



PERCEPÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DIANTE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Camila Harmuch*
Daniela Viganó Zanoti Jeronymo**
Jéssica dos Santos Pini***
Marcelle Paiano****
Georgia Dalla Valle Garcia*****
Paula Antunes Bezerra Nacamura*****
Mauro Belino Piratelli Filho*****

RESUMO

Objetivo: apreender a percepção dos gestores de saúde sobre a implementação da Política de Saúde Mental nos municípios pertencentes a 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. **Métodos:** estudo de abordagem qualitativa e caráter exploratório, realizado nos meses de fevereiro e março de 2015. Foram entrevistados 20 gestores de saúde da 5ª Regional de Saúde, por meio de entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados foi desenvolvida segundo o método de análise de conteúdo de Bardin, modalidade temática. **Resultados:** emergiram duas categorias: “A percepção dos gestores sobre aSM nos municípios” e “Dificuldades para a implementação da PNSM”. Os gestores de saúde destacam a necessidade da melhor implementação da Política de Saúde Mental em seus municípios e a adequação da Rede de Atenção Psicossocial. As dificuldades enfrentadas são a falta de recursos financeiros, capacitação profissional e preconceitos. **Considerações finais:** é perceptível a falta de visibilidade entre os gestores em saúde sobre o papel dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde Mental, especialmente a atenção primária, pois é a principal responsável pelas ações de acolhimento e de promoção e prevenção aos transtornos mentais.

Palavras-chave Saúde mental. Serviços de saúde mental. Gestor de saúde. Política de saúde.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), instituída por meio da Lei 10.216/01, consolida um modelo de atenção à saúde mental acessível e de base comunitária, garantindo a livre circulação das pessoas que possuem transtornos mentais (TM) e a efetivação dos preceitos que conduziram à Reforma Psiquiátrica Brasileira⁽¹⁾.

Para garantir acesso e qualidade da assistência em saúde mental (SM), foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Essa rede amplia e articula os pontos de atenção à SM, nos quais o cuidado deve ocorrer de forma integrada e territorial, com

acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências⁽²⁾.

A RAPS tem como componentes a Atenção Primária a Saúde (APS), a atenção psicossocial especializada, a atenção de urgência e emergência, a atenção residencial de caráter transitório, a atenção hospitalar, as estratégias de desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial⁽²⁾. Neste sentido, a rede deve ser implementada a nível estadual e municipal, de forma equânime e inclusiva, voltada ao atendimento das transformações produzidas no modo de se cuidar em SM⁽³⁾.

No período de 2008 a 2017, os municípios de pequeno porte apresentaram maior avanço na disponibilidade de serviços ambulatoriais de SM comparados às grandes metrópoles⁽⁴⁾. No Estado

*Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (PSE/UEM). Maringá, PR, Brasil. E-mail: camila.harmuch@gmail.com ORCID iD: 0000-0002-1609-1037.

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente do departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste/UNICENTRO. Guarapuava (PR), Brasil. E-mail: danielazanoti@uol.com.br ORCID iD: 0000-0002-6131-3890.

***Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem, Docente Universidade Estadual do Paraná. Paranavai, PR, Brasil. E-mail: jessicapini@bol.com.br ORCID iD: 0000-0003-3077-4093.

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do PSE/UEM. Maringá (PR), Brasil. E-mail: marcellepaiano@hotmail.com ORCID iD: 0000-0002-7597-784X.

*****Enfermeira. Especialista em Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: georgiadallavagarcia@gmail.com ORCID iD: 0000-0002-4077-9026.

*****Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Maringá (PR), Brasil. E-mail: palinhaa.a.b@hotmail.com ORCID iD: 0000-0002-7106-7478.

*****Enfermeiro. Mestrando do Programa do PSE/UEM, Maringá (PR), Brasil. E-mail: piratellifilho@hotmail.com ORCID iD: 0000-0002-6643-8430

do Paraná, foi necessário que a rede de serviços se organizasse para atender as mudanças ocorridas. Para tal, a PNSM foi reestruturada entre os anos de 2012 e 2014, com discussão da realidade dos municípios pelas Regionais de Saúde e criação da RAPS do Estado do Paraná⁽⁵⁾.

