

PROFISSIONAIS DE AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL: PERFIL, PRÁTICAS E OPINIÕES SOBRE AS POLÍTICAS¹

PROFESSIONALS FROM MENTAL HEALTH SERVICES: PROFILE, PRACTICES AND OPINIONS ON POLICIES

Caroline Clapis GARLA

Psicóloga, Mestre em Ciências - Enfermagem
Psiquiátrica pelo Depto de Enfermagem Psiquiátrica
e Ciências Humanas da EERP/USP.

carolgarla@hotmail.com

Antonia Regina Ferreira FUREGATO

Professora Titular do Depto de Enfermagem
Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP/USP.

furegato@eerp.usp.br

Jair Lício Ferreira SANTOS

Professor Titular do Departamento de Medicina
Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

– FMRP/USP. [jalifesa@usp.br](mailto:jalfesa@usp.br)

RESUMO

Este projeto tem como referência os conceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, suas metas e diretrizes bem como os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Caracterizar os ambulatórios de saúde mental nas diferentes categorias profissionais de nível superior e sua formação básica, as atividades desenvolvidas pelos profissionais destas equipes e sua opinião sobre as políticas de saúde mental. Pesquisa exploratório-descritiva. Amostra composta por 10 cidades, com mínimo de 20.000 habitantes e Ambulatório de Saúde Mental do Departamento Regional de Saúde (DRS XIII). Questionário semi-estruturado para contextualização dos sujeitos, trabalho, políticas, prática e formação. Foram realizadas 78 entrevistas, no período de fevereiro de 2009 a fevereiro de 2010. A maioria dos profissionais é do sexo feminino 65 (83%), da categoria médica 12 (15%) e psicológica 38 (49%), 6 (8%) enfermeiros, somente 20 (26%) frequentaram cursos de especialização em saúde mental, 64% trabalham até 20 horas/semana e 69% têm outro

¹ Projeto financiado pela FAPESP – Processo: 08/52658-1

emprego. Há correlação significativa entre formação acadêmica e falta de atendimento junto a grupos de famílias ou a um familiar pelos psicólogos (42% grupo famílias, 33% um familiar) sendo que 29% não atendem famílias, gerando listas de esperas. Os profissionais relatam dificuldade de trabalhar em equipe e elaborar Projetos Terapêuticos para os portadores de transtorno mental, relatam que há rodízio de profissionais, questionam o histórico bem como os conceitos da reforma psiquiátrica desconhecendo as leis que regem a Política Nacional de Saúde Mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental, Desinstitucionalização, Recursos Humanos em Saúde, Serviços Ambulatoriais de Saúde, Política de Saúde.

INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, mudanças profundas ocorreram na atenção psiquiátrica. O serviço comunitário passou a ser o principal meio para o atendimento de portadores de transtornos mentais que adoecem ou que estão em algum tipo de acompanhamento e vincula o conceito de saúde mental aos conceitos de cidadania e produção de vida.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, 3% da população necessita de cuidados contínuos por transtornos mentais severos e persistentes e 9% necessitam de atendimento eventual por transtornos menos graves (BRASIL, 2005). Além disso, 56% das equipes de saúde da família referem realizar ações de saúde mental na comunidade (BRASIL, 2003).

Dados do Ministério da Saúde, lançados em 2010, confirmam que o acesso à saúde mental progrediu no país, configurando 62% em conjunto com a atenção básica, ações intersectoriais em prol da inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos. Além disso, os recursos em ações extra-hospitalares superaram o investimento em ações hospitalares, 16.000 leitos com baixa qualidade assistencial foram fechados e 67,7% dos recursos federais para a saúde foram dispostos em ações comunitárias (BRASIL, 2010).

Esses dados revelam a importância da constituição, organização e articulação da rede de saúde mental com a rede de saúde de cada município e o investimento em ações extra-hospitalares que preconizam a internação psiquiátrica

como último recurso terapêutico, objetivando a mais breve recuperação e ressocialização do portador de transtorno mental.

Os Ambulatórios de Saúde Mental prestam assistência às pessoas com diversos tipos de transtornos mentais por meio de atendimento individual, atendimento grupal, orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde, visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior e atividades comunitárias. Refere-se ao nível secundário de assistência, sendo parte importante da rede de saúde mental ao oferecer assistência aos sujeitos que não necessitam de tratamento intensivo ou semi-intensivo do CAPS ou internação hospitalar no nível terciário.

A Portaria/SNAS n 224 – de 29 de janeiro de 1992 dispõe as normas para o atendimento ambulatorial especializado e especifica que equipe seja multiprofissional e inclua as diferentes categorias de profissionais especializados (médico, psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar). A Portaria GM nº175, de 7 de fevereiro de 2001, define que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental possuam, no mínimo, um profissional médico e dois profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação para reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Considera-se que os ambulatórios são especialmente necessários em municípios maiores que possuem maior demanda de atenção para que, junto a uma rede efetiva de CAPS, ofereçam suporte para o atendimento, se articulem com as equipes da atenção básica em busca de evitar o esgotamento da rede, afastando a possibilidade de internações em hospitais. Em municípios menores e que não possuem CAPS, os ambulatórios se responsabilizam pelo atendimento e acompanhamento de todas as pessoas com transtornos mentais, o que torna fundamental sua articulação com a atenção básica.

