive^(3, 4).

Neste modelo de atenção psicossocial, tratar é promover a possibilidade de que as pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais e/ou com problemas relacionados ao álcool e outras drogas possam viver em comunidade, com grau de autonomia possível, mas sem exigir que tenham de adotar um padrão ideal de comportamento. Essa compreensão vai muito além de apenas diagnosticar doenças e prescrever tratamentos para a cura^(3, 5, 6).

No Brasil, tais premissas estão apoiadas na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) que propõe a criação de uma rede de serviços substitutivos abertos, de base comunitária e territorial sustentada na atenção psicossocial. Esta rede busca proporcionar às pessoas com transtorno mental a oportunidade de convívio

¹Trabalho originado da Dissertação: Panorama dos serviços de saúde mental do interior do Estado de Goiás. Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - UFG, 2012. Projeto financiado pela Fundação de Amparo à pesquisa de Goiás - FAPEG. Vinculado ao RECID: Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental.

*Enfermeira. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Técnica na Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. E-mail: silvans09@gmail.com

**Enfermeira. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. E-mail: drica_140@hotmail.com

***Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. E-mail: anagcavalcante@gmail.com

****Enfermeira e Psicóloga. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora Associada na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. E-mail: betesper@gmail.com

*****Enfermeira. Aluna egressa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. E-mail: kellycarvalhosilva1@gmail.com

social, promovendo condição de cidadania^(1,7).

Dentre os serviços substitutivos propostos pela PNSM, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que consistem em serviços abertos, de atenção diária, com livre acesso aos usuários, familiares e sociedade. Para que tais orientações se concretizem, a equipe desses serviços deve ser multidisciplinar, com vistas a atender a integralidade do sujeito em suas diferentes necessidades^(1,8).

A responsabilidade social da equipe de saúde dos CAPS representa a base para a operacionalização de uma mudança efetiva no modelo de atenção em saúde mental, e é necessário que haja maior engajamento dos profissionais com o trabalho^(1,4).

Entretanto, ao analisar a realidade assistencial da SM no país, nota-se que instituições especializadas deparam-se com desafios referentes ao processo de desinstitucionalização, caracterizados por dificuldades em implementar ações para a reinserção social e familiar. Muitas vezes, tal processo é entendido como mera desospitalização, não havendo mudança no contexto do cuidar^(4,5).

Neste tocante, destaca-se a importância do papel do coordenador dos serviços, pois o modelo de coordenar tem estreita relação com o modelo assistencial instituído⁽⁹⁾, considerando-se que, dependendo da sua compreensão e das suas atitudes, haverá influência no direcionamento dos serviços.

O coordenador, por ter importante função representativa, deve assumir as responsabilidades de condução da equipe, articulando o suporte necessário para o desenvolvimento do trabalho. Diante da relevância desses aspectos para a efetividade do modelo de atenção psicossocial, este estudo objetiva verificar o conhecimento dos coordenadores dos CAPS do interior do Estado de Goiás acerca da PNSM.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória realizada nos CAPS do interior do Estado de Goiás, habilitados até o mês de dezembro de 2010, totalizando 22 serviços localizados em 19 municípios.

Foram incluídos na pesquisa todos os

coordenadores que estavam atuando nos serviços, no período de coleta de dados. Um dos CAPS não possuía coordenador, em outro, o coordenador não compareceu para a entrevista e, em outro, o coordenador se recusou a participar, totalizando 19 coordenadores participantes do estudo. Os dados foram coletados entre janeiro e maio de 2011, por meio de dois instrumentos utilizados em outras investigações⁽¹⁰⁾: um semiestruturado com perguntas relativas ao perfil profissiográfico dos coordenadores e um roteiro de entrevista com questões norteadoras sobre a PNSM.

As respostas foram transcritas e submetidas à análise temática de conteúdo⁽¹¹⁾, com o auxílio do *software* ATLAS-ti, versão 6.2. As palavras e frases com maior frequência de citação foram codificadas para evidenciar as unidades de registro (*codes*) que respondiam aos objetivos da pesquisa. À medida que as transcrições eram codificadas, descobriam-se as unidades de contexto (*quotations*) que correspondem a trechos de relatos cuja frequência de aparição pode apresentar alguns significados para o objetivo analítico escolhido.