Os gestores de saúde são considerados essenciais para a manutenção de um serviço de saúde, na medida em que são responsáveis pela mediação e construção de condições mínimas necessárias para a implementação e atuação das equipes multiprofissionais nos territórios, visto que são encarregados ao gerenciamento de recursos físicos, econômicos e humanos⁽⁶⁾.

Assim, cabe aos gestores municipais de saúde articular saberes e estratégias para a implementação plena PNSM, com a reestruturação do modelo assistencial da RAPS, qualificação profissional e o cumprimento das legislações em SM, para que o atendimento a pessoa com transtorno mental seja adequado⁽⁷⁾.

Nesta perspectiva, a pesquisa justifica a necessidade do maior conhecimento sobre o trabalho dos gestores municipais de saúde, por serem imprescindíveis à articulação dos serviços em uma região de saúde para que a PNSM seja efetivada. Este estudo buscou apreender a percepção dos gestores municipais de saúde sobre a implementação da PNSM nos municípios pertencentes a 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, inserida no estudo “Componentes da RAPS: realidade da 4ª e 5ª Regionais de Saúde”, subsidiado pelo Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS – Edição 2011, conduzido entre os anos de 2013 e 2017.

O território paranaense é organizado em seis macrorregionais e 22 regionais de saúde que compõem a instância administrativa intermediária da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Dentre essas, está a 5ª Regional de Saúde, que é composta por 20 municípios que se articulam para instituição de serviços de referência e consórcios de saúde⁽⁵⁾.

Os participantes da pesquisa foram os

gestores municipais de saúde dos 20 municípios da 5ª Regional de Saúde do Paraná. Essa região tem população de 438.250 habitantes, sendo que 15 municípios (75%) tem população de até 15 mil habitantes, enquanto que quatro municípios têm de 15 a 50 mil habitantes e apenas um tem população superior (166.165 habitantes).

No período da pesquisa, a região estava em discussão sobre a realidade dos serviços de SM, sendo estimulada pela reformulação da PNSM e pela implantação da RAPS do Estado do Paraná. Naquele momento, os municípios precisavam se organizar para garantir a assistência em saúde mental aos seus municípios, redesenhando fluxos, ações e serviços.

A coleta de dados ocorreu no ano de 2015, entre os meses de fevereiro a março, realizada por duas entrevistadoras treinadas e capacitadas, após o aceite dos 20 gestores de saúde dos municípios. Os critérios para seleção dos participantes foram: ser profissional de nível superior, estar no cargo de gestor municipal de saúde a no mínimo 1 ano, não estar de férias, afastamento ou de licença. Não houve critérios de exclusão dos participantes, uma vez que nenhum estava afastado no período da coleta.

A apresentação da pesquisa e o convite para participação aconteceram por contato telefônico com os gestores municipais de saúde, que indicaram o melhor dia e horário para a coleta de dados. Esta etapa ocorreu por meio de entrevista presencial semiestruturada, com base em um roteiro desenvolvido como parte da pesquisa, contendo questões referentes a implantação da PNSM nos municípios.

As entrevistas foram realizadas na Secretaria Municipal de Saúde de cada município, garantindo ambiente adequado e privacidade. Cada uma durou, aproximadamente, 30 minutos, foram audiogravadas e transcritas na íntegra pelo pesquisador principal.

A análise dos dados foi orientada pela análise de conteúdo⁽⁸⁾, constituída das seguintes fases, pré-análise: nesta etapa, ocorreu a construção do projeto, com a inserção de cada entrevista como documento primário. Posteriormente, foi realizada leitura flutuante, permitindo aproximar-se do material e elaborar possíveis hipóteses, sendo realizado recorte dos trechos considerados mais importantes para o seguimento da análise. Exploração do material:

realizou-se a leitura fidedigna com a codificação dos dados e identificação dos núcleos de sentido condizentes ao objetivo, sendo realizada a análise detalhada das falas, com o processo de codificação. Tratamento dos resultados: nesta etapa os dados foram tratados, a fim de torná-los significativos e possibilitarem construir as categorias do estudo.

Todos os preceitos éticos das resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidos. O estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Universidade Estadual do Centro Oeste do Paraná em agosto de 2012, sob Parecer nº 79531. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, procedimentos de coleta de dados, riscos e benefícios e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com o intuito de garantir a privacidade e o anonimato acerca das informações levantadas, os relatos dos participantes foram identificados pela letra G, seguida de número arábico, conforme a sequência das entrevistas.

