

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VÂNIA CRISTINA ALVES CUNHA

Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste de
Minas Gerais – descrição do perfil profissional de suas equipes e de
suas práticas

Ribeirão Preto

2011

VÂNIA CRISTINA ALVES CUNHA

Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais – descrição do perfil profissional de suas equipes e de suas práticas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Linha de pesquisa: O doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera

Ribeirão Preto

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL, DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação

Serviço de Documentação de Enfermagem

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Cunha, Vânia Cristina Alves

Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais – descrição do perfil profissional de suas equipes e de suas práticas.

Ribeirão Preto, 2011.

71 f.: il.; 30 cm.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera.

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Recursos Humanos. 3. Psiquiatria.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CUNHA, Vânia Cristina Alves

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO MACRORREGIONAL NOROESTE DE MINAS GERAIS – DESCRIÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL DE SUAS EQUIPES E DE SUAS PRÁTICAS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Data da Aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera (ORIENTADORA)

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A minha querida avó, Mariana Luiza da Cunha e minha tia e madrinha, Maria Luzia da Cunha Côrtes (in memoriam) que muitas vezes louvaram a Deus para que eu realizasse esta conquista e não puderam compartilhar esta vitória comigo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela crença de que venceria todos os obstáculos e pela sabedoria de continuar perseverante em busca de meus objetivos;

Aos meus pais, Antônio Eustáquio da Cunha e Maria de Fátima Cunha, pela minha vida, pela minha educação simples, humilde, mas muito “mineira” de ser;

Ao meu avô, Salviano Gonçalves da Cunha, pela preocupação constante e pelas infinitas orações;

Aos meus irmãos, Márcio Alves Cunha e Marcos Alves Cunha, pelo carinho, respeito e compreensão por todos os momentos;

Aos meus familiares, que sempre estiveram presente em minha vida, ouviram minhas dúvidas, queixas e me apoiaram, em especial à minha prima Márcia Cristina de Barros que sempre está presente em minha vida;

A Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo;

A minha orientadora, Prof. Dr^a Sueli Aparecida Frari Galera, por sua experiência, disponibilidade em orientar-me e ensinar-me, principalmente por proporcionar-me a oportunidade de ser mestre;

A Martha Elizabeth de Souza, pelo exemplo de luta e busca para melhorias na área da saúde mental;

Aos profissionais dos serviços das Gerências Regionais de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde, essencialmente aos dos Centros de Atenção Psicossocial, sem eles esta pesquisa não aconteceria;

Aos meus amigos, pela tolerância e amizade;

As minhas amigas e seus familiares, Edinéia Souza, Fátima Randi, Paula Boso, Rosalba Cassuci e Sueli Vilela, que me receberam carinhosamente em suas residências;

A Márcia Yumi Kano, pelo apoio e amizade nas horas de dificuldades superadas neste percurso e pelo reencontro depois de 15 anos;

*Ao professor **Alex Garcia**, que me incentivou e acreditou no meu potencial;*

*Aos amigos **Alessandro Ykeda** e **Roberto Silva Fhon** que sempre me ajudaram nessa trajetória;*

*Aos **meus companheiros de trabalho** que respeitaram minha ausência e meus momentos de exaustão;*

*Aos **pacientes psiquiátricos**, razão pela qual aprimoro meus conhecimentos.*

“Não é sinal de saúde estar bem adaptado a uma sociedade doente”

Jiddu Krishnamurti

RESUMO

CUNHA, V. C. A. **Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais – descrição do perfil profissional de suas equipes e de suas práticas.** 2011. 71 f. DISSERTAÇÃO (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão preto, Universidade de São Paulo, 2011.

Introdução: O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é a menor unidade de saúde mental proposta como centro regulador da assistência em saúde mental pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de 2006 pela primeira vez, houve a superação do montante de recursos financeiros da atenção extra-hospitalar em relação àquele destinado aos hospitais psiquiátricos. Portanto, a mudança do modelo assistencial psiquiátrico no SUS tornou-se uma realidade. Porém sabe-se pouco sobre os profissionais que atuam nesses serviços e sobre suas práticas. **Objetivo:** Descrever o perfil e as práticas dos profissionais que compõem as equipes de cinco CAPS responsáveis pelo atendimento em saúde mental de toda a população existente na região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais. **Método:** Pesquisa exploratória descritiva. Realizada nos CAPS da região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais. Os dados foram coletados de dezembro de 2009 a junho de 2010; por meio de um questionário semi-estruturado. Cada participante respondeu o questionário individualmente. As respostas foram digitadas em planilha no programa Excel[®] em dupla digitação, feita a validação para posteriormente realizar o tratamento estatístico dos dados por meio do aplicativo STATA para calcular as frequências e porcentagens. **Resultados:** A amostra foi composta por 31 profissionais assistenciais de nível superior que compõem as equipes dos CAPS dos municípios em estudo, totalizando 100% de participação. Composta por: sete médicos, quatro enfermeiros, nove psicólogos, um fisioterapeuta, três terapeutas ocupacionais, quatro assistentes sociais e três farmacêuticos. A maioria dos CAPS é do tipo I. Dos profissionais de nível superior 39% com menos de 29 anos de idade, 23% com especialização em saúde mental, 64% dos entrevistados trabalham na instituição há menos de quatro anos, 45% possuem outro emprego e trabalham menos de 30 horas semanais nos CAPS. O atendimento individual e a prescrição são as principais práticas profissionais. Em relação às práticas consideradas típicas da enfermagem e atendimento familiar, 81% dos entrevistados realizam estas funções. Na opinião dos profissionais, as principais dificuldades para uma atuação mais próxima das propostas políticas e organizacionais são: 90% financeiras, 87% políticas e 77% de recursos humanos. **Conclusão:** Os resultados revelam que as propostas da reforma psiquiátrica têm avançado, pois atualmente existem serviços de saúde mental mais próximo da população. No entanto, o número de serviços e de profissionais ainda é insuficiente, gerando dificuldades para que os profissionais adotem práticas mais próximas das preconizadas nos textos sobre a reforma. A necessidade de melhorar a formação profissional também é um dado importante deste trabalho.

Palavras - chave: Serviços de Saúde Mental, Recursos Humanos, Psiquiatria

ABSTRACT

CUNHA, V. C. A. **Psychosocial Care Centers of the Northwest macro-region of the state of Minas Gerais, Brazil - description of professional profile and practices.** 2011. 71 p. Dissertation (MA) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, 2011.

Introduction: Center for Psychosocial Care (CAPS) is the smallest mental health unit proposed as regulatory center of mental health care by the Brazilian Unified Health System (SUS). For the first time in 2006, there was the overcoming of the amount of financial resources for extra-hospital care in relation to those destined to mental hospitals. Therefore, the change of the mental health care model in the SUS has become a reality. But little is known about the professionals who work in these services and about their practices. **Objective:** To describe the profile and practices of the professionals who make up the teams of five CAPS responsible for mental health care of the entire population in the Northwest macro-region of the state of Minas Gerais, Brazil. **Method:** This is an exploratory and descriptive study carried out at the Northwest macro-region of the state of Minas Gerais. Data were collected from December 2009 to June 2010 through a semi-structured questionnaire. Each participant answered the questionnaire individually. Answers were entered in the spreadsheet program Excel[®] in double entry, the validation was made first and then the statistical treatment of data was performed using STATA software to calculate the frequencies and percentages. **Results:** The sample consisted of 31 top-level professionals who compose the CAPS teams in the municipalities of study, totaling 100% of participation. The care professionals were: seven physicians, four nurses, nine psychologists, one physiotherapist, three occupational therapists, four social assistants, and three pharmacists. Most CAPS were type I. Among the top-level professionals, 39% were under 29 years of age, 23% had a specialization in mental health, 64% worked in the institution for less than four years, and 45% had another job and worked less than 30 hours weekly. Individual care and prescriptions are the main professional practices. Related to the practices considered typical of nursing and family care, 81% of respondents accomplished these functions. According to the professional opinion, the main difficulties for a closer performance regarding the policy and organizational proposals are: 90% financial, 87% political and 77% human resources. **Conclusion:** Results show that the psychiatric reform proposals have advanced, as currently there are mental health services closer to the population. However, the number of services and professionals is still insufficient, making it difficult for professionals to adopt practices closer to the recommended in the texts on the reform. The need to improve professional training is also an important aspect of this work.

