

COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO QUANTO AOS DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA

UNDERSTANDING OF MENTAL HEALTH PROFESSIONALS IN PALMAS / TO THE CHALLENGES OF CARE

Ana Terra Rodrigues¹, Marta Azevedo², Danielle Cruz³

RESUMO

Objetivo: Compreender a atuação dos profissionais da saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial do município de Palmas/TO. **Método:** Pesquisa qualitativa, com técnica de *entrevistas individuais*, através de um roteiro semi-estruturado elaborado pela autora. Amostra: foi utilizada a amostragem por saturação composta por dez 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 de Palmas é fragmentada e verticalizada. Através dos relatos das entrevistas conclui-se que 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 concepções sobre a assistência, modos de pensar dentro do serviço que tornam a prática muito longe que é proposto na Política de Saúde Mental.

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

ABSTRACT

Objective: To understand the performance of mental health professionals in the Psychosocial Care Centers of the municipality of Palmas / TO. **Method:** Qualitative research, with technique of individual interviews, through a semi-structured script prepared by the author. **Sample:** saturation sampling was used composed of ten 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 Palmas is fragmented and vertical. Through the reports of the interviews it is concluded that there are divergences between theory and daily practice. The professionals can understand, visualize the importance of the community care model, but the presence of different conceptions about care, ways of thinking within the service that make the practice very far that is proposed in the Mental Health Policy

Keywords: Mental health; Mental Health Professionals; Health Care; Challenges.

¹Psicóloga – Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, Brasil. e-mail: teinha10@gmail.com;

²Curso de Nutrição da Universidade Federal do Tocantins, Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Tocantins, Brasil. mar-azevedo@hotmail.com;

³ Danielle Keylla Alencar Cruz, Ministério da Saúde, Brasil. danielle.cruz@saude.gov.br

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 (Hirdes, 2009).

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 (Luzio, L'abate, 2006).

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 (BRASIL, 2005).

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 (BRASIL, 2005). 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) ; (Luzio; L'abbate, 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; Rosa, 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).

Desta forma 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) no Estado do Tocantins. Assim, o objetivo deste estudo foi compreender a atuação dos profissionais da saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial do município de Palmas/TO.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

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).

Foi um trabalho que envolveu as experiências dos participantes 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 CAPS II e CAPS AD 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 CAPS's.

Os critérios de inclusão para a participação na presente pesquisa foram: ser do quadro efetivo de profissionais da instituição; ter pelo menos 1 (um) anos 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.

O estudo pautou-se nos preceitos éticos da resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Saúde e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFT sob CAAE 85766917.8.0000.5519 e aprovado conforme o parecer N° 2.758.172.

O delineamento da amostra aconteceu da seguinte forma, a população do CAPS II é composta por 20 profissionais, e apenas cinco profissionais atenderam a todos os 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, que apenas cinco profissionais participariam da pesquisa dentro do universo de 62 profissionais.

Os dados foram coletados seguindo um roteiro de entrevista semi-estruturado. Em oito encontros foi possível realizar a coleta de dados com os dez participantes da amostra. Toda a coleta foi gravada e posteriormente transcrita 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.

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 – Equipe multiprofissional, e IV – Projeto Terapêutico Singular.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

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 CAPS II com 20 profissionais, e a equipe do CAPS ADIII, com 62 profissionais. Os participantes da pesquisa foram cinco profissionais do CAPS II e cinco profissionais do CAPS AD III. Entretanto, ao final das entrevistas apenas nove participantes atenderam ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O período da coleta de dados ocorreu em julho e agosto de 2018.

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) de Palmas, Tocantins, 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>I - Entendimento sobre Saúde Mental</i>
Atividade voltada para a Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças	<i>II- Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças</i>
Entendimento sobre o Trabalho em equipe	<i>III- Equipe multiprofissional</i>
Instrumento de Trabalho Interdisciplinar	<i>IV- Projeto Terapêutico Singular</i>

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, Palmas, Tocantins, Brasil.

Após a depuração das falas, elaborou-se as categorias finais de análise, conforme as categorias: **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- Equipe multiprofissional:** descreve o entendimento dos profissionais acerca do trabalho em equipe, discussão entre as especialidades, relação entre a equipe, o cotidiano e **IV- Projeto terapêutico singular:** apresenta o conhecimento do profissional sobre este instrumento de trabalho interdisciplinar.