RESULTADOS

A exploração e análise das falas dos participantes resultaram em duas categorias temáticas: **“A percepção dos gestores sobre a SM nos municípios”** e **“Dificuldades para a implementação da PNSM”**.

A percepção dos gestores sobre a SM nos municípios

Os gestores entrevistados apontaram a necessidade de melhor desenvolver a PNSM em seus municípios, destacando a implantação/manutenção do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a redução de internações em hospitais psiquiátricos como pontos importantes da assistência em SM.

É! Na verdade, tem se iniciado a política, né? Da questão da gestão do CAPS e o trabalho que tá iniciando com os profissionais do CAPS, questão de melhoria, redução de danos, existe uma política sim! Tá se iniciando na verdade um trabalho mais efetivo [...]. (G3)

Então, desde que a gente assumiu nossa administração, estamos pensando em desenvolver

a política, estamos trabalhando agora para desenvolver. Sim, já existe alguma coisa, mas a gente tem que aperfeiçoar mais isso. (G13)

Bem o município teve início com a implantação do CAPS onde iniciou o trabalho [...] onde foi trabalhando-se os altos índices que tínhamos aqui de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos e com as novas legislações para que nós pudéssemos adequar e atender a demanda existente de nosso município [...]. (G2)

Os participantes demonstraram que tentam possibilitar ações preconizadas com a PNSM, necessitando muitas vezes encaminhar os usuários para atendimento em municípios vizinhos. Assim, diante da falta de serviços municipais efetivos e da pouca oferta de profissionais especialistas, o encaminhamento é entendido como importante ação para o cuidado em SM.

[...] o município dispõe de uma médica psiquiatra que ela ajuda um pouco, temos a APAE que a gente encaminha várias pessoas pra lá, também encaminhamos para o CEDETEG (serviço de referência) algumas ações e também encaminhamos ao CAPS [...] (G8)

As consultas de psiquiatria também. Se não tem cota, nós sempre damos um jeito para encaminhar os pacientes. (G17)

[...] a gente encaminha pra lá, mas temos aqui no município o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) que faz os acompanhamentos com a equipe que temos: a nutricionista, a psicóloga, temos a assistente social e também a fisioterapeuta (G9)

Os gestores destacaram que é preciso investir na medicalização dos pacientes a fim de conter surtos e internações. O uso de medicamentos controlados e a sua distribuição são vistos como principal forma de tratamento para os pacientes com TM. No entanto, não foram citadas outras ações que contribuem para um tratamento adequado em SM, evidenciando o baixo conhecimento sobre as possíveis terapêuticas que podem, e devem, ser implementadas na PNSM.

[...] a saúde mental, ela só funciona se o paciente tiver tomando a medicação corretamente, aí ele não surta, como é a fala de vocês da saúde mental [...]. (G3)

[...] nós temos o fornecimento, ou seja, a aquisição e distribuição dos medicamentos para os

pacientes de saúde mental e é feito os encontros com eles, com as pessoas chamadas com problemas de saúde mental (G14)

Alguns participantes destacaram como importante a presença de equipe multiprofissional na oferta de cuidado em SM. Porém, os profissionais mais citados são aqueles que, rotineiramente são responsáveis pelo cuidado em relação à doença mental, como é o caso dos médicos psiquiatras e psicólogos.

[...] depois que o atendimento foi começado a acompanhar com o psiquiatra, melhorou bastante a questão dos internamentos, diminuiu bastante. (G6)

Acontece assim é nós estamos nesse momento encontrando uma dificuldade porque, até o mês passado, eu tinha uma psicóloga aqui que era concursada do município, infelizmente pra nós, ou felizmente pra ela. (G5)

[...] nós temos a assistente social, temos psicóloga, enfermeiros, médicos que atende uma vez na semana. É pouco, a gente sabe disso, tem terapeuta ocupacional. (G10)

O trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi citado como essencial no acompanhamento dos indivíduos com agravos mentais, com destaque para a realização das visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais profissionais. É entendido que isto contribui para melhorar a qualidade da assistência, mesmo quando há escassez de profissionais, conforme informado.