Keywords: Mental Health Services, Human Resources, Psychiatry

RESUMEN

CUNHA, V. C. A. **Centros de Atención Psicosocial de la región Macro-regional Noroeste de Minas Gerais – descripción del perfil profesional de sus equipos y de sus prácticas.** 2011. 71 p. DISSERTACIÓN (Magister) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2011.

Introducción: El Centro de Atención Psicosocial (CAPS) es la menor unidad de salud mental propuesta como centro regulador de asistencia en salud mental por el Sistema Único de Salud (SUS). A partir de 2006 por primera vez, hubo la superación de recursos financieros en la atención extra-hospitalaria con relación a los recursos destinados a los hospitales psiquiátricos. Por lo tanto, el cambio de modelo asistencial psiquiátrico en el SUS se torno una realidad. Sin embargo se sabe poco sobre los profesionales que actúan en los servicios y sobre sus prácticas. **Objetivo:** Describir o perfil y las prácticas de los profesionales que conforman los equipos de cinco CAPS responsables por el atendimento en salud mental de toda la población existente en la región Macro regional Noroeste de Minas Gerais. **Método:** Investigación exploratoria descriptiva. Realizada en los CAPS de la región Macro-regional Noroeste de Minas Gerais. Los datos fueron colectados de Diciembre de 2009 a Junio de 2010; por medio de cuestionario um semi-estructurado. Cada participante respondió el cuestionario individualmente. Las respuestas fueron digitadas en planilla construida en el programa Excel[®] en doble digitación, realizada la validación para posteriormente realizar el tratamiento estadístico de los datos por medio del aplicativo STATA para calcular las frecuencias y porcentajes. **Resultados:** La muestra fue conformada por 31 profesionales asistenciales de nivel superior que conforman los equipos de los CAPS de los municipios en estudio, totalizando 100% de participación. Compuesta por: siete médicos, cuatro enfermeros, nueve psicólogos, un fisioterapeuta, tres terapeutas ocupacionales, cuatro asistentas sociales y tres farmacéuticos. La mayoría de los CAPS son de tipo I. De los profesionales de nivel superior 39% con menos de 29 años de edad, 23% con especialización en salud mental, 64% de los entrevistados trabajan en la institución menos de cuatro años, 45% tienen otro empleo y trabajan menos de 30 horas semanales en los CAPS. La atención individual y la prescripción son las principales prácticas profesionales. En relación a las prácticas consideradas típicas de enfermería y atendimento familiar, 81% de los entrevistados realizan estas funciones. En la opinión de los profesionales las principales dificultades para una actuación más próxima de las propuestas políticas y organizaciones son: 90% financieras, 87% políticas y 77% de recursos humanos. **Conclusión:** Los resultados revelan que las propuestas de la reforma psiquiátrica han avanzado, pues actualmente existen servicios de salud mental más próxima de la población. Entre tanto el número de servicios y de profesionales aun es insuficiente, generando dificultades para que los profesionales adopten prácticas más próximas de las preconizadas en los textos sobre la reforma. La necesidad de mejorar la formación profesional también es un dato importante de este trabajo.

Palabras claves: Serviços de Saúde Mental, Recursos Humanos, Psiquiatria

LISTA DE FIGURA

- Figura 1** – Mapa com bases cartográficas dos respectivos territórios assistenciais definidos pelo Plano Diretor de Regionalização: microrregiões e macrorregiões com destaque para a região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais 24

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Registro de observação do comportamento realizada pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010 41
- Gráfico 2** – Registro das condutas terapêuticas realizada pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010 43
- Gráfico 3** – Cuidados de enfermagem realizados pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010 45
- Gráfico 4** – Tipo de cuidados de enfermagem realizados pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010 46
- Gráfico 5** – Tipo de atendimento familiar realizado pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010 47
- Gráfico 6** – Distribuição do atendimento familiar realizado pelos profissionais de diferentes categorias dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010 48
- Gráfico 7** – Distribuição do tipo de abordagem utilizada pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010 48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Relação dos municípios da região Macrorregional Noroeste, separados pela região Microrregional de Saúde segundo população residente, sexo e situação do domicílio. Minas Gerais, 2010	31
Tabela 2 –	Composição das equipes que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010.....	35
Tabela 3 –	Perfil sócio demográfico dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010	36
Tabela 4 –	Caracterização do trabalho dos profissionais de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010	37
Tabela 5 –	Distribuição de formação profissional segundo jornada de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010	38
Tabela 6 –	Atendimento individual realizados pelos profissionais de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010	39
Tabela 7 –	Atendimento em grupo realizado pelos profissionais de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010	39
Tabela 8 –	Tipo de prescrição realizada pelos profissionais de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010	40
Tabela 9 –	Opinião dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais sobre as políticas, práticas e formação na psiquiatria. Minas Gerais, 2010..	49

LISTA DE SIGLAS

CAPS –	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad -	Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas
CAPS i –	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CERSAM -	Centros de Referência em Saúde Mental
CIB -	Comissão Intergestores Bipartite
CNPq -	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CREMESP –	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DATASUS -	Departamento de Informática do SUS/MS
DEPCH -	Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
EERP -	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
GM –	Gabinete do Ministro
GRS -	Gerências Regionais de Saúde
MG –	Minas Gerais
NASF -	Núcleo de Apoio à saúde da Família
OMS –	Organização Mundial de Saúde
PDR -	Plano Diretor de Regionalização -
REHUSAM –	Recursos Humanos em Saúde Mental
SES –	Secretaria Estadual de Saúde
SRT -	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS –	Sistema Único de Saúde
TO –	Terapeuta Ocupacional
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS –	Unidade Básica de Saúde
UF -	Unidade da Federação
UNIPAM -	Centro Universitário de Patos de Minas
WHO -	World Health Organization

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	16
1.1 - Centros de Atenção Psicossocial.....	18
1.2 - Região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais	23
2 - OBJETIVOS	27
3 - MATERIAL E MÉTODOS	29
3.1 - Delineamento de pesquisa.....	30
3.2 - Tipo de Pesquisa	30
3.3 - Local de estudo.....	30
3.4 - População e amostra	31
3.5 - Instrumentos de coleta dos dados	32
3.6 - Coleta de dados	32
3.7 - Análise dos resultados	32
3.8 - Procedimentos éticos.....	33
4 - RESULTADOS	34
4.1 - Caracterização do perfil dos profissionais dos CAPS da região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais.....	35
4.2 - Práticas dos profissionais dos CAPS da região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais	38
4.3 - Atendimento familiar dos profissionais dos CAPS da região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais.....	47
4.4 - Opinião dos profissionais dos CAPS sobre a aplicabilidade da política de saúde mental.....	49
5 - DISCUSSÃO	50
6 - CONCLUSÕES	55
7 - REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES	63
ANEXOS	65

1 - Introdução

A doença mental é uma especificidade da condição humana que está sendo cada vez mais discutida, avaliada e incluída no contexto assistencial, político, histórico e cultural. No século XVIII a doença mental tornou-se um problema médico, dando início à psiquiatria moderna. Após longo período de tratamento asilar, com abusos e maus tratos do doente, o campo da assistência psiquiátrica iniciou uma mudança de paradigma na maneira de tratar a doença mental.

O movimento pela desinstitucionalização do doente mental implicou em reformas políticas e organizacionais em muitos países, entre eles o Brasil (Nunes; Jucá; Valentim, 2007). O principal aspecto das reformas é propor a diminuição da oferta de leitos hospitalares e a criação de uma rede de serviços na comunidade.

Aproximadamente 450 milhões de pessoas no mundo lidam com transtornos mentais ou comportamentais. Porém apenas uma pequena minoria consegue obter algum tipo de tratamento. “As perturbações mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo” (WHO, 2002).

O impacto do transtorno mental, avaliado principalmente pela carga sobre o indivíduo, a família e a sociedade indica a relevância do tema para a agenda internacional. Os transtornos psiquiátricos graves e a auto-injúria respondem por 12% das condições de saúde que sobrecarregam os países pobres e médios em riqueza (FUREGATO et al. 2009; WEISS, COHEN, EISEMBERG, 2001).

Os fundos destinados à saúde mental simulam, na maioria dos países, menos de 1% dos seus gastos totais com a saúde. Mais de 40% dos países apresentam ausência de políticas de saúde mental e mais de 30% não apresentam programas nesse campo. Mais de 90% dos países não apresentam políticas de saúde mental que abranjam crianças e adolescentes (WHO, 2002).

