



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANA TERRA DE ARAÚJO RODRIGUES

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

PALMAS/TO

2018

ANA TERRA DE ARAÚJO RODRIGUES

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

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora Profa. Dra Marta Azevedo dos Santos

PALMAS/TO

2018

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

R696c Rodrigues, Ana Terra de Araújo.

Compreensão dos Profissionais da Saúde Mental do Município de Palmas/TO Quanto aos Desafios da Assistência. / Ana Terra de Araújo Rodrigues. – Palmas, TO, 2018.

59 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências da Saúde, 2018.

Orientador: Marta Azevedo dos Santos

1. Saúde Mental. 2. Profissionais da Saúde Mental. 3. Assistência à Saúde. 4. Desafios. I. Título

**CDD 610**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

FOLHA DE APROVAÇÃO

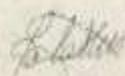
Ana Terra de Araújo Rodrigues

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

Dissertação apresentada ao Mestrado  
Profissional em Ciências da Saúde da  
Universidade Federal do Tocantins para a  
obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 30 / 11 / 2018

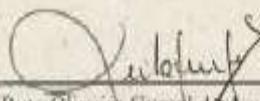
BANCA EXAMINADORA



Dr<sup>a</sup>. Marta Azevedo dos Santos

Orientadora

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS



Dr<sup>a</sup>. Leila Rute Oliveira Gurgel de Amaral

Examinadora Interna

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS



p/ Dr<sup>a</sup>. Rozilaine Redi Lago

Examinadora Externa

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE.

Dedico este trabalho aos profissionais que si identificam com a saúde mental.

## AGRADECIMENTO

Pensei que esta etapa da pesquisa, escrever os agradecimentos, fosse a tarefa mais fácil dentre as realizadas nesta pesquisa, mas ao pensar em todas as pessoas a agradecer, dei-me conta de que está sendo a tarefa mais difícil desta caminhada. Não porque agradecer seja um ato árduo, mas porque lembrar e citar em agradecimento todas as pessoas que contribuíram para o desenrolar deste estudo faz-me ter receio ao esquecimento. Quantas pessoas no decorrer do mestrado participaram da minha vida, contribuíram de alguma forma para o meu crescimento ou simplesmente cruzaram a minha jornada, ajudando, dialogando ou participando de diversos momentos. Assim, antes de mais nada, agradeço de coração e de forma geral a todas as pessoas que participaram da elaboração desta pesquisa, pois tenho a impressão de que: “ Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que acompanhado, com certeza vai mais longe”. Clarice Lispector.

Agradeço a Deus por não me desamparar em momento algum na minha jornada profissional. Obrigada Deus pela força diária, por ouvir e atender a um antigo sonho de adolescência: estudar em Universidade Pública.

Agradeço aos meus Pais, Renivan e Zilda. A vocês a minha eterna gratidão pela educação, incentivo, apoio e fazer-me acreditar que continuar os estudos é a melhor escolha quando se sabe aonde quer chegar. Amo vocês.

Agradeço às minhas Irmãs, Indira e Carolina, aos meus sobrinhos, Luisa, Artur, Julia e Taís pelo carinho e atenção. A vocês o meu muito obrigada por serem minhas inspirações. Amo vocês.

Agradeço à minha querida orientadora, Marta Azevedo dos Santos, muitíssimo obrigada. Desde o primeiro contato ao telefone, sempre me orientou pessoalmente e profissionalmente, acreditou na minha dedicação e estudos. Você faz parte do meu amadurecimento.

Agradeço a todos os meus amigos, amigas e familiares de todos os lugares por fazer parte da minha história e me incentivarem em dias difíceis e me acompanharem em dias alegres. Sem vocês a minha vida seria muito sem graça.

Agradeço aos Coordenadores dos respectivos CAPS II e CAPS AD III do município de Palmas/TO, pela receptividade e abertura para a realização desta pesquisa. Sem vocês este estudo não teria acontecido.

Agradeço aos participantes deste estudo pela disponibilidade e participação neste estudo.

## **EPÍGRAFE**

“Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão” (Paulo Freire).

## RESUMO

RODRIGUES, Ana Terra de Araujo. **COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO QUANTO AOS DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA**. 2018. 58f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Tocantins, Palmas/TO.

A saúde mental é uma área da saúde pública que apresenta como objeto de estudo o sujeito e suas relações construídas com a realidade. Após a Reforma Psiquiátrica Brasileira que resultou na reformulação do modelo assistencial os desafios afetam principalmente aos profissionais da saúde da saúde mental que diariamente têm a tarefa de expandir e consolidar essa mudança de paradigma. Este estudo tem o objetivo de compreender a atuação dos profissionais da saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial do município de Palmas/TO, como pontos operantes principais dentro do trabalho em rede. 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. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas individuais com nove profissionais da saúde mental. Esta pesquisa possibilitou identificar as concepções que os profissionais vêm construindo sobre o conceito de saúde mental. Nesse sentido, percebe-se que há profissionais que conseguem entender a reorganização do modelo psicossocial. Entretanto, ainda existem, práticas de saúde desenvolvidas pautadas na lógica da verticalização de conhecimentos, fundamentadas em relações fragmentadas e hierarquizadas. 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, equipe reduzida. Há divergências entre a teoria e a prática cotidiana. Os profissionais conseguem entender, e visualizar a importância do modelo de atenção comunitário, porém a presença de diferentes assistências e falta de coesão entre a equipe multiprofissional, profissionais resistentes a participar de atividades em grupo, modos de pensar rígidos dentro do serviço tornam a prática muito longe do que é proposto na Política de Saúde Mental.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde mental, Profissionais da Saúde Mental, Assistência à Saúde, Desafios.

## **ABSTRACT**

**RODRIGUES, Ana Terra de Araujo. MENTAL HEALTH PROFESSIONAL UNDERSTANDING OF PALMAS MUNICIPALITY / TO QUALITY ASSISTANCE CHALLENGES.** 2018. 58f. Dissertation (Master in Health Sciences) - Post-graduation Program in Health Sciences. Federal University of Tocantins, Palmas/TO.

Mental health is an area of public health that presents as subject of study the subject and their relations built with reality. After the Brazilian Psychiatric Reform that resulted in the reformulation of the care model, the challenges mainly affect the mental health health professionals who daily have the task of expanding and consolidating this paradigm shift. This study aims to understand the performance of mental health professionals in the Psychosocial Care Centers of the municipality of Palmas / TO, as main operative points within the network. The study was developed with the use of qualitative methodology based in the fields of human sciences and health, using Content Analysis as referential-methodological. To collect data, individual interviews were conducted with nine mental health professionals. This research made it possible to identify the conceptions that professionals have been building on the concept of mental health. In this sense, we can see that there are professionals who can understand the reorganization of the psychosocial model. However, there are still health practices developed based on the logic of the verticalization of knowledge, based on fragmented and hierarchical relationships. The importance that mental health professionals attribute to the model of community and territorial assistance is clear. However, the obstacles within the team exist, such as: overwork, reduced staff. There is disagreement between theory and everyday practice. The professionals can understand and visualize the importance of the community care model, but the presence of different assists and lack of cohesion among the multiprofessional team, professionals resistant to participating in group activities, strict modes of thinking within the service make the practice very far from what is proposed in the Mental Health Policy.

**KEYWORDS:** Mental Health, Mental Health Professionals, Health Care, Challenges.

## **LISTA DE TABELAS**

**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.

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1.** Unidades de registro identificadas nas entrevistas com os profissionais da saúde do CAPS II, Palmas, Tocantins, Brasil.

**Quadro 2.** Unidades de registro identificadas nas entrevistas com os profissionais da saúde do CAPS AD III, Palmas, Tocantins, Brasil.

**Quadro 3.** Unidades de registro e unidades de contexto identificadas nas entrevistas com os profissionais da saúde do CAPS II Palmas, Tocantins, Brasil.

**Quadro 4.** Unidades de registro e unidades de contexto identificadas nas entrevistas com os profissionais da saúde do CAPS AD III Palmas, Tocantins, Brasil.

**Quadro 5 -** Apresentação das categorias encontradas após análise das entrevistas.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial Transtorno Mental

CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CSC – Centro de Saúde da Comunidade

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
1.1 SAÚDE MENTAL .....	17
1.1.2 Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).....	18
1.2. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) .....	19
<b>2. OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>22</b>
<b>3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>22</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>48</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRURURADA.....</b>	<b>58</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde mental é uma área da saúde pública que apresenta como objeto de estudo o sujeito e suas relações construídas com a realidade. Como campo de trabalho, apresenta como foco principal a articulação de um conjunto de ações de saúde e saúde mental voltada para o atendimento de pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos e dependência química (SOUZA; RIBEIRO, 2013).