[...] A enfermeira e o ACS estão acompanhando em visitas domiciliares. Nós temos técnico de enfermagem ambulante, ele tem uma moto e uma mochila e ele atende onde tem família de risco. (G12)

[...] o que a gente está tentando fazer é um acompanhamento diferenciado com todas essas pessoas. Por mais que a gente não pode abraçar, por mais que o município seja pequeno, como eu disse, há falta de funcionários. Mas a gente quer chegar a fazer um tratamento, acompanhar no domicílio de todas essas pessoas. Não só as pessoas, mas, principalmente, as famílias, né?! (G17)

A abordagem familiar é apontada como necessária para o atendimento do usuário de forma integral e com qualidade. A inclusão da família no tratamento permite que sejam conhecidas as necessidades e dificuldades

enfrentadas no âmbito familiar e pode contribuir para a estabilidade do quadro do paciente.

[...] a gente tem que fazer também com que a família participe deste atendimento, não adianta nada a saúde gastar, a pessoa voltar para casa e depois passar seis meses e voltar tudo de novo. (G6)

[...] ele entra em uma situação de doença, depressão, se torna agressivo e acaba se tornando paciente da SM, mas pela falta de condições da família, da moradia [...]. (G7)

Dificuldades para a implementação da PNSM

Por meio do relato dos gestores pode-se verificar as barreiras a serem ultrapassadas para que ocorram mudanças no cuidado em SM nos municípios. Foi possível observar, em determinadas falas, que há preocupação com a área da SM, mas dificuldades como a falta de profissional, capacitação, recursos financeiros e infraestrutura se tornam empecilhos difíceis de serem superados.

Mas, nós encontramos muitas dificuldades, por que o município é muito pequeno e eu não consigo ter, por exemplo, formar um grupo, ter uma política, além de ser um município pequeno são municípios que estão com questão financeira muito baixa, então gera vários problemas [...]. (G1)

Uma dificuldade que não é só minha é a questão de recursos. Hoje, existe muito serviço pra ser oferecido e muito é cobrado de nós, o que falta é incentivo financeiro é uma das dificuldades. (G15)

Os gestores municipais reconhecem a necessidade de ações para promoção da SM, inclusive em espaços que vão além dos serviços de saúde. No entanto, destacam que há dificuldades em implementar estas ações, uma vez que as ações curativas demandam mais atenção que as destinadas a promover a SM e prevenir doenças mentais.

Eu tenho muitos planos quanto a isso. Não só com a saúde mental, mas com a saúde em geral. Eu gosto de trabalhar com prevenção e a promoção da saúde, só que a gente não tá tendo oportunidade, a gente se sente massacrado (pela demanda). (G20)

Acho o que a gente poderia estar auxiliando (na promoção a saúde mental), com aumento dos

profissionais para ajudar, talvez uns espaços maiores [...] alguns espaços melhores com piscinas, atendimento psicológico, poderia estar melhorando. Não que a gente tenha problemas, mas poderia estar melhorando. (G11)

Com a restrição de recursos financeiros para investimento na saúde em geral, outras dificuldades para desenvolver a assistência em SM tornam-se evidentes nos relatos. É destacada a limitação na contratação de pessoal especializado e na disponibilidade de estrutura física adequada dos serviços, o que impacta no atendimento do indivíduo com TM. Com isso, as ações de tratamento, promoção, prevenção e reabilitação em SM tornam-se impossíveis de serem realizadas.

Falta estrutura, estrutura física e profissional. Você veja bem, são recursos (que faltam) na verdade [...]. (G19)

[...] os pacientes que vão para o hospital são os que estão em surto. Ele chegou surtado, o encaminhamento é hospital. Nós não temos como mantê-lo aqui, nós não temos espaço, nem como tirá-lo da crise aqui. Vai com a ambulância do município. (G8)

Arelada às dificuldades financeiras, a falta de qualificação profissional é vista pelos gestores como sendo um agravante para o atendimento de usuários com TM, sendo relatada a necessidade de mais capacitações para os profissionais da APS.