A reforma psiquiátrica no Brasil tem como marco a década de 80, em que acontece a “regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (BRASIL, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial é a menor unidade de saúde mental proposta como centro regulador da assistência em saúde mental pelo Sistema único de Saúde. A partir de 2006 pela primeira vez, houve a superação do montante de recursos financeiros da atenção extra-hospitalar em relação àquele destinado aos hospitais psiquiátricos. Portanto, a mudança do modelo assistencial psiquiátrico no SUS tornou-se uma realidade (BRASIL, 2006). Cresceu o número de CAPS no

Brasil, apesar desse crescimento, o modelo CAPS tem recebido diversas críticas (ANDREOLI et al. 2004; CREMESP, 2010).

1.1 - Centros de Atenção Psicossocial

A partir de 1986 no Brasil, os CAPS tornam-se estruturas terapêuticas intermediárias entre a hospitalização e a vida comunitária, com o objetivo de cuidar de pessoas com transtornos psiquiátricos graves, mais freqüentemente egressos de internações psiquiátricas, acompanhando-as nas suas dificuldades, através do sistema público de cuidados (PITTA, 1994).

Esse modelo assistencial propagado demanda julgamentos satisfatórios e, principalmente, a demarcação de parâmetros para que as equipes de saúde consigam efetivamente estabelecer projetos terapêuticos singulares e efetivos. (MINAS GERAIS, 2006).

Os CAPS devem se organizar nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Os CAPS tipo I atendem uma população entre 20.000 e 70.000 mil habitantes e deve ter na sua equipe pelo menos três profissionais de nível superior sendo obrigatório o médico com formação em saúde mental e o enfermeiro. O CAPS tipo II atende uma área com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, sendo obrigatório o médico psiquiatra; o enfermeiro com formação em saúde mental e quatro profissionais de nível superior (entre outras categorias para os CAPS infantil e para os CAPS para usuários de álcool e outras drogas). Já o CAPS III, atende há uma população acima de 200.000 habitantes, sendo obrigatórios, dois médicos psiquiatras; um enfermeiro com formação em saúde mental e cinco profissionais de nível superior (BRASIL, 2004).

Para Souza (2008) os CAPS ou CERSAM (Centros de Referência em Saúde Mental) são equipamentos de saúde mental em “franco processo de desenvolvimento e ampliação em todo o país”. São locais onde incidem importantes experiências de convivência e encontro com os portadores de sofrimento mental.

Os projetos de criação de CAPS devem se concretizar em nível local. Cidades ou grupos de cidades propõem criar uma rede de assistência substitutiva aos

hospitais psiquiátricos. Propagados pelo gestor municipal, em interlocução com os interesses de domínio social, podem “dispor de diferentes equipamentos, conforme o porte do município e as especialidades de sua demanda em saúde mental”. Os CAPS devem ser “articulados em rede, em torno do claro objetivo de cuidar em liberdade dos portadores de sofrimento mental” (LOBOSQUE et al, 2005).

A saúde pública necessita de gestor local de saúde mental que coordene as ações prioritárias desta rede voltadas especialmente às pessoas com sofrimento mental.

A legislação em saúde mental objetiva a substituição progressiva da assistência do hospital psiquiátrico, principalmente àquela oferecida de maneira asilar, por outros dispositivos ou serviços, expressivamente em todos os tipos de CAPS, nas residências terapêuticas, nos centros de convivência, através do programa de volta pra casa, sobre a importância da lotação e/ou contratação de leitos psiquiátricos em hospital geral, entre outros (LOBOSQUE et al., s/d).

Os autores acima ainda descrevem que é fundamental compreender que, “todos juntos compõem uma rede que acolhe cada usuário e o ajuda a construir sentidos para a sua vida, segundo seus próprios desejos e valores”. Estes serviços são atrelados ao SUS, de tal configuração que todos os cidadãos apresentam o mesmo direito a procurá-los e freqüentá-los quando necessário. Devem ficar perto de suas casas para facilitar o transitar pela comunidade visando o conhecimento da realidade de cada território em que ajudará na reconstrução da mesma, incluindo o usuário no mundo em que vivemos e não lhe retirando dele.

Os CAPS devem oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004a).

Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336, atendimento intensivo, atendimento semi-intensivo e atendimento não-intensivo (BRASIL, 2004).

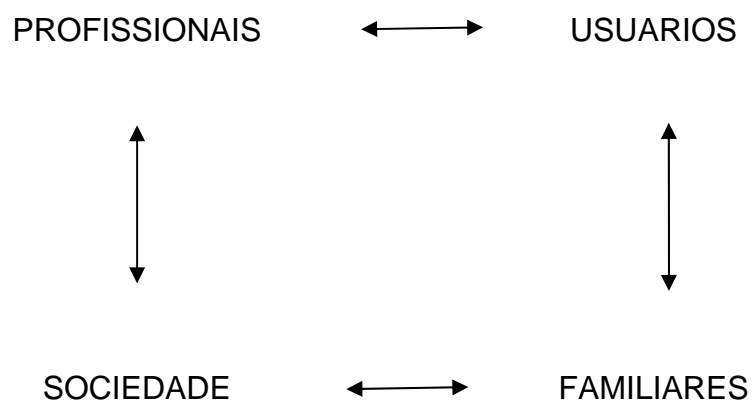
Entende-se como atendimento intensivo, o tipo de cadastro dos usuários que necessitam de permanência-dia no serviço do CAPS, do qual são indicados para irem diariamente ao serviço. Para o atendimento semi-intensivo, o usuário do serviço de saúde mental deverá ir em média três vezes por semana para participar de grupos operativos, terapêuticos, oficinas terapêuticas, entre outras atividades. Já para o atendimento não-intensivo, este deverá ir ao serviço uma vez por semana (BRASIL, 2004).

“Nas situações de crise, o portador de sofrimento mental requer um cuidado mais próximo e atento. No CAPS, ele pode receber este cuidado da forma mais adequada: deve ficar o dia inteiro ou algumas horas, ir todos os dias da semana ou só alguns, ficar para pernoite, quando for o caso. É importante a diferença entre o CAPS e os hospitais psiquiátricos: nos hospitais todos ficam internados por muitos dias; no CAPS, cada um tem o tempo e o ritmo de permanência que é melhor para ele” (LOBOSQUE et al, s/d).

Os CAPS devem estar estruturados com propósito de diminuir os índices de internações psiquiátricas, visando à melhora do vínculo dos pacientes com o serviço e sensibilizando o interesse dos familiares em acompanhar o tratamento, uma vez que estes encontram estabilizados (CUNHA; GALERA, 2008).

Amarante (2008) descreve um breve relato sobre o papel e função das equipes de serviços de atenção em saúde mental.

[...] “é necessário que existam serviços de atenção psicossocial que possibilitem o acolhimento das pessoas em crise, e que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas. É importante que sejam estabelecidos vínculos afetivos e profissionais com estas pessoas, que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais que as estão escutando estão efetivamente voltados para seus problemas, dispostos e compromissados a ajudá-los. Em atenção psicossocial se usa a expressão ‘responsabilizar-se’ pelas pessoas que estão sendo cuidadas. A psiquiatria se refere à relação médico-paciente, mas na verdade o que ela estabelece é uma relação médico-doença. Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados neste processo social complexo – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e outros atores sociais, como se evidencia no esquema a seguir”.



De acordo com Vilela e Scatena (2004) a “valorização das influências biopsicossociais no processo de adoecer tornou-se necessária frente à percepção do doente como ser humano e cidadão”. A invenção e a sustentação do espaço terapêutico e da interação mútua profissional-paciente fazem-se estáveis sendo de encargo da equipe interdisciplinar que trabalha nos serviços extra-hospitalares.

O CAPS exerce significativo papel na vida dos usuários do sistema de saúde mental. É um local onde é possível o paciente manifestar sua singularidade, envolver-se socialmente e demandar seus desejos de retornar ou de adquirir uma melhor qualidade de vida voltada para a cidadania e a reabilitação psicossocial.

Em decorrência da reforma psiquiátrica no Brasil, são criados os serviços de atendimento em saúde mental e psiquiatria em regime de atenção voltada para o paciente e seu familiar, tendo neste contexto, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), lares abrigados ou moradias, ambulatórios de saúde mental e os CAPS, tendo este uma proposta de atendimento inovadora de uma assistência relevante, no sentido de “liberdade” frente aos seus usuários (BRASIL, 2004a).

O incentivo para os centros de atenção diária, a utilização de leitos em hospitais gerais, a notificação da internação involuntária e a definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais são alcances da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004). Estruturas analisadas como “hospital-dia”, vivenciadas em países europeus e nos Estados Unidos nos anos 40 a 80 como serviços substitutivos dos manicômios, foram fontes inspiradoras para o modelo de saúde mental brasileiro (DESVIAT, 2008).