Na década de 90, o Ministério da Saúde incorporou os conceitos de reforma psiquiátrica e normatizou a organização da assistência psiquiátrica oferecida, nas unidades básicas de saúde. Destacou-se a necessidade dos atendimentos, na atenção primária, serem realizados por equipes especializadas de saúde mental. Porém, somente com a ampliação do Programa de saúde da família, a proposta de integrar o atendimento da atenção primária com o atendimento especializado começa a acontecer, bem como a idéia de consultoria psiquiátrica ganha corpo,

como forma de orientar e capacitar os membros das equipes neste nível de atenção (AZEVEDO-MARQUES, 2009).

Por outro lado, a falta de implementação adequada da rede básica de assistência e a pouca ou inexistente articulação entre estes serviços pode ocasionar crise no sistema por excesso de demanda, medicalização como forma única de assistência, falta de avaliações psiquiátricas eficazes, tratamentos psicoterápicos incoerentes com a real demanda do sujeito e cronificação dos transtornos mentais.

Em muitos locais, é necessária uma reformulação deste modo de funcionamento, discutindo o papel dos ambulatorios na rede de atenção em saúde mental e possibilitando uma integração dos serviços em busca do modelo de assistência humanizado (BRASIL, 2007, 2010).

A perspectiva deste sistema integrado em saúde levanta a ideia de que ao propor justamente a articulação das ações de prevenção, promoção e reabilitação, o princípio da integralidade viabilize os demais princípios de universalidade e a equidade ao sistema. A integralidade emerge, portanto, como um princípio que busca a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde e o diálogo entre diferentes sujeitos e suas necessidades e articula-se com a ideia de integrar prevenção com assistência. A postura do profissional em sintonia com a integralidade manifesta-se pela não objetivação do sujeito, pela não redução da atenção à doença, sintomas e intervenção curativa (MATTOS, 2001, 2004; ALVES, 2005).

A integralidade, portanto, se apresenta como essencial para que o relacionamento interpessoal terapêutico se estabeleça no contato profissional - pessoa que requer ajuda. A interação entre duas ou mais pessoas se dá através de um processo terapêutico que objetiva a resolução e, para tanto, preconiza a valoração das necessidades expressas ou não pela pessoa.

Toda pessoa possui uma tendência positiva para se reorganizar, se dirigir e se preservar. Nas situações de desequilíbrio, o profissional auxilia no processo de identificação das necessidades da pessoa, bem como seus recursos internos que irão ajudá-la a lidar com o problema (FUREGATO E MORAIS, 2006).

Nesse sentido, a formulação de políticas, bem como a organização dos serviços e a prática terapêutica, devem se basear em informação atualizada e idônea, tendo como parâmetro a comunidade, os indicadores de saúde mental, os tratamentos, as estratégias de prevenção e promoção e o perfil dos profissionais que

atuam nas equipes de saúde mental, para que a demanda real de cada país seja atendida.

OBJETIVO

Caracterizar os ambulatórios de saúde mental do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII), nas diferentes categorias profissionais de nível superior e sua formação básica, as atividades desenvolvidas pelos profissionais destas equipes e sua opinião sobre as políticas de saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo com abordagem descritiva para atender as políticas em saúde mental, visando contribuir com a saúde mental nas Américas, através da avaliação dos serviços abertos da rede comunitária. Faz parte de um projeto multicêntrico ampliando dados do projeto realizado pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas – DEPCH da EERP/USP (FUREGATO ET ALL, 2010).

Local

Estudo realizado em 10 cidades da região de Ribeirão Preto do DRSXIII com mínimo de 20.000 habitantes e Ambulatório de Saúde Mental: Batatais, Cajuru, Cravinhos, Jaboticabal, Jardinópolis, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Serrana e Sertãozinho.

População e amostra

Todos os profissionais de nível superior componentes das equipes dos Ambulatórios de Saúde Mental dos municípios selecionados entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, incluindo os gerentes dos serviços e os demais profissionais atuantes, no momento da previsão do estudo.

Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola EERP/USP em 28 de julho de 2008 – protocolo nº0878/2008. A seguir, foi

encaminhado ao diretor do DRS XIII que autorizou a realização e início de toda a coleta dos dados, nos municípios participantes e seus serviços de Saúde Mental. Cópias das cartas de autorização foram encaminhadas para as secretarias de saúde junto de resumo do projeto e cópia do instrumento de pesquisa. Os sujeitos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos de coleta de dados

Para a entrevista com os profissionais que atuam na rede de serviços do município foi utilizado o mesmo instrumento utilizado no projeto multicêntrico referido acima.