A mudança de paradigma ocorreu após o movimento de reivindicação e participação popular que ganhou forças na década de 70, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, e resultou na reformulação do modelo assistencial em saúde mental que vem superando paradigmas, ou seja, buscou-se a desinstitucionalização, e a desconstrução dos manicômios, solidificando novas formas de cuidado, e saberes, assegurando direitos humanos e potencializando a cidadania (LIMA; NOGUEIRA, 2013).

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

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

A Reforma Psiquiátrica vai de encontro as diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, e equidade trouxe 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 menos participação da população e restrito a assistência prestada pelos profissionais da saúde.

O SUS preconiza que saúde é direito de todos e o acesso ao sistema de saúde é universal. É um sistema de saúde cujo objetivo principal é centrar-se na educação, promoção e proteção da saúde. Nesta linha de raciocínio, a promoção da saúde é uma

das políticas que rege os serviços prestados pelo SUS incluindo a participação popular nas decisões que dizem respeito ao viver-melhor e viver com saúde.

O ano de 1987 teve a inauguração do primeiro CAPS no Brasil na cidade de São Paulo, e a intervenção da Secretaria de Saúde de Santos em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local onde aconteciam maus-tratos e mortes dos pacientes.

Assim, esta intervenção demonstrou a possibilidade da substituição progressiva dos manicômios por uma rede de serviços substitutivos em saúde mental. Os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) foram implantados na cidade de Santos, funcionavam 24 horas são cooperativas, residências para acolher os pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e associações.

A Lei do deputado Paulo Delgado, em 1989, propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção dos manicômios, passa a tramitar no Congresso Nacional e então, as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica começam a ganhar força no campo legislativo e normativo. Esta Lei é sancionada após 12 anos de tramitação no Congresso, reformulando a Lei original, e a Lei 10.216 consolida uma assistência em saúde mental de base comunitária.

Estas conquistas aconteceram por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência hospitalocêntrico, para um modelo de atenção comunitário.

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. Este trabalho só é possível a partir de uma equipe de profissionais que trabalhem de maneira interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial (YASUI; ROSA, 2008).

Este modelo de atenção propõe que os profissionais da saúde mental desenvolvam a todo momento uma escuta e uma análise qualificada do sujeito de maneira singular que vão além do sofrimento mental e/ou dependência química. Nesse contexto, a assistência à saúde opera na perspectiva psicossocial, que busca evidenciar o sujeito e desconstruir o lugar da doença/loucura cunhado há séculos apenas pela intervenção do saber psiquiátrico (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012).

A promulgação da Portaria Ministerial Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) propõe a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com 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 (CARVALHO; BRANDÃO, 2016).

Os desafios da assistência à Saúde Mental Brasileira afetam principalmente os profissionais da saúde que diariamente têm a tarefa de expandir e consolidar essa 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. Nesse sentido, é um grande desafio aos profissionais, a construção de projetos terapêuticos que respeitem e fortaleçam a autonomia do indivíduo (ALBUQUERQUE et al., 2018).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento de trabalho construído entre equipe de saúde e usuário que deve considerar a singularidade do sujeito e a complexidade de cada caso. Esse projeto é o resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar que elabora um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, família ou coletivo (BRASIL, 2007).

Um Projeto Terapêutico Singular é elaborado juntamente com a participação do usuário, após a primeira análise realizada pela equipe sobre as múltiplas dimensões do sujeito. Essa análise acontece em uma reunião com a presença de toda a equipe, considerando que todas as opiniões são importantes para ajudar a compreender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde. Esse processo é dinâmico, e mudanças no projeto podem acontecer no decorrer de sua construção, uma vez que a própria relação entre os profissionais e o usuário está em constante transformação (BRASIL, 2007).

A utilização do PTS como ferramenta de intervenção da assistência a saúde mental desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre os profissionais, maior diálogo e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento, corresponsabilização das ações com a horizontalização dos poderes e conhecimentos (SILVA, 2011).

Boccardo et al. (2011) afirma que a reorganização do trabalho em equipe e a construção de uma nova cultura assistencial também enfrenta o desafio de superar as

normas e estruturas organizacionais tradicionais, descontextualizadas produzindo respostas imediatistas e isoladas. O trabalho em equipe precisa ser pautado em práticas de cuidados articuladas, integradas, e interdisciplinares com a intenção de responder as reais necessidades dos usuários.

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 o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III) em Palmas, Estado do Tocantins. Outro aspecto que contribuiu para a escolha do tema foi o fato da pesquisadora, com formação em Psicologia, identificar com o tema, ser servidora do Estado e estar inserida indiretamente no contexto da saúde mental através do atendimento de pacientes com deficiência intelectual.

Também surgiu a curiosidade e interesse em conhecer a vivência dos serviços de saúde mental. Além do enriquecimento teórico no cuidado em saúde pública para esta demanda, no município de Palmas. Assim, o objetivo desta pesquisa consistiu em compreender a atuação dos profissionais da saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial do município de Palmas/TO. A seguir, será destacada a importância do conceito de saúde mental para a mudança nas discussões e avanço no tratamento do paciente da saúde mental.

## **1.1. SAÚDE MENTAL**

A saúde mental é uma expressão de difícil conceituação por não ser uma teoria nem uma prática, mas um campo teórico interdisciplinar (FILHO et al., 1999). Desde o século passado, a saúde mental vem passando por um processo de construção, ganhando espaço nas discussões, proporcionando um diálogo entre as diversas áreas da saúde, como a medicina, psicologia, análise institucional, entre outras (LANCETTI; AMARANTE, 2008).

Este conjunto de ações de saúde possui um papel importante dentro do SUS, ao 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 dos atendimentos ofertados no interior dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2012).

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização, ao contrário da desospitalização, seria trabalhar o empoderamento, permitindo que o sujeito tenha voz ativa e volte a assumir a responsabilidade sobre as decisões e condutas de sua vida. Um ponto importante nas ações de promoção de saúde seria incentivar a ocupação dos sujeitos nos diversos espaços dos territórios, no sentido de construir um lugar social, onde as pessoas moram, trabalham, estudam, vivem e convivem com outras pessoas construindo relações consistentes que resultaria na emancipação coletiva dos sujeitos (FRANÇA; ZANETTI, 2002). A promoção da saúde trabalha com todas as carências do ser humano que precisam ser atendidas com acesso a todas as esferas de serviços. Essas carências precisam ser trabalhadas pelas equipes de forma ampla, considerando os aspectos biopsicossociais, culturais, espirituais avaliando o contexto social do indivíduo.

Neste processo de desinstitucionalização, a equipe de saúde trabalha no campo da reinserção social, ou seja, busca resgatar os valores que foram perdidos, a sua rotina diária e ressignificar as suas relações que foram perdidas no processo de adoecimento que o assegurem como sujeito inserido na sociedade (TYKANORI, 1996).

Em outras palavras, a reinserção social busca promover o protagonismo do usuário para o exercício dos direitos de cidadania, visa emancipar o sujeito na intenção de garantir os seus direitos e promover a contratualidade no território. Estas ações acontecem ao desenvolver iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho, economia solidária, da habitação, da educação, da cultura, e da saúde (ASSIS et al., 2014).

A inserção social das pessoas com transtornos mentais e necessidades de saúde decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas foi possível a partir do surgimento de políticas de saúde em Saúde Mental que passaram a garantir a esta parcela da população o direito ao tratamento.

## **1.2. Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)**

O Brasil, ao longo dos anos, vem aprimorando as Políticas Públicas em Saúde Mental, acompanhando as mudanças no SUS e estabelecendo novos contornos para se consolidar uma forma sustentável de atenção comunitária no país. Do Movimento da Luta Antimanicomial, quando se propõe o lema: “Por uma Sociedade sem

Manicômios”, no município de Bauru/SP, no ano de 1987 até a IV Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília/DF, em 2010, várias iniciativas de cuidado começaram a modificar a forma da assistência à Saúde Mental no país.

A PNSM amparada pela Lei Federal N° 10.216/2001 tem o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. Inclui ainda a atenção a pessoas com necessidades de saúde relacionadas a transtornos mentais; e aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas. O texto normativo dessa política dispõe sobre a proteção e direitos desses pacientes, assim como as estratégias e diretrizes adotadas pelo país.

Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o atendimento dos usuários que seja constituída no cuidado territorial humanizado, buscando promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental (BRASIL, 2011).

Com a publicação da portaria ministerial N° 3088/11, a RAPS considera necessário intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, respeito aos direitos humanos, promoção da saúde, garantia do acesso e qualidade do serviço, diversificação das estratégias de cuidados e redução dos riscos e danos associados ao consumo inadequado de substâncias psicoativas (BRASIL, 2013a).

No entanto, apesar da implantação desta portaria no território tocantinense, a cidade de Palmas conta apenas com 2 (dois) CAPS, o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II); e o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III), localizados na região central do município para atender a população com aproximadamente 291.855 habitantes.