Após a codificação, seguiu-se pela categorização dos dados (*families*). Nesta etapa, as unidades de registro foram agrupadas em razão das suas características comuns, com a finalidade de condensar as unidades de contexto cuja aproximação favorece a análise e o seu entendimento⁽¹¹⁾.

Optou-se por visualizar as categorias a partir de uma rede de elementos (*network*) no ATLAS.ti, a qual permite estabelecer relações entre unidades de registro e unidades de contexto, além de serem visualizadas num esquema gráfico. Por fim, as categorias foram analisadas e discutidas com base na literatura especializada sobre o tema.

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

Todos os procedimentos éticos foram obedecidos mediante a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, com o protocolo de número 303/10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na maioria dos CAPS, a coordenação dos serviços é exercida por psicólogos (47,4%), seguida por enfermeiros (31,6%) e terapeutas ocupacionais (10,5%). Um coordenador possuía formação em gestão pública e apenas um era médico.

O sexo feminino prevaleceu (79%), e a idade dos coordenadores variou de 22 a 61 anos. O tempo de atuação destes profissionais em SM variou de menos de um ano a 33 anos, sendo que 52,6% trabalham na área há, no máximo, cinco anos; 5,3%, entre cinco e 10 anos; 26,3%, de 11 a 20 anos e 15,8%, há mais de 20 anos. Por outro lado, o tempo de trabalho na coordenação dos CAPS variou de menos de um ano até nove anos completos (21%, menos de um ano; 31,6%, entre um e dois anos; 10,5%, entre dois e três anos e 36,8% atuam há mais de três anos).

Vale considerar que, no momento da coleta de dados, a maioria dos serviços havia sido implantada há menos de cinco anos, sendo assim o pouco tempo de atuação nos CAPS coincide com o tempo de existência dos serviços.

A despeito da jornada de trabalho, predominou a carga horária de 40 horas semanais cumpridas por 15 deles. Em relação à capacitação profissional, dos 68,4% dos coordenadores que têm curso de Especialização, apenas 30,8% concentram-se na área da SM.

O salário variou de R\$ 800,00 a R\$ 6.000,00, sendo a média salarial de R\$ 2.583,33. Salienta-se que, no momento da coleta de dados, o salário mínimo vigente no país correspondia a R\$ 545,00. Dentre os participantes, 68,4% referiram não receber gratificação por exercer cargo de coordenador do serviço.

Quanto à empregabilidade, 63,2% dos coordenadores afirmaram possuir outro emprego, sendo que metade está relacionada à SM. Em relação ao regime de contrato, 73,7% dos coordenadores possuíam vínculo empregatício por contrato temporário, gerando insegurança quanto à permanência no serviço e grande rotatividade de profissionais.

As condições de trabalho identificadas nos municípios podem estar relacionadas à subjetividade nas relações de poder oriundas da dimensão político-partidária, ou seja, a cada mudança do gestor municipal, ocorrem indicações para cargos considerados de

confiança, gerando descontinuidade de ações em função de interesses partidários⁽¹²⁾. Esses dados são preocupantes, pois a formação de recursos humanos é um dos principais desafios para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, cujo processo exige cada vez mais o preparo técnico e teórico dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações e/ou contratos precários de trabalho^(1, 13).

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

O conhecimento dos coordenadores sobre a Reforma Psiquiátrica

A compreensão que os coordenadores possuem sobre a PNSM está muito relacionada com a construção histórica da mudança do modelo de concepção de cuidado em saúde mental e com as experiências profissionais que eles possuíam.

A transição da assistência psiquiátrica tradicional para a atenção psicossocial

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

Já caminhamos bastante, assimilando e executando bem a proposta da Reforma Psiquiátrica. Acho que nós vamos chegar lá. Eu vivi as duas realidades, e hoje eu vejo com muito bons olhos essa nova proposta de atendimento. (14:28)

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

Esses relatos permitem refletir sobre o tratamento oferecido no modelo asilar, que

favorecia a exclusão do sujeito. Para garantir o avanço da reforma, é importante ter um quadro de profissionais que defenda modelos de atenção diferentes dos anteriores, de modo a não reduzir a proposta a simples abertura de novos serviços. Os profissionais que participaram da luta militante podem ter mais facilidade de reconhecer os avanços propostos pela PNSM⁽⁶⁾.