Considerados também hospital-dia, os CAPS oferecem tratamentos como dispositivos de cuidados de equipe multidisciplinar e são prioridades os portadores de transtornos mentais severos. Contudo, o atendimento psicossocial ao público

e/ou individual apresenta-se baseado na detecção precoce dos sintomas através da subjetivação do paciente e da busca de melhor compreensão de seus conflitos através do acolhimento, propiciando maior conhecimento de suas características inconscientes (RABELO et al., 2005).

Castro e Saeki (2007) mencionam que para a clientela assistida no CAPS, “cada usuário tem o seu plano terapêutico personalizado, ou seja, um conjunto de atendimentos que respeita a sua individualidade, e propõe atividades a ele durante a sua permanência diária no serviço, segundo suas necessidades”. Dessa forma, o projeto terapêutico considera as necessidades e individualidades de cada usuário do serviço de saúde mental, fundamentado nas suas aptidões e potencialidades. Dentre as atividades apresentadas pela semi-internação são indicadas aquelas que permitem o auxílio que o paciente necessita. “O plano terapêutico é redefinido constantemente pelo profissional de referência (esse geralmente, é o profissional que acolhe o sujeito no serviço) e pela equipe, para avaliar as respostas do mesmo no seu projeto”.

CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário vinculado ao SUS. Um lugar de referência e tratamento para pessoas que padecem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja austeridade ou persistência relevem sua permanência num dispositivo de assistência no cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (PELISOLI; MOREIRA, 2005). Os autores ainda descrevem que o processo de desinstitucionalização psiquiátrica e os serviços substitutivos têm sido a principal porta de entrada para as pessoas que procuram o atendimento em saúde mental.

Os serviços substitutivos estão destinados a acolher; estimular a integração social e familiar do paciente, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico, como principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Para Wetzel e Kantorski (2005) o modelo psicossocial avalia fatores políticos e biopsicossociais, culturais como determinantes, e seus meios principais são “psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação”. A consideração de que a doença mental não é um acontecimento excepcionalmente individual leva à inserção da família e do grupo expandido.

A reabilitação é um artifício que insinua a abertura de ambiente de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade periférica e para

os serviços que se ocupam do paciente: “a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes” (SARACENO, 2001).

Compete aos profissionais dos CAPS nortear as Unidades Básicas de Saúde (UBS) sobre como agir com os pacientes da atenção primária em saúde mental e também vincular mais ordenadamente às equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), realizando inclusive matriciamento quando solicitado (BRASIL, 2004a).

O desempenho da atenção básica é de grande valor para a concretização de planos de saúde mental estabelecidos. “As unidades básicas podem ou não contar, dependendo das peculiaridades de cada município, com equipes mínimas de saúde mental”, principalmente equipes mínimas com um psiquiatra e um psicólogo. É essencial que exista uma relação bem constituída entre os “serviços de maior complexidade como os CAPS e o nível da atenção básica que resultam em sérios prejuízos para a qualidade da assistência em saúde mental” (LOBOSQUE et al, 2005).

1.2 - Região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais

Na década de 90, existiam 36 hospitais psiquiátricos com cerca de 8.000 leitos revelando a precariedade de suas condições de funcionamento, tanto em relação às estruturas físicas quanto à assistência de saúde oferecida. Atualmente, os leitos foram diminuídos pela construção de uma rede substitutiva de um modelo assistencial em saúde mental (MINAS GERAIS, 2006).

O Sistema Estadual de Saúde em Minas Gerais está organizado em Gerências Regionais de Saúde (GRS) que visam “garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nas regiões do Estado, assegurando a qualidade de vida da população”, competindo-lhes em delinear as políticas estaduais de saúde em esfera regional; assistir a organização dos serviços de saúde nas regiões; ordenar, monitorar e analisar as atividades e ações de saúde em âmbito regional; negociar articulações interinstitucionais; efetuar outras atividades e ações de competência estadual no âmbito regional; “implantar, monitorar e avaliar as ações de mobilização social na região e exercer outras atividades” correspondentes (MINAS GERAIS, 2008a).

No Brasil, existem 63 macrorregionais de Saúde para as Unidades da Federação (UF) que já informaram sua organização em macrorregionais (DATASUS, 2009).

O Estado de Minas Gerais apresenta 13 macrorregiões sanitárias, com 18 cidades-pólo, e 75 microrregiões sanitárias. Essa aglomeração foi fundada em consonância com as três esferas de governo (municípios, Estado e União), com embasamento em conceitos, critérios e metodologias próprias. Estabeleceram-se referenciais para a organização dos serviços de saúde conforme a densidade tecnológica possível por nível e as necessidades em cada uma delas. Ressaltado a melhora dos recursos financeiros para atender a um maior número de pessoas (MINAS GERAIS, 2008-2011).

Neste estudo, a região de saúde de Minas Gerais em que foi desenvolvida a pesquisa foi a Macrorregional Noroeste, a qual está representada pela cidade pólo, Patos de Minas que abrange 30 municípios (MINAS GERAIS, 2004) e duas GRS, localizadas nos municípios de Patos de Minas e Unaí (Figura 1).

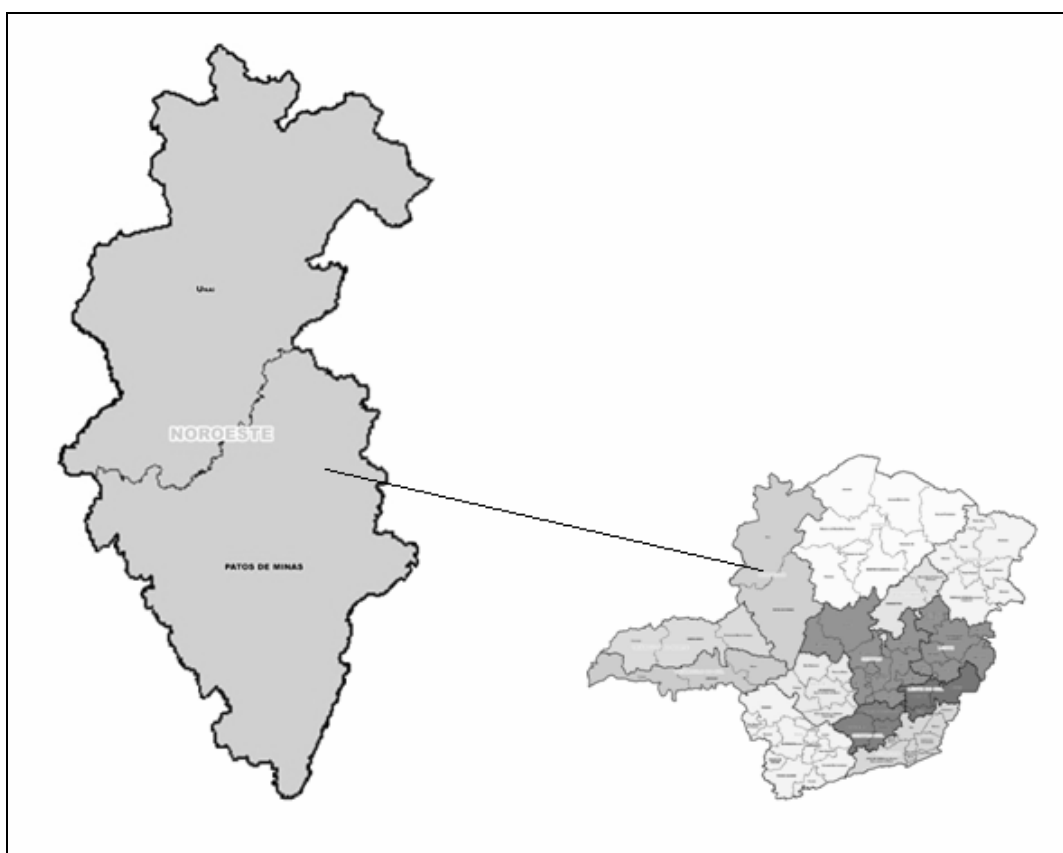


Figura 1 – Mapa com bases cartográficas dos respectivos territórios assistenciais definidos pelo Plano Diretor de Regionalização: microrregiões e macrorregiões com destaque para a região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2008a).