Questionário semi-estruturado composto com questões fechadas:

Parte I - Dados demográficos e da formação dos profissionais;

Parte II - Dados do trabalho realizado pelos profissionais no serviço;

Roteiro com questões abertas:

Parte III - Opinião dos profissionais a respeito das políticas, práticas e formação dos profissionais de saúde mental.

Coleta de dados

A coleta foi feita pela pesquisadora junto aos profissionais dos Ambulatórios de Saúde Mental dos municípios do DRS XIII selecionados, em seu próprio local de trabalho. Os sujeitos entrevistados responderam as questões estruturadas das partes I e II do instrumento. Apenas a parte III do instrumento foi gravada e transcrita, para que dados qualitativos ocorridos, durante a fase semi-estruturada, fossem registrados. O tempo de duração, de acordo com a demanda de cada participante, foi em média, 30 minutos.

Procedimento de análise

O processo de análise dos dados seguiu as orientações da pesquisa institucional e foram consideradas todas as informações obtidas no instrumento respondido pelos sujeitos. O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do STATA para cruzar os dados e encontrar prováveis associações entre variáveis. O Teste Exato de Fisher auxiliou no direcionamento do raciocínio sobre a significância dos dados. É um teste de independência entre duas variáveis para calcular a probabilidade da associação das características sob a hipótese nula de independência, considerando o nível de significância a 5%.

RESULTADOS

Foram entrevistados 78 profissionais, houve 15% de perda, sendo 10% por recusa (12 Psiquiatras, 5 Psicólogos e 1 Assistente Social) e 5% (2 Psiquiatras, 2 Psicólogos) por modificação do quadro de recursos humanos do serviço. Os resultados são apresentados em 4 itens: o perfil dos sujeitos, a composição das equipes, as atividades realizadas pelos profissionais e sua opinião sobre as políticas, práticas e formação na saúde mental.

Perfil dos sujeitos

Conforme dados apresentados 49% dos sujeitos entrevistados têm formação em psicologia, 15% em medicina, 12% em terapia ocupacional, 8% em enfermagem e 17% em outras categorias tais como farmácia, serviço social, fonoaudiologia e artes.

Tabela 1 - Composição das equipes e profissionais entrevistados que atuam nos ambulatórios de saúde mental dos municípios da DRS XIII com mais de 20.000 habitantes.

Municípios do DRS XIII	N ° de habitantes	Categorias profissionais												Total	
		Assistente Social		Enfermeiro		Médico		Psicólogo		Terapeuta Ocupacional		Outros		T	P
		T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P		
Batatais	57.872	1	1	-	-	2	1	3	3	-	-	-	-	6	5
Cajuru	21.677	-	-	-	-	3	3	3	3	1	1	1	1	8	8
Cravinhos	30.786	-	-	-	-	2	2	4	4	-	-	-	-	6	6
Jaboticabal	70.764	1	1	1	1	3	-	3	3	1	1	-	-	9	6
Jardinópolis	33.406	-	-	-	-	1	1	5	3	-	-	-	-	6	4
Monte Alto	45.180	1	1	1	1	2	1	4	4	2	2	2	2	12	11
Pitangueiras	32.817	-	-	1	1	2	1	5	5	2	2	1	1	11	10
Pontal	32.471	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	-	-	7	6
Serrana	36.411	1	1	1	1	2	2	5	5	1	1	2	2	12	12
Sertãozinho	101.105	1	-	1	1	6	-	8	6	1	1	2	2	19	10
TOTAL		6	5	6	6	24	12	45	38	9	9	8	8	96	78

T- Total de profissionais atuantes no serviço

P - Total de participantes na pesquisa

A maioria dos profissionais é do sexo feminino 65 (83%), a faixa etária predominante se concentra nos sujeitos com até 39 anos (59%) e 48% dos sujeitos são formados há menos de 9 anos. Apenas 26% freqüentaram cursos de

especialização em saúde mental, 68% atuam na área de saúde mental há menos de 10 anos e 59% trabalham na instituição há 5 anos ou menos.

Cinquenta profissionais (64%) trabalham até 20 horas/semana e 69% têm outro emprego sendo que 41% em outra área. Dentre os que têm outro emprego 25 são psicólogos. Todos os 12 médicos entrevistados têm outro emprego. A maioria dos enfermeiros (4) trabalha preferencialmente em um só emprego.

Há correlação significativa entre formação acadêmica e falta de atendimento junto a grupos de famílias ou a um familiar pelos psicólogos (42% grupo famílias, 33% um familiar) sendo que 29% não atendem famílias, gerando listas de esperas.

Composição das equipes

Ao analisar a composição das equipes dos ambulatórios de saúde mental em relação ao tipo de especialização observou-se significância no teste exato de Fisher segundo a faixa salarial, a jornada de trabalho e a atuação da enfermagem. Observou-se que, dos profissionais que freqüentaram cursos de especialização em saúde mental, 55% concentram ganhos salariais até 1999 reais, porém, dos profissionais que realizaram outro tipo de especialização 79% concentram ganhos salariais até 1999 reais e entre os profissionais que não freqüentaram curso de especialização 63% concentram ganhos salariais até 1999 reais.