A promoção de reinserção social por meio do trabalho no território em que o usuário está inserido foi considerada pelos coordenadores como prioridade para efetivar a PNSM.

O que eu entendo é que hoje a Saúde Mental tem prioridade de cuidar das pessoas que tem algum sofrimento psíquico, em liberdade, com base comunitária, ou seja, dentro da comunidade. É um modelo que não exclui. (4:1)

Quatro coordenadores compreendem a Reforma Psiquiátrica como apenas não hospitalização das pessoas com transtorno mental. Nesse sentido, a desinstitucionalização é entendida como mera desospitalização, ou seja, retirar as pessoas do contexto asilar, sem que haja estrutura na comunidade para cuidar delas⁽¹⁴⁾.

Alguns serviços ainda estão concentrados na lógica do modelo biomédico, submetendo a própria equipe a um regime de cuidado que enfraquece a dimensão complexa do fenômeno da loucura. Ao contrário de “incluir” para “libertar”, os serviços costumam “incluir” para “tratar”, como se fosse no interior do serviço que o cuidado devesse ser prestado, e não o contrário⁽³⁾.

Desinstitucionalização. Essa seria a primeira prioridade, porque na reforma psiquiátrica fala da não internação, para não internar os pacientes e a gente sabe que, no geral, nós não temos estrutura o suficiente para que isso não aconteça. (19:1)

É importante compreender que o modelo psicossocial envolve a desospitalização somada às práticas que possibilitam realmente reinserir o paciente em seu meio social⁽⁵⁾.

Então a desospitalização, é trabalhar com questões de infra estrutura social, tirar os estigmas que o usuário de saúde mental sempre sofreu, é romper os preconceitos e fazer um trabalho realmente efetivo e reinserção social. (8:1)

Embora esse relato utilize o termo desospitalização, seu conteúdo traz em si o

conceito de desinstitucionalização, que está relacionado a um processo ético de resgate dos direitos dos cidadãos em uma dimensão contrária ao estigma, à exclusão e à violência⁽¹⁴⁾.

Vale destacar que, neste estudo, os participantes não fizeram distinção conceitual entre desinstitucionalização e desospitalização, utilizando-os muitas vezes como sinônimos. A representação do movimento de reforma psiquiátrica é percebida por muitos profissionais como apenas a mudança no lócus da instituição, sem deixar claro o que isso representa⁽¹⁾. Por outro lado, muitos coordenadores compreendem a desinstitucionalização como principal proposta da PNSM. A apropriação deste conhecimento é essencial para o desenvolvimento do cuidado integral aos usuários, para proporcionar reinserção social considerando as necessidades deles e de seus familiares.

Vivência dos coordenadores com a Política Nacional de Saúde Mental

A vivência dos coordenadores nos serviços substitutivos tem lhes favorecido a aproximação com as orientações da PNSM, permitindo-lhes experienciar o processo de construção do modelo de atenção proposto.

Desde 2002 que eu estou trabalhando com este novo modelo. Eu vejo que algumas pessoas conseguem a sua reinserção social. Que depressão pode ter cura, que esquizofrenia pode ter controle, quebrar com os estereótipos. Estamos no caminho certo. (4:22)

A gente está conseguindo avançar, não vou falar que a gente está no zero... tem muito a fazer, mas a gente está avançando. (3:18)

Por outro lado, encontramos o relato de um coordenador que compreende a PNSM como uma forma de exclusão social das classes menos favorecidas da atenção à SM:

A doutora (psiquiatra do CAPS) falou uma coisa muito certa. A reforma psiquiátrica aqui no Brasil, ela foi feita pra excluir os pobres de internação. Porque, os ricos que tem doente mental paga internação tranquilo, e os pobres? O que vamos fazer com os pobres? (11:3)

Esse relato apresenta-se totalmente direcionado para a valorização do modelo asilar e retoma a compreensão da desinstitucionalização como uma proposta de organização de natureza administrativa de

redução de custos para os cofres públicos, e não para uma mudança real de assistência. Torna-se preocupante por se tratar do depoimento de um coordenador de CAPS, pois sua compreensão pode deslocar a intencionalidade das atividades de promoção da reinserção social que visam evitar as internações.