Em outubro de 2008 foram enquadrados três novos municípios para fazer parte da região Macrorregional Noroeste, conforme a Deliberação CIB-SUS/MG Nº 483, que redefine a jurisdição da GRS dos municípios consensuados entre as propostas para transferências apresentadas pela e à GRS e Informações em Saúde/SES/MG, no sentido de se promover a adequação entre o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a GRS (MINAS GERAIS, 2008b; MINAS GERAIS, 2008c).

A região Macrorregional Noroeste de saúde, é a junção das regiões Noroeste de Minas (GRS de Unaí) e Alto Paranaíba (GRS de Patos de Minas) que totaliza 33 municípios em sua área territorial.

A demarcação oficial da região Noroeste de Minas encontra-se à margem esquerda do Rio São Francisco na região Noroeste de Minas, que faz limite ao Sul, com a região do Alto Paranaíba; a Oeste com o Distrito Federal e com o Estado de Goiás; a Nordeste com o Estado da Bahia e a Leste com a região Norte de Minas, o chamado Médio São Francisco (MOURA, 2002).

A região do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba destaca-se no estado de Minas Gerais por sua importância econômica, devido existência de um complexo agroindustrial processador de grãos e carnes e pela modernização da pecuária extensiva existente e pela concentração de empresas distribuidoras de bens de consumo (OLIVEIRA; SOARES, 2002).

A economia e o crescimento populacional da região Noroeste têm-se revelado resistente. Após a década de 70 houve os primeiros sinais de desenvolvimento, condicionados pelos impulsos gerados nos pólos de influência de Belo Horizonte e Brasília, bem como, pela ação direta do estado na região. A dinâmica do desenvolvimento agrícola, caracterizada pela utilização de tecnologias mais modernas, como irrigação, induziu a uma integração agricultura-indústria, que influenciou na atividade econômica da região. A implantação de agroindústrias e indústrias de beneficiamento de grãos vem ocorrendo em vários municípios. Além da indústria direcionada a produtos agrícolas, existem atividades ligadas à cerâmica e aguardente. Muitas das unidades industriais da região Noroeste, em vários outros ramos de atividade, possuem, porém, importância apenas regional (FERNANDES; NOGUEIRA JUNIOR, 2004).

Em 2007 nas macrorregiões do estado de Minas Gerais, a política de Atenção a Saúde Mental realizou avaliação da distribuição dos leitos hospitalares e dos serviços substitutivos para os transtornos mentais. A distribuição percentual dos

leitos hospitalares apresentou menor número nas macrorregiões Jequitinhonha, Oeste, Leste, Norte de Minas, Noroeste, Leste do Sul, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte, sendo que a macrorregião Nordeste não apresenta registro de leito hospitalar (XAVIER; BOTTI, 2007).

A região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais, é representada pela cidade pólo Patos de Minas e por duas microrregionais (Patos de Minas e Unaí) abrange 33 municípios, sendo eles da região Microrregional de Patos de Minas: Arapuá, Brasilândia de Minas, Carmo do Paranaíba, Guarda-Mor, João Pinheiro, Lagamar, Lagoa Formosa, Lagoa Grande, Matutina, Patos de Minas, Presidente Olegário, Rio Paranaíba, Santa Rosa da Serra, São Gonçalo do Abaeté, São Gotardo, Tiros, Varjão de Minas e Vazante (MINAS GERAIS, 2007). Acrescentados em 2008, os municípios de Cruzeiro da Fortaleza, Guimarânia e Serra do Salitre (MINAS GERAIS, 2008c). A região Microrregional representada pelo município de Unaí abrange os municípios de: Arinos, Bonfinópolis de Minas, Buritis, Cabeceira Grande, Chapada Gaúcha, Dom Bosco, Formoso, Natalândia, Paracatu, Riachinho, Unaí e Uruarana de Minas.

Portanto, os CAPS dos municípios de Carmo do Paranaíba, João Pinheiro, Paracatu, Patos de Minas e Unaí, pertencentes à região Macrorregional Noroeste, fazem parte deste estudo.

2 - Objetivos

Descrever o perfil e as práticas dos profissionais que compõem as equipes de cinco CAPS responsáveis pelo atendimento em saúde mental de toda a população existente na região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais.

3 - Material e Métodos

3.1 - Delineamento de pesquisa

Este projeto amplia os dados do projeto realizado pelo Grupo de Pesquisa cadastrado no CNPQ como REHUSAM – Recursos Humanos em Saúde Mental do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas – DEPCH da EERP (Centro Colaborador em Pesquisa da OMS) intitulado “Papéis e funções dos profissionais dos Serviços e Políticas de Saúde Mental” (FUREGATO et al., 2003).

Este grupo vem realizando pesquisas sobre recursos humanos em saúde mental, tendo como resultados publicados e em análise para publicação nacional e internacional (Furegato et al. 2010).

Dessa forma, foram escolhidos os CAPS da região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais para réplica da pesquisa do REHUSAM.

3.2 - Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva que visa identificar as diferentes categorias profissionais de nível superior que atuam nos CAPS da região Macrorregional Noroeste do Estado de Minas Gerais; descrever as atividades práticas desenvolvidas pelas diferentes categorias profissionais da equipe multiprofissional e a opinião desses profissionais sobre a aplicabilidade das políticas de saúde mental desenvolvidas na região Macrorregional Noroeste do Estado de Minas Gerais.

3.3 - Local de estudo

Os dados do presente estudo foram coletados nos CAPS, implantados em cinco municípios da região Macrorregional Noroeste nos municípios de Carmo do Paranaíba (tipo I), João Pinheiro (tipo I), Paracatu (tipo I), Patos de Minas (tipo II), e Unaí (tipo I), todos pertencentes à área sanitária da região Macrorregional Noroeste do Estado de Minas Gerais.

As características dos CAPS em relação às suas modalidades envolvem o número de habitantes, ou seja, sendo considerado CAPS tipo I possui capacidade operacional para atendimentos em municípios com população de 20.000 e 70.000 habitantes, para CAPS tipo II municípios com população entre 70.000 a 200.000, para CAPS III municípios com população acima de 200.000 habitantes (BRASIL, 2004).

A adscrição dos territórios assistenciais definidos pelo PDR de Minas Gerais divide as regiões do Estado em Microrregiões e Macrorregiões. Assim, esta pesquisa escolheu como local de estudo os cinco CAPS das regiões Microrregionais de Patos de Minas e Unaí, que somadas formam a região Macrorregional Noroeste (MINAS GERAIS, 2008).

Na Tabela 1, observa-se que a população da zona urbana é evidente em maior número, sendo a população rural menor em todos os municípios.

Tabela 1 – Relação dos municípios da região Macrorregional Noroeste, separados pela região Microrregional de Saúde segundo população residente, sexo e situação do domicílio. Minas Gerais, 2010.

Municípios do Estudo e tipo de CAPS	Região Microrregional de Saúde	População Total	População Masculina	População Feminina	População Residente na zona Urbana	População residente na zona rural
Carmo do Paranaíba	Patos de Minas	29735	15052	14683	25200	4535
João Pinheiro	Patos de Minas	45260	23048	22212	36761	8499
Patos de Minas	Patos de Minas	138710	67924	70786	127724	10986
Paracatu	Unaí	84718	42470	42248	73772	10946
Unaí	Unaí	77565	39305	38260	62329	15236
TOTAL		375988	187799	188189	325786	50202

Fonte: DATASUS 2010

3.4 - População e amostra

Foram sujeitos do estudo todos os profissionais de saúde de nível superior que trabalham nos CAPS que compõem a região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais, totalizando 31 sujeitos. Profissionais ligados à gestão e política de saúde mental (11 sujeitos) do Estado e da região também participaram da pesquisa, porém os dados sobre estes participantes não serão analisados neste momento.

Os critérios de inclusão foram profissionais de nível superior das equipes multidisciplinares dos CAPS. Os critérios de exclusão foram impedimento operacional como férias, mudança de serviço, licenças, no momento da coleta de dados, bem como impedimentos de ordem de saúde que impossibilita a geração de dados, e por fim que altere seu aceite em participar livremente da pesquisa.

3.5 - Instrumentos de coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio de um questionário semi-estruturado composto com questões fechadas, abordando:

Parte I – dados demográficos e da formação dos profissionais;

Parte II – dados do trabalho realizado pelos profissionais;

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

3.6 - Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada entre dezembro de 2009 e junho de 2010; os questionários foram entregues aos profissionais de saúde que preencheram individualmente e devolveram posteriormente. Após o retorno dos questionários a pesquisadora identificou itens que não foram preenchidos e voltou novamente ao local de pesquisa para que o profissional o preenchesse.