Cruzando-se os dados do tipo de especialização e a jornada de trabalho dos profissionais observa-se que dos profissionais entrevistados com especialização em saúde mental 40% tem jornada de menos 20 horas/semana e 10% mais que 30 horas.

Ressalta-se que 59% profissionais com outro tipo de especialização têm jornada de 20 horas/semana e dos profissionais sem especialização 32% têm jornada de 20 horas/semana. No total 64% dos profissionais têm jornada de 20 horas ou menos por semana.

Atividades realizadas pelos profissionais

Havia apenas 6 (8%) enfermeiros, pois 4 cidades não incluem esta categoria em seu quadro de profissionais. A questão referente a prática dos cuidados de enfermagem foi feita aos demais profissionais entrevistados, das diferentes categorias. Observou-se que 11 realizam administração de medicação, 15 cuidados físicos, 21 conforto, 7 sinais vitais, 53 anotações, 36 observações e 45 realizam interações terapêuticas.

Quarenta e nove (63%) referem que fazem atendimento familiar sendo que a maioria (40%) realiza este atendimento sozinho e com outro profissional (10% médico, 22% enfermeiro, 37% psicólogo, 23% terapeuta ocupacional, 33% outras categorias).

O teste exato de Fisher evidenciou significância na associação entre a formação acadêmica e o tipo de atendimento familiar à grupo de famílias ou a um familiar por vez. Não há significância segundo o tipo de atendimento a uma família. Observou-se que 67% realizam atendimento a um familiar: 17% médicos, 26% psicólogos, 54% outras categorias.

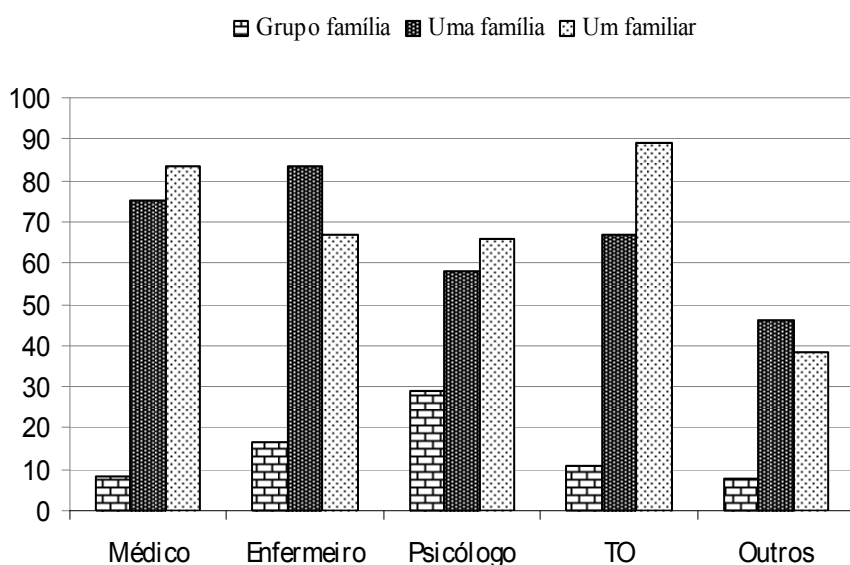


Gráfico 1 – Distribuição do atendimento ao familiar realizado pelos profissionais de diferentes categorias dos ambulatórios de saúde mental da DRS XIII.

Observou-se que 83% dos médicos, 67% dos enfermeiros, 66% dos psicólogos, 89% dos terapeutas ocupacionais realizam atendimento a um familiar de cada vez. Por outro lado, 55% dos profissionais não atendem grupos de famílias sendo 75% dos médicos entrevistados, 83% enfermeiros, 42% psicólogos, 89% terapeutas ocupacionais. O atendimento a uma família é realizado por 75% dos médicos, 83% dos enfermeiros, 58% dos psicólogos e 67% dos terapeutas ocupacionais.

Chama à atenção a escolha da abordagem utilizada para atendimento familiar: 25% dos médicos, 33% dos enfermeiros, 42% dos psicólogos, 33% dos terapeutas ocupacionais e 8% entre as outras categorias referem utilizar abordagem cognitiva no atendimento familiar. Além disso, 50% dos médicos, 17% dos

enfermeiros, 34% dos psicólogos, 11% dos terapeutas ocupacionais e nenhum profissional entre as outras categorias referem utilizar abordagem psicanalítica no atendimento familiar.

Observou-se que 33% dos médicos, nenhum dos enfermeiros, 18% dos psicólogos, 11% dos terapeutas ocupacionais e 23% entre as outras categorias referem utilizar abordagem sistêmica no atendimento familiar. Portanto, no geral, observou-se que 32% dos profissionais referem utilizar abordagem cognitiva, 27% abordagem psicanalítica e 19% dos profissionais referem utilizar abordagem sistêmica no atendimento familiar.