A opinião sobre os internamentos psiquiátricos ainda é divergente. Se considerada a demanda familiar, muitas vezes esse tipo de intervenção é requerida. Por outro lado, há a compreensão de que, embora sejam necessários em alguns casos, os internamentos podem resultar numa piora clínica e no retorno do paciente mais prejudicado ao âmbito social⁽¹⁾.

Porém é sabido que, quando necessárias, as internações devem ocorrer em espaços adequados, como enfermarias em hospitais gerais, leitos em CAPS III, CAPS III AD e unidades de pronto-atendimento⁽¹⁵⁾.

Há de se destacar, entretanto, que isso expressa um sentido que pode estar incorporado à prática de muitos profissionais nos CAPS que também desacreditam nas ações que eles próprios empreendem, deslocando o enfoque para o manejo da doença, e não para o cuidado à saúde em que se valorizam os aspectos saudáveis da pessoa que recebe assistência.

Houve relatos que sinalizaram o distanciamento do planejamento e gerenciamento das ações do contexto assistencial, muitas vezes orientados por questões políticas.

Eu sinto a necessidade, não sei se os outros profissionais também, que antes de você elaborar e concluir uma política em saúde você deveria está lá na ponta para saber realmente o que se passa. Porque trabalhar atrás de uma mesa, no ar condicionado, com uma caneta na mão imaginando pode ser isso pode ser aquilo é muito fácil, agora a realidade fica bem distante disso aí. (7:19)

É inegável que houve avanços na implementação da PNSM nos últimos anos, mas na realidade cotidiana, eles são percebidos como insuficientes pela magnitude da problemática e pelo isolamento de várias regiões do país, principalmente do interior distante das capitais e zonas metropolitanas⁽¹⁶⁾.

Os coordenadores dos CAPS do interior do Estado de Goiás também percebem certa

fragilidade na operacionalização das medidas preconizadas pela PNSM. Há sérios problemas relativos à capacitação profissional, à estrutura física dos serviços, o que, via de regra, dificulta que o trabalho possa ser desenvolvido com qualidade, de acordo com o que é recomendado.

Eu acho que falta mesmo é adequar, eu acho que assim a ideia é ótima, que as diretrizes são boas, eu acho que só falta adequar essa questão pela capacitação dos profissionais[...] (6:27)

A SM, sendo uma área da saúde que conta com uma política recente e em processo de expansão e consolidação, muitas vezes não recebe o destaque merecido, resultando em poucos investimentos em recursos e condições de trabalho precárias⁽¹³⁾.

É essencial que haja investimentos para recursos físicos, materiais, qualificação e educação continuada dos trabalhadores dos serviços de SM para que estes sejam capazes de instituir a construção de novas práticas de cuidado, com vistas à melhoria das condições de vida e reinserção social dos usuários dos serviços desta área.

Modelo de gestão da assistência em Saúde Mental

Esta categoria contempla concepções fundamentais para a efetivação do modelo psicossocial, contidas nos relatos dos coordenadores.

Formação e articulação do trabalho em rede

Dentre as recomendações da PNSM, está a criação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com serviços territorializados, com abordagem sustentada na atenção psicossocial⁽¹⁵⁾. Ao articular o trabalho em rede, amplia-se a possibilidade de reinserção dos usuários nos diversos espaços sociais, proporcionando-lhes atendimento em todos os níveis de complexidade de atenção.

Apesar de, no momento da coleta de dados, a portaria que implanta a RAPS⁽¹⁵⁾ ainda não tivesse sido publicada, os coordenadores dos CAPS já compreendiam a necessidade do trabalho em rede e identificaram a existência de alguns dispositivos que compõem essa rede:

No planejamento é a abrangência, passando pelas estruturas de NASF chegando aos CAPS, no ambulatório, na atenção básica, nos consultórios de rua, residências terapêuticas[...] (1:26)

A articulação dos CAPS com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é igualmente valorizada por eles.