3.7 - Análise dos resultados

Os dados da parte I (identificação dos sujeitos), da parte II (o trabalho dos profissionais nas equipes) foram digitados em planilha construída no programa

Excel[®] em dupla digitação para posteriormente realizar a validação do banco de dados com o propósito de corrigir possíveis erros.

Posteriormente foram importados ao aplicativo STATA para realizar a análise descritiva e calcular as diferentes frequências e porcentagens.

3.8 - Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), com protocolo nº 119/09.

O projeto de pesquisa foi apresentado aos coordenadores e gestores locais. Após concordância desses profissionais, o projeto foi apresentado para as diferentes equipes dos CAPS.

A participação foi voluntária posterior à informação sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, sendo assinado por estes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias; sendo uma via para o entrevistado e a outra para o pesquisador.

4 - Resultados

Os resultados desta pesquisa são apresentados em três áreas: a contextualização, a prática e a opinião dos profissionais sobre a aplicabilidade da política de saúde mental.

4.1 - Caracterização do perfil dos profissionais dos CAPS da região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais

Todos os profissionais assistenciais das equipes dos CAPS dos municípios em estudo participaram desta pesquisa, totalizando 100% de participação. Vale destacar que o CAPS I de Carmo do Paranaíba, possui um profissional enfermeiro especialista em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, e que a ausência desta participação se fez necessária porque este profissional é o pesquisador do estudo (Tabela 2).

Assim, participaram da pesquisa 31 profissionais, sete médicos, quatro enfermeiros, nove psicólogos, um fisioterapeuta, três terapeutas ocupacionais, quatro assistentes sociais e três farmacêuticos.

Tabela 2 – Composição das equipes que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010.

	CAPS I de Carmo do Paranaíba		CAPS I de João Pinheiro		CAPS I de Paracatu		CAPS II de Patos de Minas		CAPS I de Unaí		Total	
	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P
Médico	01	01	02	02	01	01	02	02	01	01	07	07
Enfermeiro	01	-	01	01	01	01	01	01	01	01	05	04
Psicólogo	01	01	03	03	01	01	03	01	01	01	09	09
Fisioterapeuta	01	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01
Terapeuta ocupacional	-	-	-	-	01	01	01	01	01	01	03	03
Assistente social	01	01	01	01	-	-	01	01	01	01	04	04
Farmacêutico	-	-	01	01	01	01	-	-	01	01	03	03
Total	05	04	08	08	05	05	08	06	06	06	32	31

T = Total de profissionais de saúde atuantes no serviço

P = Total de participantes na pesquisa

De acordo com a Tabela 3, os profissionais do sexo masculino são minoria neste estudo, entre os oito homens participantes, um é psicólogo, um é enfermeiro e seis são médicos. Grande parte dos profissionais é jovem, estão na faixa etária de até 29 anos de idade.

Dos 31 participantes 65% dos profissionais realizaram especialização após a formação de graduação. Somente 23% fizeram especialização em saúde mental.

Tabela 3 – Perfil sócio demográfico dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010.

Perfil sócio-demográfico dos profissionais	N	%
Sexo		
Masculino	08	26
Feminino	23	74
Faixa etária		
Até 29	11	36
30-39	06	19
40-49	09	29
50>	05	16
Formação acadêmica		
Médico	07	22
Enfermeiro	04	13
Psicólogo	09	29
Fisioterapeuta	01	03
Terapeuta Ocupacional	03	10
Serviço social	04	13
Farmacêutico	03	10
Tempo de formado		
Até 9 anos	16	52
10-19 anos	10	32
20 >	05	16
Especialização		
Sim	20	65
Não	11	35
Em saúde mental	07	23
Em outra área	13	42
Não tem	11	35

Observa-se que mais da metade dos profissionais das equipes dos CAPS trabalham na instituição há menos de quatro anos. É importante salientar que quatro serviços já existem há pelo menos seis anos, somente um serviço funciona há um ano. Portanto, a maioria dos profissionais que compõem as equipes não participaram da criação dos serviços. Mais da metade dos profissionais possuem outro emprego (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização do trabalho dos profissionais de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010.

Caracterização do trabalho dos profissionais	N	%
Tempo na área		
Até 4 anos	18	58
5-9 anos	05	16
10-14 anos	06	19
15 >	02	07
Tempo na instituição		
Até 4 anos	20	64
5-9	07	23
10-14	04	13
Jornada de trabalho		
Menos 30 horas/semana	14	45
30 horas/semana	12	39
> 30 horas/semana	05	16
Faixa salarial		
Até R\$ 1999	14	45
R\$ 2000-2999	09	29
R\$ 3000-3999	03	10
R\$ 4000-4900	05	16
Outro emprego		
Sim	21	68
Não	10	32
Tipo de outro emprego		
Saúde mental	06	20
Outra área	14	45
Não tem	10	32
Outro	01	03

Na tabela 5, observa-se que a jornada de trabalho de 84% da equipe é de até 30 horas semanais. Destaca-se que o CAPS de Carmo do Paranaíba, é a instituição com o maior número de profissionais com carga horária de 40 horas.

Tabela 5 – Distribuição de formação profissional segundo jornada de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010.

Formação		JORNADA (horas/semana)			Total
		Menos de 30	30	Acima de 30	
Médico	N	05	02	-	07
	%	36	17	-	22
Enfermeiro	N	02	01	01	04
	%	14	08	20	13
Psicólogo	N	03	04	02	09
	%	22	33	40	29
Fisioterapeuta	N	01	-	-	01
	%	07	-	-	03
TO	N	-	02	01	03
	%	-	17	20	10
Serviço social	N	02	01	01	04
	%	14	08	20	13
Farmacêutico	N	01	02	-	03
	%	07	17	-	10
TOTAL	N	14	12	05	31
	%	100	100	100	100

4.2 - Práticas dos profissionais dos CAPS da região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais

O atendimento individual é uma das principais práticas profissionais, realizada pela maioria dos profissionais. Neste estudo, 11 profissionais não realizam esta atividade, sendo que a maioria é da área da psicologia (Tabela 6).

Tabela 6 – Atendimento individual realizados pelos profissionais de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010.

Categoria Profissional	Atendimento Individual pelas Categorias Profissionais				
	SIM		NÃO		
	N	%	N	%	
Médico	07	35	-	-	
Enfermeiro	02	10	02	18	
Psicólogo	03	15	06	55	
Fisioterapeuta	01	05	-	-	
Terapeuta Ocupacional	03	15	-	-	
Assistente Social	03	15	01	09	
Farmacêutico	01	05	02	18	
TOTAL	20	100	11	100	

Observa-se que os terapeutas ocupacionais, os assistentes sociais e a fisioterapeuta realizam atendimento grupal (Tabela 7).

Tabela 7 – Atendimento em grupo realizado pelos profissionais de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010.

Categoria Profissional	Atendimento em Grupo pelas Categorias Profissionais				
	SIM		NÃO		
	N	%	N	%	
Médico	02	29	05	71	
Enfermeiro	03	75	01	25	
Psicólogo	06	67	03	33	
Fisioterapeuta	01	100	-	-	
Terapeuta Ocupacional	03	100	-	-	
Assistente Social	04	100	-	-	
Farmacêutico	-	-	03	100	
TOTAL	19	61	12	39	

A prescrição é realizada por 74% dos participantes, sendo desempenhados pelos médicos, os enfermeiros e o fisioterapeuta como se observa na Tabela 8.

Tabela 8 – Tipo de prescrição realizada pelos profissionais de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010.

Categoria Profissional	Tipo de prescrição realizada pelas Categorias Profissionais			
	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Médico	07	100	-	-
Enfermeiro	04	100	-	-
Psicólogo	07	78	02	22
Fisioterapeuta	01	100	-	-
Terapeuta Ocupacional	02	67	01	33
Assistente Social	02	50	02	50
Farmacêutico	-	-	03	100
TOTAL	23	74	08	26

Observa-se no Gráfico 1, que os médicos, os enfermeiros, os psicólogos, a fisioterapeuta, os terapeutas ocupacionais e os assistentes sociais e um farmacêutico realizam a observação do comportamento do paciente.

Verifica-se também que todos os assistentes sociais, seis dos médicos, dois dos enfermeiros, seis dos psicólogos, um terapeuta ocupacional e um farmacêutico realizam o registro das observações rotineiras durante interação com os pacientes. Os outros profissionais não realizam esta prática.