Funcionários, para mim, o maior problema é realmente a falta de funcionários comprometidos, falta de capacitação, como eu disse, recentemente, as políticas estão melhorando, mas hoje, digamos, o que eu acho (posso falar que eu tenho certeza há 8 anos) aqui é realmente a falta de funcionários comprometidos com a saúde mental. (G15)

Eu acredito que falta uma melhora na estruturação do programa, mais capacitação para os profissionais, não só os profissionais das unidades básicas, mas, os profissionais que vão atender nos hospitais, para ter uma comunicação entre todos os setores. (G16)

Além da qualificação dos profissionais, outro ponto destacado é a dificuldade de assistir os indivíduos com TM devido ao estigma e ao medo, que permeiam as ações dos profissionais de saúde. Isto também é intensificado pela falta de conhecimento sobre como desenvolver o cuidado em SM fora do serviço especializado.

Acho que é o preconceito mesmo que só alguns profissionais são capazes de fazer. Quando você vai pra própria unidade de atenção básica, você percebe que o profissional tem essa resistência, você não consegue implantar muita coisa porque a gente vai muito comendo pelas beiradas [...]. (G20)

O preconceito das pessoas né?! A falta do conhecimento em lidar. Também, nós como gestor, como profissional tem uma certa dificuldade [...]. (G17)

DISCUSSÃO

De acordo com os gestores municipais de saúde, o CAPS e o atendimento hospitalar para contenção das crises foram os dois dispositivos mais citados durante as entrevistas. Sabe-se que os CAPS são instituições estratégicas para a organização e redirecionamento do fluxo de atendimento da rede de atenção à SM⁽¹⁾.

Para além dos CAPS, a implantação da PNSM envolve a humanização e a centralidade nas necessidades das pessoas com TM e o desenvolvimento de estratégias de educação permanente nos serviços e redução de danos. Além disso, deve promover a reabilitação e reinserção dos usuários na sociedade, por meio de trabalho, renda e moradia, e garantir acesso a todos os serviços disponíveis da RAPS, com aprimoramento da sua qualidade⁽²⁾.

É importante destacar que o processo de desinstitucionalização não retrata somente a desospitalização das pessoas, mas refere-se à construção de práticas e saberes que formam maneiras de perceber, entender e relacionar-se com questões políticas e sociais desempenhadas pelos hospitais psiquiátricos⁽⁹⁾.

Na busca de garantir o acesso, integralidade e a resolutividade nos serviços de saúde, é preciso aprimorar o fluxo dos pacientes, desde a recepção até a sua saída do serviço. Neste sentido, cabe aos serviços de saúde, articulados nos diferentes níveis de complexidade, garantir a integralidade da assistência. Para tal, é preciso reconhecer quais práticas de cuidado em SM são realmente necessárias e quais requerem organização e interação com a rede, evitando, assim, encaminhamentos desnecessários que levam o paciente a perder-se dentro da rede e geram fragmentação da assistência^(10, 11).

Sobre o uso de medicamentos na área de SM,

inúmeras práticas psicossociais podem ser implementadas e articuladas em conjunto com o tratamento medicamentoso, visando à restauração da autonomia e à melhora mental. Pode-se citar as práticas integrativas e complementares (PIC), como por exemplo a homeopatia, acupuntura, hidroginástica, musicoterapia, terapia comunitária, participação em grupos de artes, além da construção de Projeto Terapêutico Singular, entre outras estratégias⁽¹²⁾.

Estudos recentes demonstraram que, além do cuidado em SM ter enfoque na medicalização em detrimento das outras ações terapêuticas, ele também tem sido centrado no médico em vez da equipe multiprofissional⁽¹³⁾. Tal prática contraria os princípios da RAPS, que propõe a atuação multiprofissional e interdisciplinar.

Para a integralidade do atendimento em SM, é necessária a ordenação e corresponsabilização da assistência pela APS e sua articulação com os demais serviços da rede^(13,14). Neste contexto, o matriciamento torna-se imprescindível, uma vez que oferece apoio técnico-pedagógico a atenção primária, permitindo maior conhecimento sobre a RAPS e aprimorando as intervenções realizadas. Possibilita, também, o trabalho em equipe, a escuta qualificada e a corresponsabilização⁽¹⁵⁾.

Cabe aos profissionais de saúde acompanharem os indivíduos com TM e seus familiares, sendo a visita domiciliar (VD) importante ferramenta, pois possibilita compreender a situação vivenciada pelas famílias e direcionar as ações, obtendo resultados mais eficazes⁽¹⁶⁾. A VD com a equipe multiprofissional permite ampliar o vínculo entre o paciente com TM, sua família e a APS, tornando-se um meio para a escuta qualificada, compreensão e desenvolvimento de ações conjuntas. Assim, quanto maior a ampliação deste vínculo, melhor será a terapêutica implementada, obtendo-se resultados satisfatórios na qualidade de vida do paciente e família⁽¹⁷⁾.