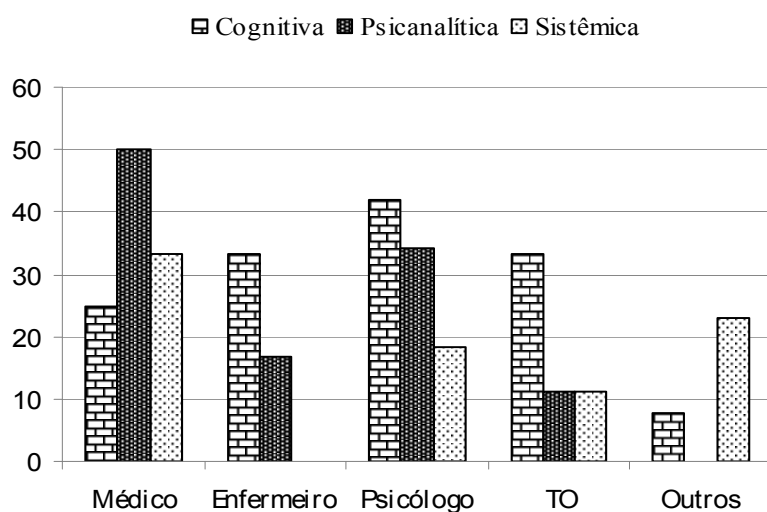


Gráfico 2 – Abordagem utilizada pelos profissionais dos ambulatórios de saúde mental do DRS XIII no atendimento ao familiar.

Apesar de não haver associação significativa entre as variáveis formação acadêmica e registro de observação após contato observou-se que 88% dos profissionais referem realizar tal atividade (67% médicos, 100% enfermeiros, 95% psicólogos, 89% terapeutas ocupacionais, 85% outras categorias). Observou-se que 92% dos médicos entrevistados, todos os enfermeiros, 50% dos psicólogos, 11% dos terapeutas ocupacionais, 46% dos profissionais de outras categorias fazem registros das observações sobre os pacientes durante a interação.

Observou-se que 75% dos médicos entrevistados, 33% dos enfermeiros, 68% dos psicólogos, todos os terapeutas ocupacionais (100%) e 46% das outras categorias referem promoverem ações visando autonomia do paciente durante toda a permanência do paciente na instituição. Ou seja, a maioria dos profissionais

entrevistados refere promover ações visando a autonomia do paciente durante toda permanência dele na instituição.

Opinião dos profissionais

De acordo com os dados obtidos nas entrevistas com os profissionais dos ambulatórios do DRS XIII, cinquenta e cinco (71%) profissionais consideram que sua instituição segue parcialmente a Política Nacional de saúde mental. Sessenta e dois (79%) apontam as dificuldades políticas como principais na área de saúde mental.

A estrutura de relações da equipe é considerada totalmente adequada para 35% dos profissionais e pouco adequada para 64% dos profissionais.

A falha na formação profissional é evidenciada por 45% dos profissionais e o PTI do seu serviço atende parcialmente a demanda do paciente para trinta e oito (49%) e não atende a demanda do paciente para 34% dos profissionais. A atuação da enfermagem é satisfatória para 50% dos entrevistados.

O teste exato de Fisher encontrou significância na associação entre a estrutura de relações e o PTI e a atuação da enfermagem e, entre a atuação da enfermagem e o PTI: 56% dos sujeitos que definem a atuação da enfermagem satisfatória também consideram que o PTI do seu serviço atende parcialmente a demanda do paciente e 26% consideram que atende totalmente a demanda do paciente. Já 45% dos sujeitos que definem a atuação da enfermagem parcialmente satisfatória consideram que o PTI atende parcialmente a demanda do paciente.

Os sujeitos desta pesquisa foram solicitados a opinar sobre a atuação do enfermeiro nestes serviços e observou-se que 58% dos médicos não consideram a atuação da enfermagem em saúde mental satisfatória. Porém, 42% dos médicos, 99% dos enfermeiros, 74% psicólogos, 89% terapeutas ocupacionais e 92% de outras categorias profissionais consideram a atuação da enfermagem satisfatória. Vale ressaltar que existem 4 dos 10 ambulatórios que não possuem enfermeiros em seu quadro de recursos humanos.

A maioria dos profissionais que já realizaram algum tipo de especialização considera a atuação da enfermagem satisfatória. Entre os profissionais com especialização em saúde mental há duas opiniões significativas: 45% consideram a atuação da enfermagem satisfatória e 40% não satisfatória. Dos profissionais com outro tipo de especialização 59% consideram satisfatória, 31% consideram parcialmente satisfatória a atuação da enfermagem.

Os profissionais relatam dificuldade de trabalhar em equipe e elaborar Projetos Terapêuticos para os portadores de transtorno mental, relatam que há rodízio de profissionais, questionam o histórico bem como os conceitos da reforma psiquiátrica desconhecendo as leis que regem a Política Nacional de Saúde Mental.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam que o espaço de cuidado ambulatorial, por privilegiar consultas embasadas no modelo curativo, contribui para que a medicalização se acentue como forma principal de tratamento, apesar de que os serviços sejam configurados por equipes de profissionais que deveriam estar atuando no sentido de evitar reinternações, bem como de estimular a socialização, a autonomia e o apoio de participação da família.