Os CAPS são na verdade a porta de entrada, mas na minha cabeça a porta de entrada sempre vai ser a atenção básica. Ela que detecta os casos ali nos lugares onde eles estão, com os agentes comunitários de saúde achando cada um deles dentro da sua casa, identificando cada um deles, referenciando pro CAPS os casos de CAPS. (1:15)

Entretanto, os profissionais que atuam na atenção básica estão despreparados para lidar com o sofrimento psíquico e com as necessidades subjetivas das pessoas e, geralmente, as ações se limitam a reprodução de receitas e encaminhamentos a outros serviços especializados^(2, 4, 17). Diante desta realidade e considerando a demanda para esta área da saúde, é preciso capacitar e ou supervisionar as equipes que atuam na atenção básica com vistas ao atendimento das questões relativas à SM do cidadão^(4, 17, 18).

Ainda vale destacar que a articulação do CAPS com a Atenção Básica precisa ser evidenciada mais por ações que atendam à demanda de quem sofre e procura ajuda nos dois serviços do que aos princípios do modelo^(2, 18). Ainda a lógica do trabalho em rede se expressa no meio social, mediante diversas articulações e parcerias que propiciam o cuidado às pessoas na comunidade e no contexto em que estão inseridas⁽¹⁹⁾.

Dentre os desafios para programar o trabalho em rede, os coordenadores enfatizam a intersetorialidade como pressuposto essencial para a efetividade das ações previstas na PNSM. A intersetorialidade é reconhecida como um dos mecanismos que favorecem a reinserção social, na medida em que propõe a articulação dos serviços especializados com outros serviços de saúde e equipamentos sociais.

Acho que rede também não pode ficar só na saúde, teria que ter intersetorialidade, então nós teríamos que buscar também todos os outros meios. Seria buscar parcerias dentro de um bairro, fortalecer com outras entidades que não sejam só órgãos públicos. (6:8)

No entanto, os coordenadores apontam dificuldades para articular os serviços em rede, ou por falta de conhecimento do objeto de atenção em SM, por falta de serviços para compor a rede, ou ainda pela falta de

comunicação entre eles.

Os coordenadores enfatizaram a necessidade de leitos para a área de saúde mental em hospitais gerais, para a consolidação da rede de atenção à SM, já que estes são inexistentes em Goiás, até o presente momento.

Na prática, a gente depara com inúmeras situações em que a hospitalização é necessária. (17:4)

A atenção hospitalar deve ser realizada em enfermarias especializadas em saúde mental, em hospitais gerais, com composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar. O cuidado ofertado deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário, e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica⁽²⁰⁾.

O trabalho interdisciplinar

Os serviços de SM trabalham com equipes multidisciplinares possibilitando diferentes formas de sociabilidade, pois conta com profissionais da tradicional equipe de saúde (médicos, enfermeiros e psicólogos) e de outras áreas, como arteterapeutas, pedagogos, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, entre outros.

A partir do entendimento de que as ações em SM têm características interdisciplinares, todos os profissionais dos CAPS contribuem para a construção do projeto terapêutico, favorecendo a troca de saberes para a construção do trabalho, na perspectiva da integralidade do sujeito. Ainda assim, a interdisciplinaridade no tratamento nem sempre é fácil de ser atingida, tendo em vista a sua complexidade e a compreensão dela entre os diferentes profissionais que participam das ações terapêuticas aos usuários dos serviços.

Eu acho que no projeto terapêutico, dentro do que o paciente precisa, monta-se um projeto terapêutico e a partir disso sabe-se qual a contribuição de cada profissional para ele. (6:9)

Embora as especificidades das profissões sejam reconhecidas para se desenvolver o trabalho, os coordenadores consideram que a ação deve ser conjunta. É preciso que as várias especialidades partilhem e troquem experiências na busca de soluções para os problemas, a fim de se desenvolver o projeto terapêutico. O trabalho interdisciplinar é explicitado pelos profissionais de saúde como a única forma de se conseguir um

resultado efetivo de acordo com o objetivo proposto pela Reforma Psiquiátrica⁽¹⁶⁾.