3.1 ENTENDIMENTO SOBRE 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 (Pinel, 2007).

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 (Porter, 1991).

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 Organização Mundial de Saúde em 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, é hoje é incluso pela definição de saúde a questão pelo bem estar psicossocial. [...] 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 aí, 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. Existe 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 existe varias 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).

Como podemos ver na fala da entrevistada E2, as práticas de saúde desenvolvidas nos serviços de saúde mental ainda são contraditórias, e pautadas na lógica da verticalização de conhecimentos, o que sugere que as relações ainda são fragmentadas e hierarquizadas entre os profissionais. Embora isso venha sofrendo mudanças pontuais, através de capacitações, cursos, especializações, o paradigma biologicista, curativista ainda está impregnado na atuação dos profissionais que atuam nos centros de atenção.

3.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

“[...] 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 [...]” (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. 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 [...]” (E7).

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).

Promoção da Saúde 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 trabalhar apenas a prevenção de doenças.

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

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. [...]" (E9).

3.3 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O objetivo da equipe multiprofissional é realizar ações de saúde sobrepõe ao diagnóstico do paciente. Sendo assim, o olhar do profissional que trabalha em CAPS 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, 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 [...]" (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. E aí assim, os diálogos ficam muito travados, muito truncados. A gente fala linguagens 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. Não tem uma visão de saúde mental. São poucas pessoas que conseguem fazer manejo do fenômeno são

poucas pessoas que se disponibilizam a sentar e fazer uma discussão de caso. E isso se reflete no serviço [...]” (E3).

“[...] Isso é ótimo, por que rsrs, sou Eu e a B. só. Então, eu acredito que existe. Agora lá fora, eu não sei te explicar, mas eu acredito que sim. 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. 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. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Nesta categoria, apresentamos se o profissional conhece um 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. O ser humano não se constitui sem um projeto de vida. [...] nós somos um projeto. Se a gente não tem um projeto de vida, a gente não tem uma razão de ser. [...] 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 fortalecê-los internamente para encarar a vida social

5. 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 do município de Palmas/TO quanto aos desafios da assistência. Analisar a compreensão dos profissionais da saúde mental 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.

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. Também há profissionais resistentes a participar de atividades em grupo, com uma visão hospitalocêntrica da lógica do CAPS o que torna a prática muito longe do que é proposto na Política 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, identificou-se 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 por não conseguirem avançar da lógica biologicista, e reducionistas.

O estudo possibilitou contribuir para a melhor reflexão e entendimento dos desafios que implicam na assistência à saúde mental no município de Palmas/TO.

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 de Palmas voltadas para o modelo de atenção biologicista, biomédico, centrado na cura da doença, e na medicalização dos sintomas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, I. N.; Gadelha, C.; Souza, R. B. 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, 2018.

ALMEIDA, A. M. Políticas de saúde na atenção as doenças crônicas não transmissíveis. TCC (Especialização em Enfermagem) - UFSC. Florianópolis, 97 p., 2013.

ALMEIDA, M. R. 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) - UFSC, Florianópolis, 2016.

ALVERGA A. R; Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface Comun Saúde Educ.**, v. 10, n. 20: 299-316, 2006.

AMARANTE, P. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. 1. ed. Rio de Janeiro: Makron Books, 1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília/DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília/DF: OPAS, nov. 2005.

BRASIL. 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, 2012.

HIRDES, Alice. Uma reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (1), 297-305.2009

JORGE, M. S. B., DINIZ, A. M.; Lima, L. L.; PENHA, J. C. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em Saúde Mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 1: 112-20, 2015.

LUZIO, C. A.; L'abbates S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface Comum Saúde Educ.** v. 10, n. 20: 281-98, 2006.

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.

PINEL, Philippe. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**; tradução de Joice Armani Galli - Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

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. Projeto Terapêutico Singular na Produção do Cuidado Integral: uma construção coletiva. **Texto Completo Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3: 493-302, 2011.

PORTER, Roy. **Uma história social da loucura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

YASUI, S., Rosa, A. C. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, 2008.

.