No modelo assistencial ambulatorial das cidades pertencentes ao DRS XIII observou-se funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde, listas de espera e crises no seu funcionamento. Os pacientes em crise aguda, portanto, ficam desamparados e referenciados para a internação, na cidade de Ribeirão Preto, esperando por vagas o dia todo, no ambulatório, em condições precárias ou em suas casas, sem supervisão.

O perfil dos profissionais do presente estudo aponta que a maioria dos profissionais tem diferentes formações acadêmicas, sendo 65 (83%) do sexo feminino (15% dos médicos, 49% dos psicólogos, 83% dos enfermeiros).

Merece destaque a falta de enfermeiros nos ambulatórios de saúde mental do DRS XIII. Havia apenas 6 (8%) enfermeiros, pois 4 cidades não incluem esta categoria em seu quadro de profissionais. Ainda assim, a prática dos cuidados de enfermagem é exercida pelos demais profissionais: 11 realizam administração de medicação, 15 cuidados físicos, 21 conforto, 7 sinais vitais, 53 anotações, 36 observações e 45 realizam interações terapêuticas - fatos que denotam inversão de papéis e falta de articulação com a atenção primária. Profissionais de outras categorias alegaram que realizam tais cuidados devido à falta do profissional de enfermagem.

Observa-se que somente um quarto desses profissionais freqüentaram cursos de especialização em saúde mental; a grande maioria trabalha até 20

horas/semana e tem outro emprego, sendo que um terço trabalha em outra área. Dentre os que têm outro emprego, 25 (66%) são psicólogos. Todos os 12 médicos entrevistados têm outro emprego. Entretanto, a maioria dos enfermeiros (4) trabalha preferencialmente em um só emprego.

O baixo salário é referido pelos profissionais como o fator desencadeante para ter outro emprego, gerando rodízio de profissionais, jornada em horários alternativos e falta de organização do trabalho em equipe. Os profissionais organizam seus horários isoladamente, de acordo com seus compromissos individuais, o que mantém um modelo de funcionamento voltado para as necessidades da equipe não do portador de transtorno mental. O pouco horário dentro do serviço dificulta a realização de atividades pertinentes ao ambulatório de saúde mental tais como grupos de orientação, atividades de sala de espera, visitas domiciliares, atividades comunitárias e o próprio PTI, conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Em todos os serviços observou-se que o atendimento é centrado na assistência médica, em detrimento de atividades com psicólogos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais que auxiliam a construção do vínculo do paciente ao tratamento, a ressocialização, autonomia e abreviamento do tempo de possíveis internações.

Profissionais de diversas cidades relataram que pacientes do ambulatório de saúde mental, em momentos de urgências clínicas, deixam de ser atendidos na atenção básica e são encaminhados diretamente para o ambulatório de saúde mental com problemas clínicos que deveriam ser tratados na atenção básica. Nestes relatos, os profissionais dizem que o ambulatório é considerado “curva de rio” dos problemas da cidade, o que denota total desarticulação entre a rede primária e secundária entre saúde/doença mental e atenção básica.

Por ser, na maioria dos casos, o único serviço de atendimento em saúde mental da cidade, em momentos de crise aguda, a espera por vagas de internação em Ribeirão Preto, é a única forma de tratamento, o que gera diversos problemas.

Há pouco investimento no atendimento familiar. Além de pouco espaço físico, os profissionais apresentaram respostas confusas e superficiais sobre a importância e execução deste tipo de atendimento. Seja em grupos de famílias, uma família apenas ou um familiar.

Observou-se que há correlação significativa entre formação acadêmica e falta de atendimento junto a grupos de famílias ou a um familiar pelos psicólogos (42% grupo famílias, 33% um familiar) gerando listas de esperas e falhas no atendimento psicoterápico. Os psicólogos referem realizar atendimentos clínicos individuais e orientações aos familiares, quando necessário, ficando claro que este não é um atendimento organizado.

Todos os serviços apresentam número considerável de psicólogos, porém é baixo o número de atendimentos grupais ou psicoterápico individual. Para atender a lista de pacientes e diminuir o tempo de espera, os atendimentos clínicos são realizados na metade do tempo ideal, em geral, 20 minutos, o que compromete a eficiência do trabalho psicoterápico e limita a expressão espontânea dos pacientes, exigindo que se moldem segundo o padrão de atendimento do profissional.

O conhecimento aprofundado sobre os fundamentos filosóficos e técnicos que cada abordagem pode oferecer gera flexibilidade e liberdade para o profissional direcionar o atendimento, de acordo com a demanda de cada paciente, respeitando a individualidade e a estrutura interna para participar como agente de seu tratamento. A escolha consistente das modalidades técnicas coerentes com as necessidades do paciente pressupõe a concepção de uma assistência centrada na integralidade e modifica o modelo de atenção centralizado no profissional, exigindo a "adequação" do paciente ao tratamento.