A inclusão da família no projeto terapêutico

A inserção da família no projeto terapêutico foi outra questão destacada pelos coordenadores, atestando que eles apreendem a dimensão da inclusão do contexto familiar conforme preconiza a PNSM. O conhecimento da estrutura familiar permite entender melhor a problemática do usuário, além de analisar sua dinâmica frente ao enfrentamento das dificuldades, podendo ser determinante para o processo de reinserção social que se inicia no ambiente familiar. É importante criar espaço para que a família possa se sentir sujeito do projeto assistencial para que sua adesão aconteça num espaço de negociação, sendo este um desafio para os trabalhadores de CAPS⁽²⁰⁾.

A gente não tem o apoio familiar. A família vem e joga aqui, eles ficam sozinhos. E aí, por mais que eu faça reunião com a família, mando bilhete, escrevo, às vezes vou na casa e tudo. [...] A família pensa “Não, vou deixar lá e eles tomam conta. (16:13)

No relato, fica evidente que ainda é muito intenso o estigma por parte da família e suas dificuldades na aceitação do problema. Esta problemática pode ser, ao menos, amenizada ao incluir a família no tratamento, possibilitando que reconheça o paciente nas suas qualidades, habilidades e limitações, que são características inerentes a todo ser humano. É preciso reconhecer também o processo de adoecimento da família como movimento legítimo diante da lida com seu familiar e com limitações de convívio social.

A família ainda está desatendida, desestruturada e sem apoio. Então, eu acredito que tem que se construir uma estratégia pra atender a família. (9:11)

O sofrimento psíquico de um membro da família tende a se estender a todos os outros e, dependendo da atenção ao núcleo familiar, pode resultar no adoecimento da sua dinâmica. O cuidado ao grupo familiar e ao contexto social

tem resultados mais positivos do que aquele que o reduz à sua doença. O trabalho conjunto enriquece a prática e desmistifica preconceitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para efetivar as ações de saúde de acordo com a PNSM, é necessário que os coordenadores dos CAPS estejam preparados para o contexto assistencial no Brasil, no qual, além de acolher o usuário, devem facilitar o desenvolvimento do trabalho com características coletivas e em equipe multidisciplinar na busca da reabilitação psicossocial.

Apesar do reconhecimento dos pressupostos da PNSM e compreensão assertiva de suas recomendações por parte dos coordenadores, ainda há certo distanciamento entre o que é conhecido e o que é vivido nos CAPS no interior do Estado de Goiás.

Este panorama reforça que apenas o conhecimento é insuficiente para que as práticas se modifiquem. É preciso acompanhamento por parte das esferas gestoras, investimentos em supervisão, educação permanente e parcerias com outros serviços e equipamentos sociais.

Neste estudo, os coordenadores dos CAPS ressaltam que investimentos governamentais insuficientes inviabilizam a educação permanente e continuada para os profissionais que são inseridos no contexto da atenção psicossocial.

A aproximação dos autores deste estudo com os serviços de Saúde Mental e com a gerência estadual de SM do Estado de Goiás desencadeou iniciativas, por parte do governo estadual, no sentido de apoiar os coordenadores na condução da assistência psicossocial em seus municípios. Ao longo de seu desenvolvimento, foi possível aproximar o pensamento acadêmico da lógica assistencial dos serviços, mantendo suas especificidades e, acima de tudo, a convergência de saberes.

KNOWLEDGE OF PSYCHOSOCIAL CARE CENTER COORDINATORS ABOUT THE NATIONAL POLICY OF MENTAL HEALTH

ABSTRACT

The deinstitutionalization of care in mental health can be compromised if no proper training and understanding of the policy that guides the professionals is achieved. The present study aimed to verify the knowledge of Psychosocial Care Center coordinators in the state of Goiás - Brazil about the National Mental Health Policy. The descriptive-exploratory research, using a qualitative approach, was carried out with 19 coordinators of these

services, between January and May 2011. Data were submitted to thematic content analysis counting on the support of the Atlas-ti software. Results show that coordinators have relevant understanding of legal guidelines, especially of social reintegration, family inclusion in care, interdisciplinary work, and articulation of services in a care network. On the other hand, difficulties to implement the policy due to the lack of network devices, the need for qualification and lack of investment in physical, financial and human resources are also pointed out.