A rede municipal de saúde mental de Palmas foi criada em 1998, com a implantação de um CAPS II, três Centros de Especialidades, três policlínicas e duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (PREFEITURA DE PALMAS, 2018). Os atendimentos para usuários de álcool e outras drogas, iniciaram em 2002 e aconteciam no ambulatório Renascer. Já em 2008, o ambulatório Renascer foi transformado em CAPS AD, com a nova proposta de atendimento com ênfase na reabilitação e reinserção social do usuário do SUS. Em 2012, houve a habilitação de CAPS AD para CAPS AD III no município de Palmas com a lógica do trabalho em rede de atenção.

### **1.1.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Considera-se o CAPS um dispositivo como modelo e paradigma de atendimento à saúde mental que se tornou componente operante para a política no campo da saúde mental. O CAPS conquistou um lugar de existência prevista em Lei N° 10.216/01, sendo designado como o ponto operante dentro da nova proposta clínica, produtora de autonomia, que atrai o usuário à responsabilização e ao protagonismo em todo o caminho do seu tratamento (BRASIL, 2005).

O CAPS refere-se a um serviço municipal, aberto e comunitário de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses serviços se dão em um ambiente referencial de tratamentos para pacientes que sofre com transtornos mentais, com transtornos decorrentes da dependência química, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (FERREIRA et al., 2016).

Quanto ao funcionamento, o CAPS II e o CAPS AD III se diferenciam entre si, de acordo com a clientela atendida (transtornos mentais, álcool e outras drogas). Contam com uma equipe multiprofissional composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, profissionais de nível médio com experiência em saúde mental e artesãos (BRASIL, 2002).

Como são modalidades diferentes de atendimento, o CAPS II, apresenta uma equipe menor, constando de 12 profissionais e funcionando de 8h às 18h, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21h (BRASIL, 2002). Entretanto, o CAPS AD III funciona com uma equipe mínima com 17 profissionais, aberto 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2002).

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 multiprofissional 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).

Sendo assim, o objetivo do trabalho nos CAPS's não restringe a estabelecer um diagnóstico, mas sim, em construir, coletivamente, entre usuário, familiar e profissional

estratégias ou um Projeto Terapêutico com a intenção de orientar o tratamento do paciente do SUS. Por isso, o CAPS é o serviço de saúde ordenador das ações de saúde mental nas redes assistenciais e, acrescenta que, atualmente, as necessidades e demandas da população requisitam uma articulação efetiva do cuidado em saúde mental no território (SCHEFFER; SILVA, 2014).

Outro requisito importante sobre o trabalho oferecido no CAPS é o caso de pacientes que não conseguiram aderir ao tratamento e então decidiram não frequentar o serviço. Estas demandas são fatos que acontecem diariamente nos CAPS por vários fatores, como, por exemplo, dificuldade de locomoção de casa para o Centro de Atenção, ou por constrangimento de encontrar uma pessoa conhecida, ou até mesmo, apresenta um quadro de saúde estável. Nestas demandas, cabe ao serviço discutir o caso em equipe, articular com outros dispositivos da rede de atendimento e encaminhar o usuário para outro serviço de saúde adequado para a sua demanda (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).

Esta lógica assistencial foi ganhando forças quando houve um reposicionamento do sujeito frente aos conflitos vivenciados. Deixou-se de tratar a doença e passou a contextualizar o seu sofrimento, [...] “de tal modo que em invés de apenas sofrer os efeitos desses conflitos, passe, por um lado a se reconhecer também como um dos agentes implicados nesse 'sofrimento' e por outro, como um agente da possibilidade de mudanças” (AMARANTE, 2006).

Assim, conhecer a assistência prestada pelos profissionais da saúde mental do CAPS vai ao encontro dos objetivos propostos neste estudo.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Compreender a atuação dos profissionais da saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial do município de Palmas/TO.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a concepção dos profissionais da saúde mental sobre o conceito de saúde mental;
- Conhecer o trabalho realizado pelos profissionais da saúde mental nos CAPS's;
- Conhecer a importância que os profissionais de saúde atribuem ao modelo de assistência comunitário e territorial prestada à população de Palmas;
- Apontar as facilidades e dificuldades encontradas na assistência à saúde mental da população de Palmas;

### 3. METODOLOGIA

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

A abordagem qualitativa é entendida como uma tentativa de obter profunda compreensão das concepções e definições de uma determinada situação, tal como as pessoas nos apresentam e possibilita uma aproximação do universo de significações, motivos, aspirações, atitudes e crenças dos profissionais aqui estudados. Essa abordagem parte do pressuposto de que o mundo está permeado de significados e símbolos em que a intersubjetividade é um ponto de partida para captar reflexivamente os significados sociais (MINAYO, 2010).

Segundo Bardin (2011), categorias é uma operação de classificação de elementos constitutivos, as quais reúnem um grupo de elementos, sob um título genérico, de acordo com as características comuns destes elementos.

Dessa forma, a pesquisa buscou analisar a compreensão dos profissionais de saúde quanto aos desafios da assistência em saúde mental. Foi um trabalho que envolveu as experiências dos sujeitos da pesquisa do seu cotidiano nos CAPS's, servindo para analisar a compreensão, as potencialidades e vulnerabilidades das intervenções realizadas na assistência à saúde mental.

A pesquisa aconteceu nos 2 (dois) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo estes serviços de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e CAPS AD III Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III, localizados na região central de Palmas/Tocantins, 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 e posteriormente as entrevistas foram iniciadas.

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 do município de Palmas.

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.

Na realização das entrevistas, antes do início da coleta de dados foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para o participante, o qual consentia ou não em participar do estudo. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas por meio de roteiro com perguntas semiestruturadas (Apêndice B).

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

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

Na pré-análise (pré-exploração), foi o momento de transcrição das entrevistas e a elaboração das unidades de registro. Na fase de exploração do material (seleção das unidades de análise), a segunda etapa, após leitura exhaustiva e sistematização das ideias, foi definida as categorias de análise, por meio de um conhecimento científico prévio. Na terceira etapa tratamos os dados dando significação às características do texto. A análise de conteúdo tenta compreender a fala, as pessoas e o ambiente num determinado momento, com a contribuição das partes observáveis, levando em conta as significações (conteúdos).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte do estudo dez (10) profissionais da saúde dos Centros de Atenção Psicossocial, divididos entre a equipe do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) com 20 profissionais, e a equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS ADIII), com 62 profissionais em Palmas, Tocantins. Os sujeitos da pesquisa foram 5 (cinco) profissionais do CAPS II e 5 profissionais do CAPS AD III. O período da coleta de dados ocorreu em julho e agosto de 2018.

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

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido com cada participante. A explicação dos objetivos da pesquisa durou cerca de 10 (dez) minutos e em seguida demos início a coleta de dados, com a gravação em áudio. O tempo médio das entrevistas individuais gravadas ocorreu entre 12 (doze) a 30 (trinta) minutos. O tempo total das entrevistas variou entre 10 (dez) a 40 (quarenta) minutos.

Os dados foram coletados seguindo um roteiro de entrevista semiestruturado. Em 8 (oito) encontros com os profissionais, foi possível realizar a coleta de dados que foi gravada e posteriormente foram transcritas na íntegra para análise. As entrevistas foram realizadas nos próprios CAPS, onde 9 (nove) entrevistados organizaram a sala para a realização da entrevista individual respeitando o momento da entrevista para não ocorrer interrupção, e 1 (um) entrevistado demonstrou não estar disponível para a participação da entrevista, demonstrando falta de interesse para marcar dia e hora da entrevista, e pouca preocupação com as interferências externas do ambiente.

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

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

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

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

Já o quadro 1 abaixo apresenta as 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 apresentadas respectivamente no Quadro 1 e Quadro 2.

**Quadro 1.** Unidades de registro identificadas nas entrevistas com os profissionais da Saúde do CAPS II, Palmas, Tocantins, Brasil.

<b>Unidades de Registro</b>	
Direito a ter acesso ao tratamento	Grupos Terapêuticos
Capacidade de relacionamento intrapessoal e interpessoal	Roda de Conversa
Enfrentamento de conflitos	Informação sobre alimentação saudável
Relação saudável consigo e a família	Adesão ao tratamento
Aspectos da vida que influenciam o pensamento e comportamento social	Uso racional da medicação
Serviço diferenciado	Trabalho no CVV
Atendimento às famílias	Manter uma linha de raciocínio entre a Equipe
Visitas domiciliares	Executar o trabalho intersetorial
Encaminhamentos para Centros de Saúde da Comunidade	Desenvolver objetivos em comum
Elaboração do PTS	Olhar integral para o paciente
Profissional como Técnico de Referência	Participar da Reunião de equipe
Realizar atendimento Individual	Discussão de casos clínicos
Realizar o trabalho em Rede	Divisão da assistência – Turno matutino não dialoga com o turno vespertino
Trabalho interdisciplinar	Discursos individualistas
Organização do serviço	Realização de atividades individuais
Discussão de caso clínico	Coordenadora como mediadora de conflitos
Resultado da intervenção com o Paciente	Trabalho gratificante
Sobrecarga de trabalho	Participação dos médicos nos atendimentos
Trabalho que deixa a desejar	Conhecimento sobre o Projeto Terapêutico Singular
Informação sobre agravos	
Realizar palestras	
Gestão ofertar qualidade de vida para os usuários	

**Fonte:** Elaboração do quadro pela autora, a partir das entrevistas com os profissionais da saúde do Centro de Atenção Psicossocial II, Palmas, Tocantins, Brasil.