Durante a coleta dos dados foi possível observar a escassa infra-estrutura das cidades e o baixo investimento municipal nos ambulatórios de saúde mental. A maioria apresentava espaço inadequado para o atendimento da demanda, falta de salas para atendimentos grupais, falta de material apropriado para atendimentos psicológicos e de terapia ocupacional, falta de pessoal administrativo e secretária, falta de contratação de profissionais especializados. Observa-se, dessa forma, falta de valorização da formação dos profissionais, o que interfere na motivação destes profissionais em aprimorar sua prática. Os profissionais "aprendem fazendo".

A maioria dos profissionais entrevistados pertence ao grupo etário até 39 anos, o que denota a pouca experiência com o modelo de assistência humanizada segundo os conceitos da reforma psiquiátrica, falta de investimento em cursos e atualizações, falta de supervisão direta, pouca participação em eventos e congressos da área e levanta a reflexão sobre a qualidade e o formato da formação acadêmica oferecida no país.

Os profissionais evidenciam carências no preparo para sua atuação em equipe, desconhecimento do papel desta equipe na assistência ao paciente e nos benefícios que este modelo traz ao serviço. Há críticas sobre o modelo ambulatorial, porém pouca elaboração sobre como o trabalho em equipe pode trazer soluções e modificações no modelo de assistência e que consolidem os princípios e diretrizes do SUS.

Observa-se a importância em exigir investimentos nesta área, visto que a formação de recursos humanos em saúde é atribuição do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, que devem garantir a cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde coerente com o SUS e incentivar a constituição de grupos de pesquisa vinculados às instituições de educação superior, garantindo e avaliando cursos segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) (BRASIL, 2008).

A proposta do movimento da reforma psiquiátrica é transformar o conceito de doença mental e a construção de uma rede de novos serviços que sejam espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividade que sejam além de alternativos, substitutivos ao modelo terapêutico tradicional, mas que ofereçam um resultado de qualidade de vida muito melhor para os portadores de transtorno mental (AMARANTE, 1999).

A formação que se busca é entendida como um processo que extrapola a ideia da aquisição de conhecimentos técnico-científicos e avança para a produção de realidade e constituição de modos de existência. Uma formação que está associada ao potencial de criação de modos de gestão do processo de trabalho, abertura a novas sensibilidades, novas visibilidades e atitudes nas práticas concretas de cuidado e da gestão em saúde (HECKERT, NEVES, 2007).

O risco de manter esta lógica manicomial em espaços ambulatoriais leva a confirmação da separação entre social e sanitário que chega a repropor a anulação da complexidade do ser humano e da loucura e, portanto, tende a se reconsiderar e a tratar o indivíduo como doença, como alteração de um órgão. O psiquiatra se fecha novamente e o psicólogo tende a imitar este modelo de atendimento, separando as especializações, logo as necessidades da pessoa, decorrendo na parcialidade das intervenções (BASAGLIA, 2008).

A desinstitucionalização vai além do fechamento de manicômios e de criar novos serviços de saúde. É necessário reconstruir ideais e valores que realmente atinjam a sociedade, seus cidadãos e todo profissional que escolhe o cuidado como objetivo de trabalho. O compromisso político com a sociedade, o investimento em recursos humanos, a conscientização da formação profissional escolhida para que a mudança do paradigma manicomial se estabeleça como um processo interno, ou seja, reflexivo, consciente e significativo para então atender o paradigma psicossocial.

Vale ressaltar que o ser humano assistido em sua integralidade responde em sua totalidade. Acredita-se que a integralidade pode muito nesta tarefa ao preconizar o olhar biopsicossocial da pessoa em sofrimento, a junção da prevenção e da assistência curativa diante da demanda expressa ou não pela pessoa.

Todos profissionais de saúde são chamados a repensar sua atuação, redescobrir o potencial transformador que a assistência e o cuidado em saúde podem salientar na cultura e na edificação de valores na sociedade, em especial na saúde mental.

REFLEXÕES FINAIS

Nesse estudo observou-se a importância em conhecer os recursos humanos em saúde mental, a dinâmica do trabalho em equipe, os profissionais e suas ações na atenção à saúde mental para que, ao ser avaliada e analisada, a qualidade da assistência, na prática, possa ser ajustada e atualizada diante dos desafios que a realidade e a sociedade demandam.

Esse estudo permitiu desenhar um panorama dos profissionais, das atividades realizadas nos serviços da região de Ribeirão Preto e da opinião dos profissionais sobre a saúde mental brasileira, além de propiciar material para analisar a situação emergencial que estas cidades vivenciam e a importância em avaliar os recursos humanos para alcançar os conceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e os benefícios que os portadores de transtorno mental e seus familiares esperam dessas mudanças.

A composição das equipes necessita ser revista, pois há falta de enfermeiros e de médicos que permaneçam mais tempo no serviço. Falta a prática de reuniões

de equipe que propiciem discussões e trocas de conhecimentos, bem como a elaboração de projetos terapêuticos adequados à demanda do paciente. É necessário o devido esclarecimento dos gerentes e profissionais para que a organização do trabalho em equipe tenha melhor articulação com a rede de saúde e usufrua dos benefícios que o trabalho em equipe multidisciplinar pode gerar para o portador de transtorno mental.