Keywords: Mental health assistance. Health management. Human resources. Mental health services. Mental health. Psychiatric nursing.

CONOCIMIENTO DE LOS COORDENADORES DE CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL SOBRE LA POLÍTICA NACIONAL SALUD MENTAL

RESUMEN

El proceso de desinstitucionalización de la atención en Salud Mental puede quedar comprometido si no haya, por parte de los profesionales del área, la formación adecuada y la comprensión de la política que lo guía. El objetivo de este trabajo fue verificar el conocimiento de los coordinadores de Centros de Atención Psicosocial del interior del Estado de Goiás - Brasil, sobre la Política Nacional de Salud Mental. Se trata de una investigación descriptivo-exploratoria con enfoque cualitativo realizada con 19 coordinadores de estos servicios, en el periodo de enero a mayo de 2011. Los datos fueron sometidos al análisis temático de contenido con la ayuda de software ATLAS-ti. Se consideró que los coordinadores poseen comprensión pertinente a las orientaciones legales, destacándose la reinserción social, la inclusión de la familia en la atención, el trabajo interdisciplinario y la articulación de los servicios en una red de atención. Por otro lado, se señalan dificultades para aplicar la política, debido a la falta de dispositivos en la red, a la necesidad de cualificación y a la falta de inversión en recursos físicos, financieros y humanos.

Palabras clave: Atención en salud mental. Gestión em salud. Recursos humanos. Servicios de salud mental. Salud mental. Enfermería Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

- Alves HMC, Dourado LBR, Côrtes VNQ. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. *Cien Saude Colet*. 2013 out; 18(10):2965-75.
- Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LLD, Vasconcelos MGF. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(48):61-74.
- Pinho LB, Rodrigues J, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF. Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. *Rev Eletr Enf [internet]*. 2012 [acesso em: 25 nov 2013]; 1: 25-32. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a03.htm>.
- Paes LG, Schimith MD, Barbosa TM, Righi LB. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trab Educ Saúde*. 2013 maio/ago; 11(2):395-409.
- Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010 abr/jun; 14(2):260-7.
- Soares RD, Villela JC, Borba LO, Brusamarello T, Maftum MA. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. *Esc Anna Nery*. 2011 mar; 15(1):110-5.
- Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 jan/feb; 14(1):159-64.
- Melo FAB, Goulart BF, Tavares DMS. Gerência em saúde: percepção de coordenadores da Estratégia Saúde da Família, em Uberaba-MG. *Cien Cuid Saude*. 2011 jul/set; 10(3):498-505.
- Furegato ARF, Osinaga VLM, Galera SAF, Pillon SC. Avaliação de instrumento para diagnóstico das atividades dos profissionais de saúde mental: estudo piloto. *Cad Bras Saúde Mental*. 2010; 1(2):23-37.
- Bardin L. Análise de Conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
- André AM, Ciampone MHT. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. *Rev Esc Enferm USP*. 2007 dez; 41(Esp):835-40.
- Rézio LA, Oliveira AGB. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010 abr/jun; 14(2):346-54.
- Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria 3.088, 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2011.
- Antunes SMMO, Queiroz MS. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad Saúde Pública*. 2007 jan; 23(1):207-15.
- Lima AIO, Severo AK, Andrade NL, Soares GP, Silva LMD. O Desafio da Construção do Cuidado Integral em

Saúde Mental no Âmbito da Atenção Primária. Temas em Psicologia. 2013; 21(1):71- 82.

18. Chiavagatti FG, Kantorski LP, Willrich JQ, Cortes JM, Jardim VMR, Rodrigues CGSS. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. Acta Paul Enferm. 2012; 25(1):11-7.

19. Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? Physis Rev Saúde Coletiva. 2014; 24(1):253-71.

20. Wetzel C, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF, Camatta MWL. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. Ciênc Saúde Coletiva. 2011 jan/abr; 16(4):2133-43.

Endereço para correspondência: Rua 3 n° 921 ap. 1400, CEP 74.115-050. Ed. Solar Vila Rica, Setor Oeste. Goiânia- GO. Email: betesper@gmail.com.

Data de recebimento: 30/08/13

Data de aprovação: 03/02/15