A família é uma forte aliada no processo de acompanhamento, construção de vínculo e tratamento do paciente com TM. Por sua maior proximidade e convivência, ela possui melhor condições de acompanhar o processo de saúde-doença e o tratamento de seu membro⁽¹⁸⁾. Sendo

assim, é fundamental realizar ações de apoio e fortalecimento da rede familiar, integrando-a no processo de cuidado e construção do Projeto Terapêutico Singular, esclarecendo dúvidas e instrumentando-a para como lidar com possíveis problemas existentes⁽¹⁶⁾.

A promoção a SM e prevenção de transtornos mentais devem fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde. Dentre ações para a promoção em SM realizadas pela APS, estão o acolhimento, orientações, apoio familiar, ações educativas e construção do genograma familiar. Na prevenção primária em SM, são realizadas ações que buscam evitar que novos transtornos mentais específicos surjam na comunidade⁽¹⁾.

Estudos evidenciam que é necessário melhor estruturação da APS para que ações conjuntas para promoção e prevenção em SM sejam colocadas em prática. Para tal, é necessário maior capacitação para a equipe multiprofissional e melhor comunicação com os outros pontos da RAPS^(4,12,19).

O financiamento é considerado insuficiente para a implementação plena dos variados componentes da RAPS, sendo um problema de grande impacto, igualmente como a dificuldade de integração da SM na atenção primária e a insustentabilidade dos pacientes no serviço⁽¹¹⁾.

Mesmo com os avanços observados na estrutura dos serviços de saúde, problemas ainda persistem, com fortes desigualdades estruturais entre os municípios devido a características de determinada região, ao seu porte populacional, ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e da cobertura da ESF⁽²⁰⁾.

A ausência de capacitação profissional em SM pode dificultar o desenvolvimento das mudanças necessárias para que o cuidado ofertado esteja de acordo com o preconizado pela PNSM. O número de profissionais da APS com capacitação em transtornos mentais ainda é pequeno, devido ao enfoque em outros grupos, às dificuldades existentes e ao reduzido interesse dos trabalhadores pela temática⁽¹⁹⁾.

Enfermeiros da APS apontam que se sentem despreparados para trabalhar com ações de promoção, prevenção e tratamento das pessoas com transtornos mentais, resultado da falta de apoio dos gestores; ausência ou deficiência da temática durante a graduação; ou inexistência de um fluxo de referência na RAPS⁽²¹⁾.

Muitos profissionais ainda enxergam a pessoa com TM como agressiva, incapaz e perigosa, o que acaba interferindo em sua abordagem e no cuidado a ser realizado. Essa percepção foi construída no decorrer dos anos e ainda está em processo de desmistificação com a Reforma Psiquiátrica, que demonstrou que o paciente com TM possui condições de ser inserido socialmente, com tratamento e atenção adequada às suas necessidades de saúde⁽²²⁾.

Porém, percebe-se que o estigma e preconceito voltados aos pacientes com TM resulta na fragmentação do seu tratamento, pois a assistência que deveria ocorrer de forma integrada, sem distinção profissional e de local, torna-se dicotomizada em variadas áreas de conhecimento, levando à parcialidade do cuidado em SM⁽²²⁾.

Considerando as inúmeras dificuldades que devem ser superadas, são imprescindíveis a definição e implementação da PNSM como uma das necessidades de saúde prioritárias dos municípios, baseada em dados científicos atualizados e alinhadas aos direitos humanos. É igualmente importante envolver todas as pessoas com expertise em SM para sua construção, unindo esforços para dar continuidade aos progressos já alcançados em nosso país⁽¹¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitiram apreender que a percepção dos gestores de saúde sobre a PNSM ainda é fragmentada, tanto em relação a organização e estruturação da RAPS, quanto ao conhecimento sobre as ações possíveis de serem realizadas para a promoção, prevenção, reabilitação e tratamento em SM.