**Quadro 2.** Unidades de registro identificadas nas entrevistas com os profissionais da Saúde do CAPS AD III, Palmas, Tocantins, Brasil.

<b>Unidades de Registro</b>	
Condição de Vida	Coordenar Oficinas
Estar livre de problemas	Realizar Palestras
Problema Social	Escutar os pacientes
Cura de doenças	Orientação sobre hábitos de Vida
Patologia como as outras	Coordenar Oficinas
Condição Física	Realizar Palestras
Relação paciente/profissional	Ensinar hábitos de vida saudável
Acolhimento	Aprender a lidar com o próprio corpo
Visitas domiciliares	Realizar Grupos
Encaminhamentos para Centros de Saúde da Comunidade	Realizar Oficinas
Elaboração do PTS	Planejar as atividades em conjunto
Profissional como Técnico de Referência	Executar o trabalho em conjunto
Realizar atendimento Individual	Construção do PTS
Realizar o trabalho em Rede	Entrosamento da equipe
Trabalho interdisciplinar	Entrosamento Parcial da equipe
Organização do serviço	Divisão da assistência
Discussão de caso clínico	Realização de atividades individuais
Resultado da intervenção com o Paciente	Não participação da equipe nas reuniões de equipes
Compreensão diferente sobre a PNSM	Dificuldade em executar a proposta da PNSM
Desalinhamento entre equipe e gestão	Conhecimento sobre o Projeto Terapêutico Singular
Equipe com dificuldades de entender a PNSM	Nenhum conhecimento sobre o Projeto Terapêutico
Conversas	Conhecimento Parcial do Projeto Terapêutico Singular
Sensibilizar o sujeito sobre riscos e vulnerabilidades	
Ensinar o usuário sobre o autocuidado	
Redução de Danos	
Escutar os pacientes	
Orientação sobre hábitos de Vida	

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

A partir das Unidades de Registro referentes ao CAPS II e CAPS AD III foram determinadas as Unidades de Contexto, buscando segmentos da mensagem que auxiliaram para a compreensão exata da Unidade de Registro, ou seja, para codificá-las, conforme Quadro 3 e Quadro 4.

**Quadro 3.** Unidades de Registro e Unidades de Contexto identificadas nas entrevistas com os profissionais da saúde do CAPS II Palmas, Tocantins, Brasil.

UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Direito a ter acesso ao tratamento Capacidade de relacionamento intrapessoal e interpessoal Enfrentamento de conflitos Relação saudável consigo e a família Aspectos da vida que influenciam o pensamento e comportamento social Atendimento às famílias Serviço diferenciado Elaboração do PTS Profissional como Técnico de Referência Realizar atendimento Individual Realizar o trabalho em Rede Trabalho interdisciplinar Organização do serviço Discussão de caso clínico Resultado da intervenção com o Paciente	<i>Entendimento sobre o conceito de saúde mental</i>
Trabalho que deixa a desejar Informação sobre agravos Realizar palestras Gestão ofertar qualidade de vida para os usuários Grupos Terapêuticos Roda de Conversa Informação sobre alimentação saudável Adesão ao tratamento Uso racional da medicação Psicoterapia individual Trabalho de consciência corporal Trabalho no CVV	<i>Atividade voltada para a Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças</i>
Manter uma linha de raciocínio entre todos da Equipe Atuação interdisciplinar Apoio da outra área de atuação Desenvolver objetivos em comum Olhar integral para o paciente É um trabalho muito bom Participar da Reunião de equipe Participar da Discussão de casos clínicos Entrosamento da equipe Entrosamento Parcial da equipe Divisão da assistência – Turno matutino não dialoga com o turno vespertino Discursos individualistas Realização de atividades individuais Papel da Coordenadora como mediadora de conflitos Trabalho gratificante	<i>Entendimento sobre o Trabalho em equipe</i>
<b>Projeto Terapêutico Singular</b>	<i>Instrumento de Trabalho</i>

**Fonte:** Elaboração do quadro pela autora, a partir das entrevistas com os profissionais da saúde do Centro de Atenção Psicossocial II, Palmas, Tocantins, Brasil.

**Quadro 4.** Unidades de Registro e Unidades de Contexto identificadas nas entrevistas com os profissionais da saúde do CAPS AD III Palmas, Tocantins, Brasil.

<b>UNIDADES DE REGISTRO</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>	
Condição de Vida	<b>Entendimento sobre o conceito de Saúde Mental</b>	
Estar livre de problemas		
Problema Social		
Cura de doenças		
Patologia como as outras		
Condição Física		
Sensibilizar o sujeito sobre riscos e vulnerabilidades	<i>Atividade voltada para a Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças</i>	
Ensinar o usuário sobre o autocuidado		
Redução de Danos		
Escutar os pacientes		
Orientação sobre hábitos de Vida		
Coordenar Grupos Terapêuticos		
Manutenção sobre a Saúde		
Realizar Palestras		
Informação sobre agravos		
Ensinar hábitos de vida saudável		
Aprender a lidar com o próprio corpo		
Elaboração do PTS		<i>Entendimento sobre o Trabalho em equipe</i>
Profissional como Técnico de Referência		
Realizar atendimento Individual		
Realizar o trabalho em Rede		
Trabalho interdisciplinar		
Organização do serviço		
Discussão de caso clínico		
Resultado da intervenção com o Paciente		
Compreensão diferente sobre a PNSM		
Desalinhamento entre equipe e gestão		
Equipe com dificuldades de entender a PNSM		
Relação paciente/profissional		
Acolhimento		
Planejar as atividades em conjunto		
Executar o trabalho em conjunto		
Apoio da outra área de atuação		
Desenvolver objetivos em comum		
Participar da Reunião de equipe		
Entrosamento da equipe		
Entrosamento Parcial da equipe		
Divisão da assistência		

Não participação da equipe nas reuniões de equipes	
Conhecimento sobre o Projeto Terapêutico Singular	<i>Instrumento de Trabalho</i>
Conhecimento Parcial do Projeto Terapêutico Singular	
Nenhum conhecimento sobre o Projeto Terapêutico Singular	

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

**Quadro 5 - Apresentação das categorias encontradas após análise das entrevistas**

<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>	<b>CATEGORIAS FINAIS DE ANÁLISE</b>
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- Entendimento sobre equipe multiprofissional</i>
Instrumento de Trabalho Interdisciplinar	<i>IV- Conhecimento sobre o 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, relacionadas à Política Nacional de Saúde Mental e Portaria Ministerial nº 336/12, conforme as categorias abaixo.

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

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

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

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

#### **4.1 ENTENDIMENTO SOBRE SAÚDE MENTAL**

Esta categoria apresenta o nível de entendimento que os profissionais da saúde mental têm sobre a área que atuam.

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

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

A mudança de perspectiva teve avanços quando Basaglia et al. (2005) questionaram o conceito de doença mental defendido pela psiquiatria como um conceito limitado. Ao estigmatizar o sofrimento mental, a psiquiatria reduziu o sujeito doente.

Esses autores, afirmaram ainda que a psiquiatria se ocupou da doença e colocou o doente mental entre parênteses. Com isso, foi proposto a inversão: colocar a doença mental entre parênteses e tratar/cuidar do sujeito doente. Neste sentido, o conceito de doença mental passou a ser questionável. Segundo Amarante (1996), o que Basaglia et al. (2005) referiam-se foi à individualização da pessoa doente, ou seja, ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença (AMARANTE, 1996).

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 as mudanças do setor de saúde no cenário nacional, a assistência à saúde mental passou a operar na perspectiva psicossocial, que buscou evidenciar o sujeito e desconstruir o lugar da doença/loucura cunhado há séculos apenas pela intervenção do saber psiquiátrico (MELO; ESPERIDIÃO, 2012).

Com isso, o conceito de saúde mental passou a ser mais amplo, a partir da contribuição de diversas áreas como a psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, entre outras, que vêm ganhando espaço em diversos serviços de saúde. Neste sentido, a OMS afirma que “as diferenças culturais, valores subjetivos e teorias relacionadas afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Diz ainda que saúde mental é um “termo usado para descrever o nível, de qualidade cognitiva ou emocional do sujeito, podendo incluir a capacidade do indivíduo apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica” (OMS, 2012).