O trabalho confirmou a escassa articulação dos ambulatórios com a atenção primária, considerando a internação psiquiátrica como única forma de assistência ao paciente em crise e que necessita de maiores cuidados que a consulta médica e psicológica pautadas no modelo médico.

Outro achado do estudo foi a correlação positiva entre a formação e algumas variáveis, como o tipo de especialização, o tempo de trabalho na instituição, jornada de trabalho por semana, forma como atendem famílias, abordagem utilizada neste atendimento. Estas associações são importantes para o embasamento e formulação de políticas públicas coerentes com as necessidades da demanda e dos profissionais.

Diante dos fatos apresentados percebe-se a importância em investir na formação de recursos humanos especializados para o trabalho em saúde mental que propiciem mudanças do modelo de assistência pautado na lógica manicomial em busca de uma assistência pautada na lógica psicossocial que considere as potencialidades do ser humano, sua capacidade de estabelecer projetos de vida, suas escolhas e sua habilidade em ser agente de seu tratamento.

Conclui-se que a avaliação se torna um poderoso instrumento de mudança para que os serviços cumpram padrões mínimos de qualidade, políticas públicas sejam fundamentadas e atualizadas de acordo com a demanda de cada cidade, e investimentos sejam ajustados às necessidades da população na rede de serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde da família para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

AMARANTE, P. **Manicômio e loucura no final do século e do milênio**. In: Fernandes MI. (org.) Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999. p. 47-56.

AUSTIN, W.; MILLS, K. & HAYDU, S. The roles of Mental Health Personnel in Three Countries of the Caribbean. Nursing and Midwifery Links: **News-Journal of the Global Network of WHO Collaborating Centres for Nursing and Midwifery Development**, 9-16. November, 2003.

AZEVEDO-MARQUES, J.M. **Detecção e diagnóstico de transtornos mentais pela equipe de saúde da família**. 2009. 172f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BASAGLIA, F. O. Saúde/Doença. In: AMARANTE, P. CRUZ, L. do B. (org). **Saúde Mental, Formação e Crítica** - Rio de Janeiro: LAPS, 2008. 100p.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03 de 13/11/2003. Saúde Mental e Atenção Básica – o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> Acesso em 18 de março de 2010.

Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990 – 2004.
MS/SE Brasília: 2004.

Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005. <http://www.saude.gov.br/bvs> Acesso em 1 de dezembro de 2009.

Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília, 2007. <http://www.saude.gov.br/bvs> Acesso em 1 de dezembro de 2009.

Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 213, de 9 de outubro de 2008. Brasília, 2008. http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/pces213_08.pdf Acesso em 23 de junho de 2010.

Ministério da Saúde. SAS/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 7, Ano V, nº7, junho de 2010. Brasília, 2010. 25p. <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental> Acesso em 23 de junho de 2010.

FUREGATO, A.R.F.; MORAIS, MC. Bases do relacionamento interpessoal em enfermagem in: **PROENF – Saúde do Adulto** – Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2006. p.45-72.

FUREGATO, A.R.F.; OSINAGA, V.L.M.; GALERA, S.A.F.; PILLON, S.C. Instrumento para diagnóstico das atividades dos profissionais de saúde mental: estudo piloto. **ABRASME – Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, 2010.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potencia de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v.20, supl.5, p.1411-1416, 2004.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, P. (org) **Saúde Mental, Formação e Crítica**– Rio de Janeiro: LAPS, 2008. 100p.

VASCONCELOS, E.M. redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.11-19.

ABSTRACT

This project has the concepts of Brazilian Psychiatric Reform as references, as well as its goals, guidelines and the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS). To characterize the mental health outpatient clinics of the DRS XIII (Regional Department of Health), in the different professional categories of higher education and their basic training, the activities developed by the teams' professionals and their opinions on mental health policies. This is an exploratory and descriptive research. The sample consisted of 10 cities with at least 20,000 inhabitants and Mental Health Outpatient Clinic. The semi-structured questionnaire to identify the subjects, basic training, policies, the activities and opinions. 78 interviews were carried out with higher education professionals, between February 2009 and February 2010. Most professionals are female 65 (83%), physicians 12 (15%) and psychologists 38 (49%), six (8%) nurses, only 20 (26%) attended mental health specialization courses, 64% work up to 20 hours per week and 69% have another job. There was significant correlation between academic background and lack of care to groups of families or to a family member by psychologists (42% group of families, 33% a family member), of which 24% do not deliver care to families, generating waiting lists. Professionals report difficulty in working in teams and developing Therapeutic Projects for patients with mental disorders, report that there is shift of professionals, question the history and the

concepts of the psychiatric reform, do not know the laws governing the National Policy on Mental Health.

KEYWORDS: Mental Health, Deinstitutionalization, Health Manpower, Ambulatory Health Services, Health Policy.