Foi possível identificar algumas barreiras que precisam ser transpostas para que o cuidado em SM se efetive de acordo com a PNSM, sendo algumas possíveis de intervenção como a

capacitação profissional, melhora da estrutura física e redução do estigma advindo dos profissionais que realizam o cuidado. No entanto, outras dificuldades demandam ações que vão além da esfera do gestor municipal de saúde, como a disponibilidade de recursos financeiros e de profissionais especializados.

Ainda, é perceptível a falta de visibilidade, entre os gestores em saúde, sobre o papel dos serviços que compõem a rede de atenção em SM, especialmente da APS, pois é nela em que deve ocorrer o acolhimento e as ações de promoção e prevenção aos transtornos mentais, sendo necessário maior compreensão da gestão para esse dispositivo de cuidado.

Neste cenário, o profissional da enfermagem precisa construir, junto à equipe multiprofissional, estratégias de atendimento à população com TM, superando obstáculos para o desenvolvimento das ações mínimas estabelecidas pela PNSM nos três níveis de atenção à saúde, buscando realizar um cuidado integral e humanizado ao paciente e sua família.

As limitações do estudo podem estar relacionadas pela opção pelas entrevistas individuais, pois estratégias grupais poderiam proporcionar uma reflexão conjunta sobre a RAPS nestes municípios. Além disso, o processo de coleta de dados foi anterior às alterações recentes na PNSM, caracterizadas pelos retrocessos ao modelo de atenção e a ênfase na hospitalização. Neste sentido, a opinião dos gestores deve ser compreendida com base nos preceitos anteriores a estas mudanças.

Destaca-se as contribuições desta pesquisa no campo da gestão em saúde, como forma de ampliar os conhecimentos e discussão acerca das potencialidades e das dificuldades da implantação da PNSM, afim de estimular um cuidado contínuo e integral, com profissionais qualificados e com uma rede interligada para qualidade da assistência.

PERCEPTION OF MUNICIPAL MANAGERS IN THE FACE OF THE IMPLEMENTATION OF THE MENTAL HEALTH POLICY

ABSTRACT

Objective: to understand the perception of health managers about the implementation of the Mental Health Policy in municipalities belonging to the 5th Health Regional Unit of the State of Paraná. **Methods:** study with a qualitative approach and an exploratory nature, conducted in the months of February and March 2015. Twenty health managers from the 5th Health Regional Unit were interviewed, through semi-structured interviews. Data analysis was developed according to Bardin's content analysis method, thematic modality. **Results:** two categories emerged: "The perception of managers about MH in the municipalities" and "Difficulties in implementing PNSM". Health managers highlight the need

for better implementation of the Mental Health Policy in their municipalities and the adequacy of the Psychosocial Care Network. The difficulties faced are the lack of financial resources, professional training and prejudice. **Final considerations:** the lack of visibility among health managers about the role of the services that make up the Mental Health Care Network is noticeable, especially primary care, as it is primarily responsible for the actions of welcoming and promotion/prevention of mental disorders.

Keywords: Mental health. Mental health services. Health manager. Health policy.

PERCEPCIÓN DE LOS GESTORES MUNICIPALES ANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL

RESUMEN

Objetivo: comprender la percepción de los gestores de salud sobre la implementación de la Política de Salud Mental en los municipios pertenecientes a la 5ª Regional de Salud del Estado de Paraná-Brasil. **Método:** estudio de enfoque cualitativo y carácter exploratorio, realizado en los meses de febrero y marzo de 2015. Se entrevistaron a 20 gestores de salud de la 5ª Regional de Salud, mediante entrevistas semiestructuradas. El análisis de datos se desarrolló según el método de análisis de contenido de Bardin, modalidad temática. **Resultados:** surgieron dos categorías: “La percepción de los gestores sobre la SM en los municipios” y “Dificultades para la implementación de la PNSM”. Los gestores de salud señalan la necesidad de una mejor aplicación de la Política de Salud Mental en sus municipios y la adecuación de la Red de Atención Psicosocial. Las dificultades a las que se enfrentan son la falta de recursos financieros, la formación profesional y los prejuicios. **Consideraciones finales:** es perceptible la falta de visibilidad entre los gestores de salud sobre el rol de los servicios que componen la Red de Atención a la Salud Mental, especialmente la atención primaria, por ser la principal responsable de las acciones de acogida y de promoción y prevención de los trastornos mentales.