O entendimento do conceito de saúde mental na perspectiva psicossocial foi compreendido por 4 (quatro) profissionais entrevistados nesse estudo conforme as falas abaixo:

*“[...] Saúde mental é estar bem psicologicamente né, é hoje é incluso pela definição de saúde a questão pelo bem estar psicossocial. Então, é estar bem mentalmente né, [...] é estar bem não significa estar livre de problemas ou alguma coisa, é saber lidar, é saber enfrentar dificuldades do dia-a-dia enfim é isso ai, é estar bem para enfrentar as dificuldades do dia a dia. [...]” (E1).*

*“[...] É muito complexo, né, a saúde mental. Saúde mental a gente entende como uma condição da vida, né. Se você tem condição física, você tem condição mental. Outros preferem dizer também que existe saúde mental, mas como a gente trabalha com a perspectiva científica, né, então a gente entende que a saúde física é a saúde mental, né. Saúde mental, né, todos temos, é que se deparar com essa questão. Todos ne se deparam com essa questão da saúde mental. Saúde não tem crédulo, não tem corpo, condição social, condição que todos temos ” (E3).*

*“[...] Saúde mental assim, como eu estou atuando a pouquíssimo tempo eu tô, eu venho mudando um pouco a minha percepção sobre saúde mental, sobre a atuação em saúde mental, então assim. Tudo que é relacionado aaah, ao funcionamento, ao funcionamento do nosso corpo que diz respeito aos nossos sentimentos, as nossas emoções, as nossas reações, né, diante das coisas da vida éeee, isso pra mim tudo tem a ver com saúde mental. Todo esse campo que não é muito palpável assim, do ponto de vista fisiológico assim né, orgânico, a gente tem mais habilidade assim, vamos dizer e principalmente com relação a quem atua na área da saúde ne, é muito assim do físico, né, do corpo, do funcionamento do corpo, né[...].” (E5).*

*“[...] Saúde Mental é dar ao indivíduo que tem Transtorno Mental é o direito ter acesso a tratamento e continuar tendo a sua vida normalmente e sendo tratado, e tendo a sua saúde, é, da maneira que a doença possibilita normal dentro da normalidade dele” (E6).*

Observa-se, que o conceito de saúde mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais (OMS, 2016). Os profissionais conseguiram 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. Percebe-se que muitos profissionais ainda apresentam um discurso confuso sobre o conceito de saúde mental, ainda com a compreensão de seguir um protocolo definido, o que subentende que existe várias assistências dentro de um serviço só. Como podemos ler no relato da entrevista do profissional E2:

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

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.

## **4.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

Nesta categoria falaremos sobre a promoção da saúde e prevenção de doenças, assim como descrever as ações que os profissionais executam em sua rotina.

O ser humano tem buscado explicar a origem da doença há milhares de anos, e o problema só se tornou mais pronunciado quando as pessoas começaram a viver em áreas muito populosas. À medida que a população saía do campo em busca de trabalho, as cidades ficaram populosas e cresciam, também a diversidade de doenças, juntamente com uma variedade de tentativas de evitá-la.

Somente no século XIX, as pessoas realmente começaram a entender o processo saúde/doença e passaram a questionar os tipos de tratamento que os ricos recebiam, ou seja, o tratamento médico e a maioria da população, os trabalhadores e pobres eram tratados por outros métodos usados por benzedeadas e também com a ajuda de caridade para o tratamento de suas doenças. A partir disso, várias medidas foram tomadas para evitar a disseminação das doenças, bem como promover comunidades mais saudáveis,

onde foram preconizados desde a higienização das mãos até a pasteurização de produtos lácteos para consumo (BENEDETTI, 2012).

O conceito de saúde já não era apenas a ausência de doenças, mas, segundo a OMS (2012) estar saudável é mais do que estar livre de doenças. Após várias discussões a nível internacional, a organização criou um conceito de que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Sendo assim,

“a saúde plena é uma forma de total bem-estar, alcançado não apenas através da prevenção ou do tratamento de doenças, mas sim através de qualidade de vida, incluindo emocional e social”.

No âmbito nacional, as políticas de saúde começaram a existir com a contribuição do Movimento da Reforma Sanitária, a Constituição Federal de 1988, a redemocratização do país e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei Nº 8080/90), para os quais está presente tanto o conceito ampliado de saúde como a valorização das ações em promoção da saúde.

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 de acesso a informação e educação, marginalização, fome, uso abusivo de drogas, marginalização, urbanização desenfreada, poluição da água e do ar (ALMEIDA, 2013).

A Prevenção de Doenças, entretanto, surgiu do movimento da medicina preventiva no período de 1920 nos países desenvolvidos, em um contexto de crítica à medicina curativa. O conceito de Prevenção de Doenças está relacionado a medidas tomadas antes do surgimento ou agravamento de uma condição mórbida ou de um

conjunto dessas (LEFEVRE, 2004). Portanto, prevenir também significa agir para que a doença se manifeste de forma mais branda no indivíduo ou no ambiente coletivo.

Os profissionais E5, E2, E7, falaram com muita propriedade sobre o conceito de prevenção de doenças, porém, deixaram a desejar quanto ao conceito de promoção da saúde, como pode ser lido em suas falas:

*“[...] São ações, Prevenção de Doenças são ações que a gente faz principalmente pra evitar que a doença aconteça, por exemplo, é, se a gente trabalha com vacinação com, é exames preventivos, é, até mesmo com informação de alguns agravos, por exemplo, trabalhar sobre prevenção do alcoolismo, do tabagismo, pra gente evitar que aquela doença que aquele agravo se instale. Agora, Promoção da Saúde é a gente trabalhar numa parte mais ampla da vida da pessoa pra que ela tenha condições de ela mesma dentro do seu protagonismo, ela tomar atitudes e consciência de ações que vão trazer um benefício pra que ela evite que ela fique doente. Então por exemplo, se eu faço uma atividade de lazer ou de promover alguma atividade física ou você fazer alguma coisa relacionado a meditação são coisas que vão trazer bem-estar pra Você e que isso vão levar a você de alguma forma melhorar o seu estado, ne de saúde e evitar doenças, mais você está promovendo ali um bem-estar da pessoa. [...]” (E5).*

*“[...] No sentido de saúde mental é, esse é um dos nossos objetivos, NE, promover a saúde mental, né, dai por isso a gente tá buscando isso, acho que a saúde mental de uma forma geral tem buscado isso aí, essa promoção dessa saúde, e a gente aqui da saúde mental, aqui tem feito tudo o que a gente tem aprendido como redução de danos, né, uma forma de promover a saúde mental para eles, a gente trabalha muito com a redução de danos, então é isso que a gente tem feito aqui, promover essa saúde. Prevenção de doenças é o que a gente mais tem trabalhado em cima por que eles são pacientes vulneráveis, e a gente tem feito um trabalho assim em cima pra questão dessa prevenção mesmo que é a redução de danos, né. Às vezes a gente não consegue aquele tratamento completo naquele momento, mas a gente tenta promover aquilo que vai fazer bem para o paciente, aonde vem a ter as consequências serem menos para eles, serem reduzidas para eles para promover uma saúde melhor não só através da medicações, não só através desse tipo de tratamento, mas aquelas que levam o paciente a entender através das oficinas, das palestras, do incentivo e do esclarecimento e fazer com que eles entendam realmente sobre a necessidade do auto cuidado mental, físico, social. A gente tem feito esse*

*trabalho com eles, até assim o individual, né, Eu e o paciente; Paciente e Eu [...]” (E2).*

*“[...] Promoção da saúde eu acredito que seja, são, é você vai usar algumas ferramentas para promover melhor bem estar para aquele indivíduo. Não significa que o melhor para você seja o melhor pra mim, então é você usando os recursos pra promover o bem estar daquela pessoa, né. A nível mental, né, físico, essas coisas. E prevenção você já estabelece as doenças e você já sabe como elas aparecem. Então você vai atuar já em cima, é uma coisa mais, acredito que é mais, um pouco de protocolo, não é? Você vai prevenir aquele agravo. Prevenção do suicídio, você já tem o perfil de quais são os pacientes que né, tenham esse perfil e vai trabalhar em cima disso. A promoção não, eles podem ser pessoas já doentes, ou não independente do tipo de doença, e você vai promover o bem estar pra ela através de varias ferramentas [...]” (E7).*

O Brasil tem se esforçado bastante na construção de um modelo de atenção a saúde que enfatize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos. Estas ações envolvem as três esferas do governo, juntamente com ações articulada entre todos os setores da sociedade sejam públicos ou privados. Nesta linha de responsabilidades, recaem também aos profissionais de saúde os desafios sanitários tais como (BRASIL, 2013):

*“a promoção da saúde, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, redução de danos, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento”.*

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

*“[...] Sim, a gente tem consulta de enfermagem, né, e a gente tenta é, fazer algumas orientações, é a partir do vínculo com ele também É, conversar, é quando você tem mais uma proximidade com ele, e sabe do dia-a-dia da vida dele, por exemplo, aonde ele está inserido pra fazer o consumo, né, e a partir dai você faz algumas orientações. E eu tenho o grupo de mulheres que a gente*