Todos os psicólogos, assistentes sociais e o fisioterapeuta, seis médicos, três enfermeiros, dois terapeutas ocupacionais e um farmacêutico realizam o registro de observações rotineiras após contato com o paciente.

Apenas um enfermeiro, três psicólogos e dois terapeutas ocupacionais realizam registro de observações rotineiras apenas no final do plantão. Todas as assistentes sociais, seis psicólogos, dois terapeutas ocupacionais e dois enfermeiros realizam registro de observações no livro de anotações da unidade.

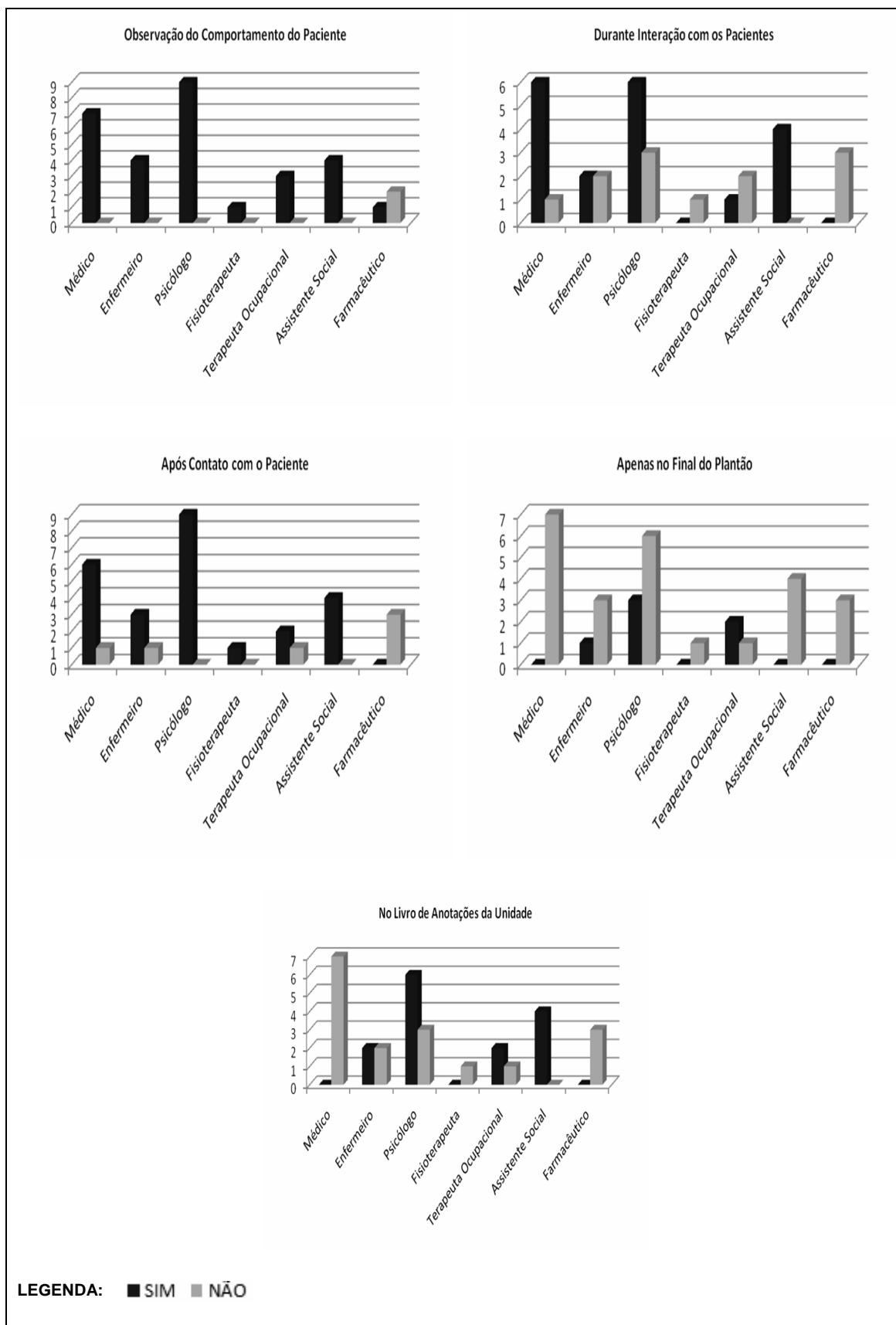


Gráfico 1 – Registro de observação do comportamento realizada pelos profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010.

Todas as ações típicas de enfermagem listadas no instrumento de coleta de dados são realizadas por profissionais enfermeiros e não enfermeiros.

Observa-se, que todos os assistentes sociais, seis médicos, seis psicólogos, dois enfermeiros e um terapeuta ocupacional realizam registro das condutas terapêuticas durante a interação com o paciente. Todos os enfermeiros, assistentes sociais e o fisioterapeuta, oito psicólogos, seis médicos, dois terapeutas ocupacionais e um farmacêutico realizam registro das condutas terapêuticas após contato com os pacientes. Apenas dois terapeutas ocupacionais, três psicólogos e um enfermeiro realizam registro da conduta terapêutica apenas no final do plantão. Todas as assistentes sociais, três enfermeiros, dois terapeutas ocupacionais, quatro psicólogos e um farmacêutico realizam registro de condutas terapêuticas no livro de anotações da unidade (Gráfico 2).

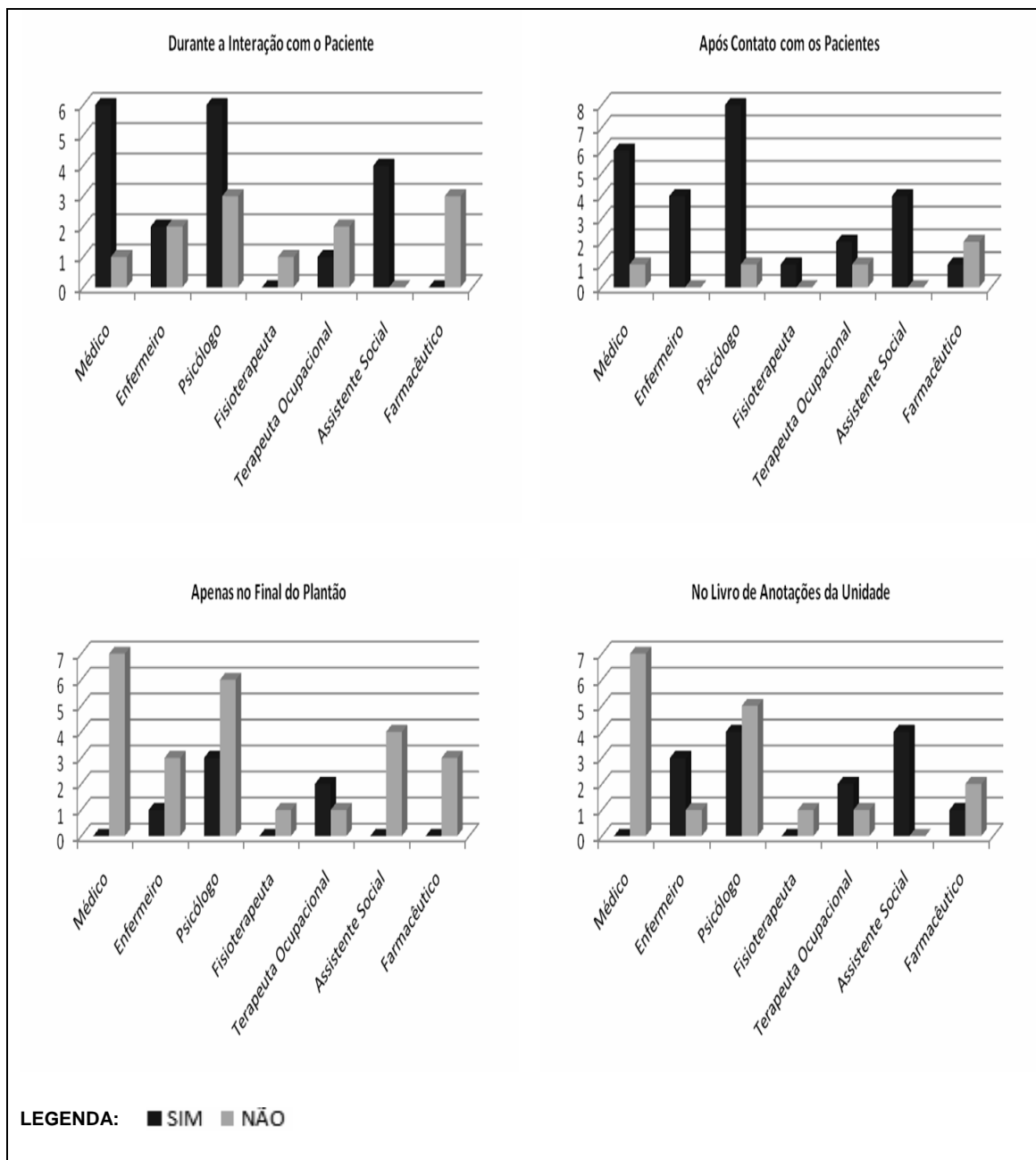


Gráfico 2 – Registro das condutas terapêuticas realizada pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010.