Palabras clave: Salud mental. Servicios de salud mental. Gestor de salud. Política de salud.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Caderno HumanizaSUS; Brasília: Ministério da Saúde. 2015. p.548.
2. Brasil. Portaria n. 3.088, de 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). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 maio 2013. Seção 1, p.59- 61.
3. Vasconcelos MS, Barbosa VFB. Conhecimento de gestores e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial sobre matriciamento em saúde mental. Ciêncuaid Saúde. 2019; 18(4): e43922. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuaidsaude.v18i4.43922>
4. Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. Trabeeduc saúde. 2020; 18(1): e0023167. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00231>
5. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019 – Curitiba: SESA, 2016. 200 p.
6. Garcia GDV, Silva IS, Cavalcante M, Cervo MR, Zambenedetti G, Zanoti-Jeronymo DV. Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil. Saude e Pesqui. 2017; 10(3): 423-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2017v10n3p423-432>
7. Fernandes RL, Miranda FAN, Oliveira KKD, Rangel CT, Costa DARS, Moura IBL. Knowledge of managers on the National Mental Health Policy. Rev Bras Enferm. 2020; 73(1): e20180198. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0198>
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde 14 ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.
9. Sousa FSP, Jorge MSB. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. Trabeeduc saúde. 2019; 17(1): e0017201. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>
10. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives. Saúde debate. 2018; 42(1):208-223. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s114>
11. Almeida IS, Campos GWS. Análise sobre a constituição de uma rede de Saúde Mental em uma cidade de grande porte. Ciênc Saúde Colet. 2019; 24(7): 2715-26. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018247.20122017>
12. Carvalho JLS, Nobrega MPSS. Complementary therapies as resources for mental health in Primary Health Care. Rev Gaúcha Enferm. 2017; 38(4): e2017-0014. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0014>
13. Campos RTO. Mental health in Brazil: strides, setbacks, and challenges. Cad Saúde Pública. 2019; 35(11): e00156119. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00156119>
14. Lima DKRR, Guimaraes J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?. Saúde debate. 2019; 43(122): 883-96. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912218>
15. Dantas NF, Passos ICF. Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. TrabEduc Saúde. 2018; 16(1):201-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00097>
16. Azevedo ACF, Okada KK, Lima GZ, Buriola AA. Visita Domiciliar na Atenção à Saúde Mental: Relatando a Experiência de um Projeto de Extensão Universitária. RevUninga. [Internet]. 2018 [citado em 2020 out 11]; 52(1):40-3. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1391>
17. Anjos Filho NC, Souza AMPA. The workers' perceptions about the multiprofessional teamwork at a Psychosocial Care Center in Salvador, Bahia, Brazil. Interface. 2017; 21(60):63-76. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0428>
18. Carvalho RCN, Nates RFP, Costa MLC. Estratégia familiar de cuidado em saúde mental. Braz J of Develop. 2020; 6(7): 50256-71. Doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-615>
19. Almeida JCP, Barbosa CA, Almeida LY, Oliveira JL, Souza J. Mental health actions and nurses' work. Rev Bras Enferm. 2020; 73(1): e20190376. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0376>

20. Neves RG, Duro SMS, Muñiz J, Castro TRP, Facchini LA, Tomasi E. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Cad Saúde Pública. 2018; 34(4): e00072317. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00072317>

21. Nunes VV, Feitosa LGGC, Fernandes MA, Almeida CAPL, Ramos CV. Primary care mental health: nurses'

activities in the psychosocial care network. Rev Bras Enferm. 2020; 73(1):e20190104. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0104>

22. Moura DS, Gila RLA, Costa SC, Ribeiro LLG. Condição da Loucura: Invisibilidade e Preconceito. Semioses. 2019; 13(3): 57-65. Doi: <https://doi.org/10.15202/1981996x.2019v13n3p57-65>

Endereço para correspondência: Camila Harmuch. Avenida Colombo, nº 5.790, Campus Universitário, Bloco 001. CEP: 87020-900. Maringá, Paraná, Brasil. Telefone: (42) 98846-2170. E-mail: camila.harmuch@gmail.com

Data de recebimento: 23/06/2021

Data de aprovação: 05/01/2022

APOIO FINANCEIRO

O presente estudo foi subsidiado pelo Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS – Edição 2011, financiado pela Fundação Araucária (Protocolo: 30.037, Convênio: 1289/2013), conduzido entre os anos de 2013 a 2017.