*trabalha esta questão também de sensibilizar sobre os riscos e vulnerabilidades, a partir daí que eu acho que eu consigo ofertar promoção de saúde na minha atuação [...]” (E1).*

*“[...] Eu fico com um grupo que é de prática corpora, estamos introduzindo esse grupo, essa atividade de grupo aqui na grade das atividades do CAPS que é uma prática corporal da medicina tradicional chinesa chamada “Lian Cun”. Então eu que to responsável por conduzir esse grupo. Então a gente já fez o treinamento com alguns profissionais aqui do CAPS em parceria com a secretaria ne, de saúde, é a parte de Promoção de Saúde da secretaria. Então a gente já treinou alguns profissionais e aí a gente tá trazendo essa prática pra cá. E começou o que, começou agora em Julho, tem mais ou menos 1 mês que a gente tá fazendo. Então é o que eu fico ligada diretamente, NE, mais a enfermagem também tem algumas outras atividades de grupo que ela promove aqui e que são voltadas para a Promoção da Saúde. Tem um grupo que se chama bem estar que a gente traz mesmo discussão sobre temas ligados a saúde, a Prevenção de Doenças, a discussão de Promoção. Esse grupo acontece 1 vez por semana, ele é de responsabilidade da enfermagem, a condução, o planejamento e a condução das atividades [...]” (E5).*

*“[...] Meu grupo é pra isso, meu grupo de fisioterapia na sexta feira é pra isso por que eles, alguns ficam muito acamados, medicação muito a longo prazo, então tem dificuldade de locomoção. Então ele serve pra isso pra trabalhar a consciência corporal, é bem, é, por que eu não filmei na época, mais relatos deles é bem diferente. Você pedia pra eles, estica o braço, eles não sabiam o que era esticar o braço, então você tinha que mostrar. Hoje não, então melhorou bastante a nível de consciência corporal, a interação entre eles também né. Existe troca é o momento em que não fica pensando na saúde mental deles, então a gente joga bola, né. Faz trabalho de estresse terapia com bola, bastão, jump, aqui tem bastante coisa. Então eu acho que é o momento que eles esquecem um pouco do Transtorno, e pensam em outras coisas. É um grupo bem leve, e, eu acho que, desde que eu entrei funciona, eles vem certinho, e vai [...]” (E7).*

Além disso, os profissionais **E6** e **E9** compreendem que as 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 aaahhh, a gente peca um pouco nisso. Eu sou uma pessoa que gosto muito, eu gosto de trabalhar a questão da prevenção. Aaah, só que aqui no CAPS como a gente tem uma equipe reduzida. [...] Então fica muito complicado trabalhar a promoção e prevenção. AAAhhh, apesar de eu gostar muito, eu me vejo muito mais apagando incêndio. Não só eu a verdade, mas a equipe inteira. [...] Então isso gera uma demanda muito grande, e acaba que a gente se vê muito apagando incêndio, sabe. Eu tô vendo aquilo que é prioritário, ou quem tá precisando mais. Aaaaah recebendo paciente que acabou de sair da internação. Então um trabalho efetivo de prevenção não tem assim, então não tem assim, o próprio grupo de família, eles assim tem esse intuito, né. E a gente percebe assim que os familiares assim quando eles participam, todas as vezes que eles participam do tratamento mesmo que de uma forma assim indireta não em terapia familiar, eles melhoram mais rápido, esses pacientes. Eu tenho esse dado assim que do grupo de família. [...] Então assim até a questão da prevenção, as vezes é difícil, não só por conta da nossa equipe ser reduzida, mas por conta do próprio público que a gente atende. Eles acabam também nos solicitando e vindo mais aqui também quando eles estão achando que precisam da gente. Quando precisam de uma medicação quando precisam de um atendimento. E aí qualquer estabilizada, e qualquer melhorada, eles somem do CAPS [...]” (E9).*

Os modos de viver ainda têm sido abordados em perspectivas individualizantes, fragmentária e reducionistas, colocando o indivíduo e as diversas comunidades como os responsáveis pelas várias mudanças ocorridas no processo saúde-adoecimento ao longo dos séculos (ROZEMBERG; MINAYO, 2001).

Considerando as discussões sobre a Promoção de Saúde, propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu objetivo, tomando como objeto os problemas e as necessidades sociais de saúde, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem trabalhar no território e intersetorialmente, acontecendo sobre as inúmeras condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades (BRASIL, 2010).

De acordo com a entrevistada E9, há compreensão sobre como deveria acontecer a articulação com outros dispositivos do território em saúde no município de Palmas, como fica claro em sua fala:

*“[...] Então, o trabalho de prevenção eu acho que tem que existir, mas ele tem que existir muito em parceria com a atenção primária nos próprios NASF, por que o CAPS é longe pra muita gente, mas só tem 1 CAPS aqui né. [...]. Eu diria da prevenção aconteceria no território por que ai, a pessoa ta bem, e o CSC fica do lado da casa dela, então entendeu, é mais fácil fazer um trabalho de manutenção e prevenção e tal. Então é mais fácil ela ir no NASF que é pertinho da casa dela do que ela se deslocar ate aqui. Então essa tentativa tem acontecido, não é fácil também sabe, por que as próprias equipes dos CSC tem bastante dificuldade em trabalhar com saúde mental, elas preferem trazer todo mundo pra Ca. Tem pacientes aqui poderiam muito bem serem absorvidos no NASF. E, mais por este estigma da doença mental, eee de os próprios profissionais dos CSC não saberem o que fazer, inclusive na recepção, entende, eles não sabem manejar. [...]” (E9).*

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

Com a publicação da PNSM amparada pela Lei Federal N° 10.216/2001 e a publicação da Portaria N° 3088/11, o atendimento em saúde mental passou a ser ofertado em Rede que preconiza aos profissionais de saúde mental diversificar as ações

orientadas para prevenção, respeito aos direitos humanos, promoção da saúde, garantia do acesso e qualidade do serviço, diversificação das estratégias de cuidados, e redução dos riscos e danos associados ao consumo inadequado de substâncias psicoativas (Brasil, 2013a).

#### **4.3 ENTENDIMENTO SOBRE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

Nesta categoria buscou-se compreender o entendimento que os profissionais dos 2 (dois) CAPS, CAPS II e CAPS AD III têm sobre equipe multiprofissional destacando as facilidades e dificuldades em desenvolver a assistência à saúde mental nesses dois locais.

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi um movimento que impulsionou as discussões sobre a reorganização da assistência psiquiátrica. A assistência psiquiátrica procurou descentralizar as ações do manicômio proporcionando um novo olhar, um olhar biopsicossocial, em que os serviços fossem dispositivos incluídos na comunidade, no território vivido, ou seja, visto de forma integral, considerando sua história, família e rede social, oferecendo tratamentos mais humanizados, com viés para a interdisciplinaridade. Desse modo, as equipes de saúde conquistaram uma voz ativa como uma maneira de buscar a integralidade das ações e melhorias na qualidade dos serviços (AMARANTE, NUNES, 2018).

Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica Brasileira buscou mudanças importantes na assistência ao paciente portador de transtornos mentais e pacientes com histórico de dependência química, como a criação de instituições extra hospitalares tais como o CAPS e a defesa do trabalho interdisciplinar.

As portarias N° 336/2002 e N° 3.088/2011 promulgadas nos anos de 2002 e 2011 solidificaram o trabalho em rede aberta, conectado com os diferentes setores da vida pública. Os CAPS passaram a ser o serviço ordenador da atenção em saúde mental e visa à retomada da vida cotidiana de seus usuários, em um modelo inclusivo e com olhares multiprofissionais (BRASIL, 2002).

Os Centros de Atenção Psicossocial são ancorados nas noções relativas a um espaço de convivência, criatividade, construção de vida que, ao invés de somente medicalizar e disciplinar. Além disso, acolhe, cuida e estabelece conexão com a sociedade. As atividades desenvolvidas são aquelas realizadas individualmente ou em

grupo e nelas se destacam a escuta, o acolhimento, o estímulo para a vida, para autonomia e para a cidadania (ROCHA, 2005). De acordo com Amarante (1995):

“no rastro da reforma psiquiátrica, a defesa da interdisciplinaridade e a exigência das equipes multiprofissionais nas políticas públicas transformam-se em estratégia de superação do modelo manicomial, posto que a exclusividade da narrativa biomédica sobre a loucura e a noção de doença mental, enquanto categoria tão somente médico-científica, foram problematizadas.

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

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

Os entrevistados E5, E7, E8, relataram ter a compreensão do trabalho em equipe multiprofissional, como fica claro em suas falas:

*“[...] Toda e qualquer atividade onde envolva é um grupo de pessoas ne com os mesmos objetivos, éeee realizando ne alguma atividade que tenha seja um planejamento em conjunto seja a execução em conjunto que você passa a avaliação daquela atividade em conjunto e que tenha um objetivo em comum praquele grupo que está ali. Então é que a equipe toda que aquele grupo de pessoas, elas desde pensar o objetivo, planejar a execução da atividade, executar a atividade, reavaliar a atividade ver os pontos positivos, os pontos negativos essa questão do feedback que reúna né um grupo de pessoas, é um trabalho em equipe [...]” (E5).*

*“[...] Eu entendo, acredito que trabalho em equipe é você esquecer as suas particularidades pessoais né, por exemplo, eu posso não dar certo com você, mas a gente a nível de equipe tem que trabalhar o melhor para aquele usuário. Adaptar né, a gente não precisa ser amigo de ninguém, mas trabalhar com respeito em equipe para o melhor desenvolvimento daquele paciente, né que é o objetivo nosso que nós estamos trabalhando, né para um ser humano. Acho que equipe é mais ou menos nesse sentido [...]” (E7).*

*“[...] Ah eu entendo que assim, o trabalho em equipe é bem, bem promocional né. Você discutir um caso com a equipe. A equipe um ajudando o outro, né, cada um na sua área né, mais um ajudando o outro discutindo. Eu entendo que seja assim. Pra mim é uma coisa muito boa, eu sempre trabalhei em equipe [...]” (E8).*

O entendimento sobre o conceito de equipe multiprofissional pode-se afirmar que os entrevistados souberam 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, E5 e E6:

*“[...] Boa pergunta né, boa pergunta. É um desafio, a gente se depara com muitas assistências, muito ciclos de assistências, né. Não existe uma política municipal, né que seleciona, [...] que tenha identificação com a Portaria. E aí assim, os diálogos ficam muito travados, muito truncados. A gente fala linguagem diferentes, tem compreensões diferentes, então assim, é o espaço de trabalho é potente, o problema é que a equipe ela é, fala linguagem diferente do mesmo fenômeno. Cada um tem um entendimento, muitas vezes um tem um entendimento, um tem uma abordagem biomédica, as vezes até tem uma visão da Portaria, só que não consegue trabalhar com a saúde mental, né. Não tem uma visão de saúde mental. Então assim, os desafios são homéricos. São enormes, né. São poucas pessoas que conseguem fazer manejo do fenômeno, né são poucas pessoas que se disponibilizam a sentar e fazer uma discussão de caso, né. E isso se reflete no serviço né [...]” (E3).*

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

*que a minha equipe é só Eu e a Luciana, e a gente tem entrosamento. Rrsrs[...]*” (E4).

*“[...] Existe porém, éee nem em todas as atividades. Eu penso que algumas atividades elas tão sim a gente reúne o grupo pra fazer discussão de casos pra fazer, pra elaborar atividades em conjunto, mas ainda existe uma separação uma, inclusive de entendimento, até mesmo do objetivo do CAPS, né, do objetivo da estrutura da oferta da assistência do CAPS por exemplo, o CAPS ele trabalha com redução de danos nem todas as pessoas que trabalham no CAPS tem o mesmo entendimento sobre o que seria redução de danos, e planejam juntos atividades para redução de danos aqui. Então as vezes uma equipe, um grupo de pessoas, ne ou uma categoria profissional tem o entendimento, planeja atividades em uma linha e outro grupo de outra categoria profissional já entende diferente e as vezes de forma contrária. Então as vezes isso dificulta bastante aqui o trabalho algumas vezes. Ainda não tem essa coesão, principalmente sobre ne a Política sobre o que realmente a função, o objetivo do CAPS dentro da Rede ne Psicossocial [...]”* (E5).

*“[...] 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 não sabe pedir e nem respeitar a opinião do outro profissional, por n julgamentos, mas hoje eu posso dizer que o trabalho em equipe é bem mais reduzido, bem menor hoje você tem que escolher o profissional que você vai buscar esse apoio não é todo mundo que você vai buscar esse apoio em equipe [...]”* (E6).

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

Conforme o relato acima, o sujeito E4 considera que exista 2 (duas) equipes dentro do serviço de saúde mental. A equipe que o profissional participa. E, pode-se afirmar que o trabalho “desta” equipe está reduzido e fragmentado a sua especialidade, e em 2 (duas) pessoas apenas. Percebe-se em sua fala que ao fazer menção à outra equipe, subentende que a outra equipe seria a equipe multiprofissional.

Outro fator de preocupação nas equipes de saúde é a resistência ao novo. Percebe-se no relato do entrevistado E6 que existe uma resistência no momento que um novo integrante chegou 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.

Como bem relatado pelo entrevistado E5, há uma dificuldade da equipe em desenvolver uma intercomunicação clara, objetiva e não contraditória. Precisa existir espaço no processo para a autocrítica e para a avaliação periódica dos resultados esperados, para que assim a equipe possa se caracterizar como integrada. Os autores Saraceno et al. (1994) apontam que o trabalho individual, isolado, a atitude defensiva e a repetição estereotipada das intervenções contribuem, e muito, para que uma equipe não seja integrada.

#### **4.4. CONHECIMENTO SOBRE O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

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

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

O PTS é o instrumento de trabalho essencial da assistência à saúde mental construído entre equipe de saúde, usuário e quando possível, há também a participação da família. As novas estratégias de cuidado em saúde mental necessitam que as equipes conheçam, se apropriem e desenvolvam novas formas de organização do cuidado em saúde, diferentes daquelas tradicionalmente utilizadas nos serviços ambulatoriais (JORGE, et. al., 2015). No momento da entrevista, o sujeito E3 afirmou conhecer o PTS

e considerou que o Projeto deve ser o norteador para construção do projeto de vida do usuário, como fica claro em sua fala:

*“[...] Conheço, e assim é um norteador. É fundamental que vai delinear o projeto dele. A gente não vive sem um projeto. O ser humano não se constitui sem um projeto de vida. Então a gente entende o projeto, né, terapêutico,[...] nós somos um projeto. Se a gente não tem um projeto de vida, a gente não tem uma razão de ser. A gente não sabe pra onde vai, não tem um norteador, não sabe o que a gente quer né [...] então a gente entende o projeto como o caminho é, que eu desenhei que eu projetei que eu sonhei, e que eu vou cada dia, construir um pedacinho desse projeto [...] (E3).*

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

O modelo atual de atenção psicossocial tem como características a valorização do saber e das opiniões dos usuários/famílias na construção do Projeto Terapêutico Singular; a partir daí, conjuntamente, criam-se estratégias de como propiciar o tratamento terapêutico mais adequado à realidade do paciente (PINTO et al., 2011). Mesmo com a proposta terapêutica ter avançado na saúde mental, ainda existem profissionais que não conhecem o PTS e trabalham apenas dentro da sua especialidade, como o entrevistado E4 relatou abaixo:

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

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

## 5. CONCLUSÃO

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.

A partir do conceito de saúde mental, foi possível entrar em contato com as diversas concepções que os profissionais vêm construindo sobre o conceito de saúde mental. Nesse sentido, percebe-se que há profissionais que conseguem entender a reorganização do modelo de atenção: o psicossocial. Também ficou claro a importância que os profissionais atribuem ao modelo de assistência comunitário, e territorial prestada à população de Palmas.

Porém, ainda existem práticas de saúde desenvolvidas nos serviços de saúde mental pautadas na lógica da verticalização de conhecimentos, em relações fragmentadas e hierarquizadas. Embora isso venha sofrendo mudanças pontuais, o paradigma biologicista ainda está impregnado na atuação dos profissionais.

A Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças são estratégias conhecidas pelos profissionais entrevistados e desenvolvidas nos CAPS e no território através de conversas, informações sobre hábitos de vida saudáveis, realização de grupos, oficinas, palestras, informações sobre redução de agravos e trabalho desenvolvido no Centro de Valorização da Vida. Entretanto, não são atividades prioritárias para a equipe devido à sobrecarga de trabalho, equipe reduzida, falta de espaço físico adequado e equipe pouco coesa.

Quanto ao entendimento sobre equipe multiprofissional enfatizando as facilidades e dificuldades ao realizar a assistência à saúde mental. Observou-se que os entrevistados sabem relatar a proposta do trabalho em equipe, porém na prática, há várias assistências dentro do serviço. Há profissionais que não entendem como trabalhar a redução de danos, não entendem o trabalho em rede, desenvolvendo trabalhos fragmentados e voltados para a suas especialidades. Outros profissionais não estão disponíveis para participarem de estudos de casos clínicos, percebe-se diálogos travados, entre profissionais pela dificuldade de se despir de seus próprios conceitos, preconceitos, e saírem da “zona” de conforto, e ter diálogos flexíveis, com estratégias

terapêuticas flexíveis, aceitar ideias diferentes, e acolher toda a equipe do serviço de saúde mental.

Vimos que a maioria dos profissionais conhece o Projeto Terapêutico Singular, desenvolvem conjuntamente estratégias terapêuticas no território e são articuladas buscando a reabilitação psicossocial do indivíduo. Também vimos que não é construído PTS para todos os usuários do serviço de saúde mental. Nestes casos, um Plano de Cuidado é construído dentro das responsabilidades do CAPS pela sobrecarga de trabalho, equipe reduzida. Mesmo com a proposta terapêutica ter avançado, ainda existem profissionais que não conhecem o instrumento de trabalho interdisciplinar e trabalham apenas dentro da sua especialidade, e isoladamente.

A maioria dos entrevistados desta pesquisa demonstrou conhecimento sobre a PNSM, sobre as Portarias e mudanças no modelo de atendimento após a Reforma Psiquiátrica Brasileira, entretanto, as práticas em saúde ainda estão fragmentadas, centradas no modelo biomédico, hierarquizadas, individualizadas, e isoladas por especialidades. Há inúmeras queixas sobre o trabalho em equipe, como discursos individualistas, não conseguir trabalhar por falta de empatia pessoal, por isso, há divisão da equipe, e várias assistências dentro do serviço, sobrecarga de trabalho, equipe reduzida, atendimento de demandas que não são para o CAPS, a falta de segurança dentro do trabalho quando recebem pacientes em crise.

Diante destas interpretações, há muito a avançar na assistência à saúde mental no município de Palmas.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Realizar atividades em equipe com ações interdisciplinares, construir Projeto Terapêutico Singular ou Plano de Cuidado 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, percebi como há divergências entre a teoria e a prática cotidiana. Os profissionais conseguem entender, visualizar a importância do modelo de atenção comunitário, porém a presença de diferentes assistências, modos de pensar dentro do serviço que tornam a prática muito longe que é proposto na Política de Saúde Mental.

Penso que parte da melhoria de uma instituição, precisa partir da atuação de cada CAPS, de cada profissional, sabendo que cada dia é um novo dia dentro dos serviços de saúde mental. Não há protocolos definidos dentro desses serviços. Esses apontamentos refletem sobre a organização técnica-assistencial do município 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) - Universidade Federal de Santa Catarina. 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) - Universidade Federal de Santa Catarina, 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.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 132 p, 2000.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6 :2067-2074, 2018.

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

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.

BENEDETTI, C. G. **O direito à saúde dos trabalhadores em uma sociedade em transformação: conquistas, desafios e perspectivas**. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Vale do Rio dos Sinos, 208 p., 2012.

BRASIL. Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**, Brasília, 1990.

BRASIL. LEI N° 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**, Brasília/DF, abr. 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília/DF, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 336 DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. **Institui as diretrizes que define a estrutura e organização dos CAPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, Brasília/DF: 2002.

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. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília/DF, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3º ed. Brasília/DF, 2010.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 3088, 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)**, Brasília: 2011a.

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.

CARVALHO, L., BRANDÃO, B. Dimensão Ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. **Interface comun. saúde educ**, v. 20, n. 57: 313-323, abr.- jun. 2016.

CLAUDINEI, J. G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Bras Enferm**, v. 57, n. 5: 611-4, set - out; 2004.

FERREIRA, J. T.; MESQUITA, N. N. M.; SILVA, T. A.; SILVA, V. F.; LUCAS, W. J.; BATISTA, E. C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. **Rev. Saberes, Rolim de Moura**, v. 4, n. 1, 72-86, 2016.

FILHO, N. A.; COELHO, M. T. Á.; PERES, M. F. T. O conceito de saúde mental. **Revista USP**, São Paulo, n. 43, p. 100-125, 1999.

FRANÇA, S. A. M.; ZANETTI, F. O processo de desospitalização dos pacientes psiquiátricos e seus possíveis desdobramentos na cidade de Assis – os pacientes. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 1, n. 1, 2002.

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.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: **PITTA, A. M. F.** (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. Editora HUCITEC, 1996

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Promoção de saúde: a negação da negação. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, sept./oct., 2005. 166 p.

LIMA MT, NOGUEIRA FMD. **O Modelo Brasileiro de Assistência a pessoas com Transtornos Mentais: uma revisão sistemática da literatura**. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 26(1): 128-138, jan./mar., 2013 129.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE 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.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Portal da Saúde. 2010. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25076](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25076). Acesso em: 22 nov. 2012.

PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A.; VASCONCELOS, M. G. F.; CAVALCANTE, C. M.; FLORES, A. Z. T.; ANDADE, A. S. Projeto Terapêutico Singular na Produção do Cuidado Integral: uma construção coletiva. **Texto Completo Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3: 493-302, 2011.

ROTELLI, F. **Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste**. In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciênc. saúde coletiva**, v.6, n. 1: 115-123, 2001.

SCHEFFER, G., SILVA, L. G. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun, 2014.

SILVA, Danielle Silveira da. Apoio matricial em saúde mental: uma análise sob ótica dos profissionais de saúde da atenção primária. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. n.6: 20-27, 2011.

SILVA, N. S., MELO J. M., ESPERIDIÃO, E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. **Rev. Min. Enferm**, v. 16, n. 2: 280-288, abr./jun., 2012.

SOUZA, A. C. S, RIBEIRO, M. C. R. A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 91-98, 2013.

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.

## APÊNDICA A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **“Compreensão dos profissionais da saúde mental do município de Palmas/TO quanto aos desafios da assistência”** sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Terra de Araújo Rodrigues, orientada pela professora Dra. Marta Azevedo dos Santos. O objetivo desse projeto é analisar a compreensão dos profissionais da saúde mental do município de Palmas/TO quanto aos desafios da assistência.

Sua participação é voluntária e se dará por meio em responder uma entrevista com 12 questões com duração de aproximada de uma hora e meia. As entrevistas serão realizadas em sala reservada anteriormente, para a coleta de dados, no CAPS e serão gravados. Esclareço que se em algum momento houver algum tipo de constrangimento no decorrer da entrevista, o gravador poderá ser desligado e a mesma interrompida e você não precisa finalizá-la e não haverá ônus para você.

Se você aceitar participar desse projeto, estará contribuindo para a melhor reflexão e entendimento dos desafios que implicam na assistência à saúde mental no município de Palmas/TO.

Os riscos decorrentes de sua participação nessa pesquisa eventualmente poderá ser um leve constrangimento, inibição por uso de gravador, vergonha em responder alguma questão, que poderão suscitar lembranças desagradáveis relacionadas ao processo de trabalho ou inclusive questões pessoais, como: sentimento de invasão de privacidade, nervosismo que podem vir à tona. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

O participante terá garantia de acesso aos resultados e a sua participação trará um benefício extremamente importante para a realização da pesquisa que apresenta grande relevância acadêmica e social.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se após o consentimento em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou após a coleta dos dados,

independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados em periódicos científicos, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para obtenção de qualquer tipo de informação sobre os seus dados, esclarecimentos ou críticas em qualquer fase do estudo, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável no endereço: 203 Sul, Avenida LO 5, Plano Diretor Sul no horário entre 7h às 13h, em Palmas/TO, pelo telefone (63) 98114 5241 ou pelo *e-mail* [teinha10@hotmail.com](mailto:teinha10@hotmail.com). Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT. O CEP é composto por um grupo de professores/pesquisadores que trabalham em prol da garantia de que seus direitos como participante voluntário (a) da pesquisa seja respeitado (a). Esses profissionais tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP da Universidade Federal do Tocantins pelo telefone (63) 3229 4023, pelo *e-mail*: [cep\\_uft@uft.edu.br](mailto:cep_uft@uft.edu.br) ou pessoalmente no endereço, Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio do Almoxarifado, CEP: 77001-090, Palmas/TO. O (A) Sr. (a) pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir. O horário de atendimento do CEP é de segunda e terça das 14 as 17 h e quarta e quinta das 9 as 12 h.

Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo Sr. (a), ficando uma via com cada um.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado (a) sobre o que o pesquisador (a) pesquisara e porque precisa da minha colaboração. Entendi também a explicação os objetivos da pesquisa e por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação neste estudo e que posso sair quando quiser.

\_\_\_\_\_, \_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura do pesquisador (a) responsável

## APÊNDICE B- ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Idade:

Data de admissão no trabalho:

1. Qual é a sua escolaridade?
  2. O que você entende por saúde mental?
  3. Você se identifica com a saúde mental?
  4. Você já passou por alguma formação em saúde mental?
  5. O que você acha da assistência realizada no CAPS?
  6. Descreva o seu trabalho no CAPS?
  7. O que você entende por promoção da saúde e prevenção de doenças?
  8. Em seu trabalho você realiza alguma atividade voltada para a promoção da saúde e prevenção de doenças para usuários do CAPS/SUS?
  9. O que você entende por trabalho em equipe?
  10. Existe entrosamento e trabalho em equipe no CAPS? Justifique sua resposta.
  11. Você conhece o projeto terapêutico singular?
  12. Descreva as suas ações e estratégias de trabalho diárias.
  13. Existe atividade voltada para a reabilitação psicossocial?
  14. Vocês trabalham em parceria com alguma instituição? Qual?
  15. Quais são os procedimentos para encaminhamentos para outros serviços de saúde mental?
- Pergunta específica para os profissionais de saúde.
16. Quais dificuldades que você encontra no seu trabalho?