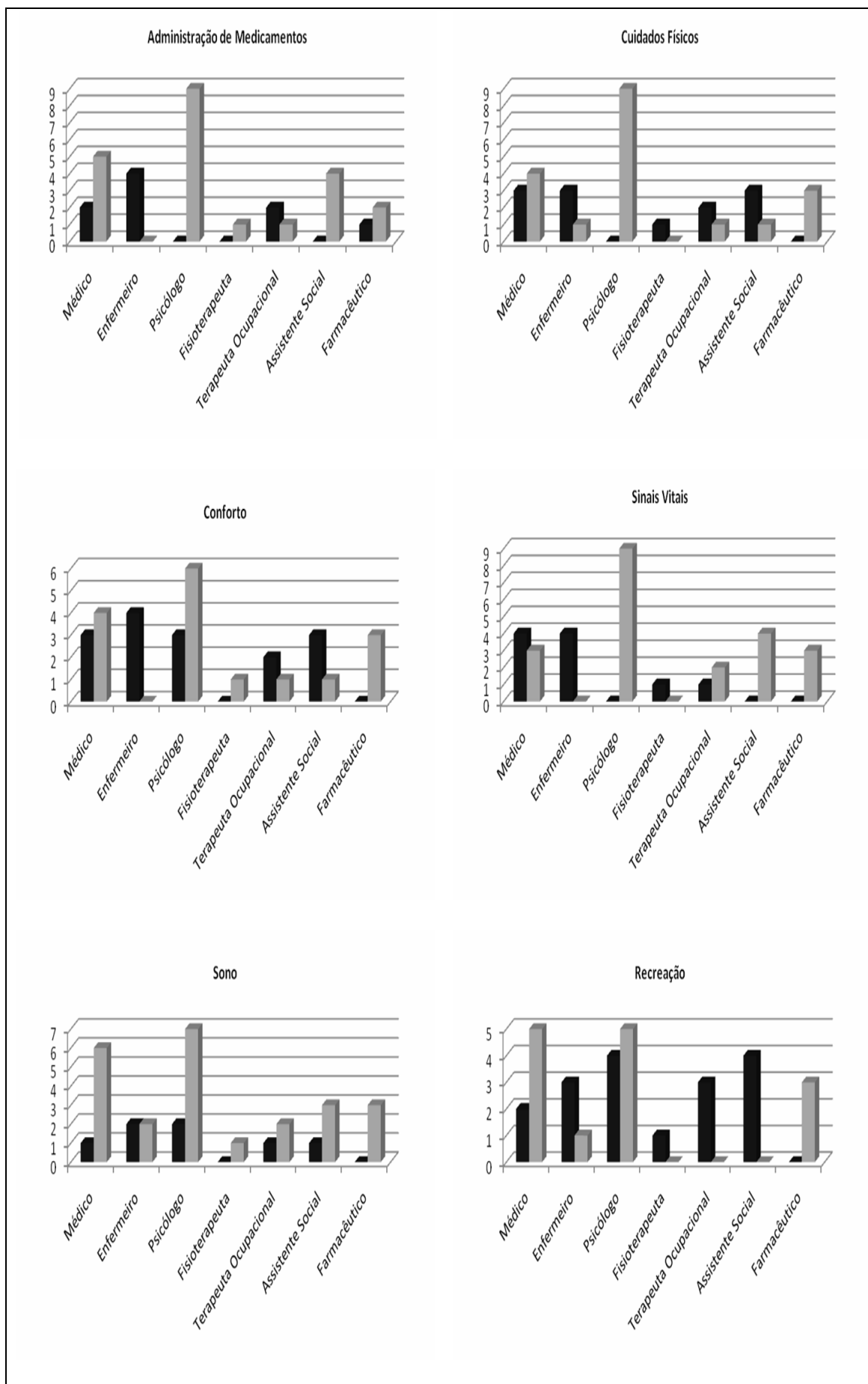
No Gráfico 3, em relação à administração de medicamentos, observa-se que todos os enfermeiros, dois terapeutas ocupacionais, dois médicos e um farmacêutico realizam administração de medicamentos.

Em relação aos cuidados físicos, observa-se que o fisioterapeuta, três enfermeiros, três assistentes sociais, dois terapeutas ocupacionais e três médicos realizam cuidados físicos.

Com relação ao conforto, observa-se que todos os enfermeiros, três assistentes sociais, dois terapeutas ocupacionais, três médicos e três psicólogos realizam conforto. Em relação ao sono, observa-se que dois dos enfermeiros, um terapeuta ocupacional, um assistente social, dois psicólogos realizam a práticas de cuidados com o sono aos pacientes psiquiátricos.

Em relação à recreação, observa-se que todos dos terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e o fisioterapeuta, três enfermeiros, quatro psicólogos e dois médicos realizam a prática da recreação.

Em relação à observação, todos os assistentes sociais e o fisioterapeuta, três enfermeiros, dois terapeutas ocupacionais, quatro psicólogos e um farmacêutico realizam essa prática. Em relação às interações terapêuticas, todos os enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, três médicos e cinco psicólogos realizam interações terapêuticas.



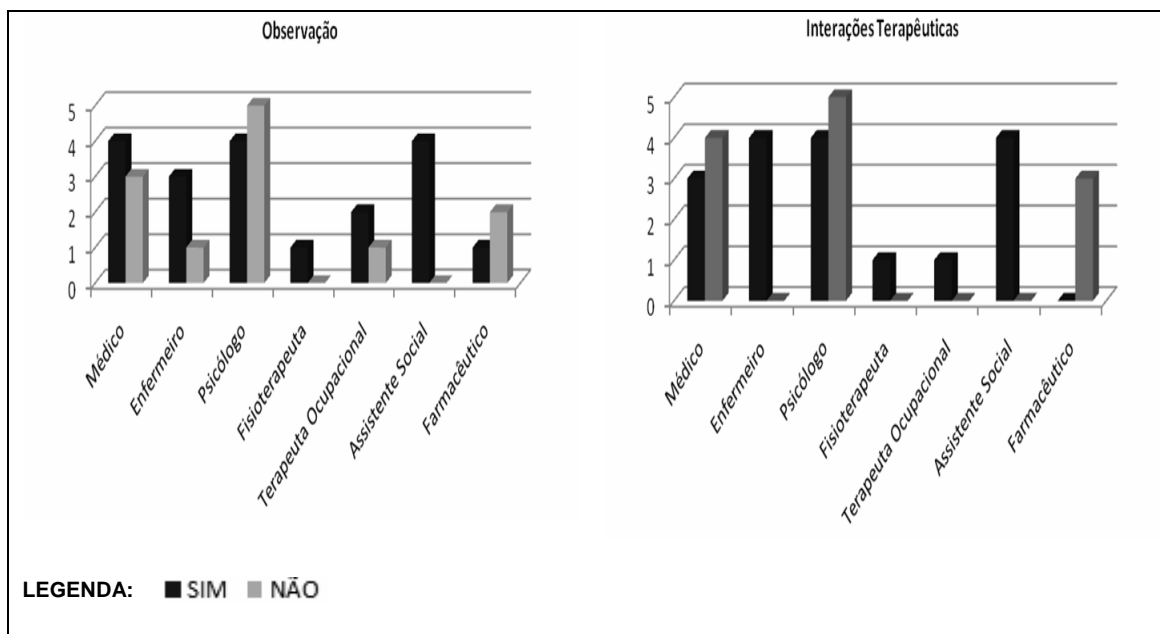


Gráfico 3 – Cuidados de enfermagem realizados pelos profissionais de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010.

Interessante salientar que o questionário apresentava um item sobre praticas de enfermagem que foi respondido por todos os profissionais, conforme apresentado nos gráficos acima.

Assim destaca-se que a maioria (81%) dos sujeitos realiza práticas consideradas típicas da enfermagem, enquanto que 19% não fazem (Gráfico 4).

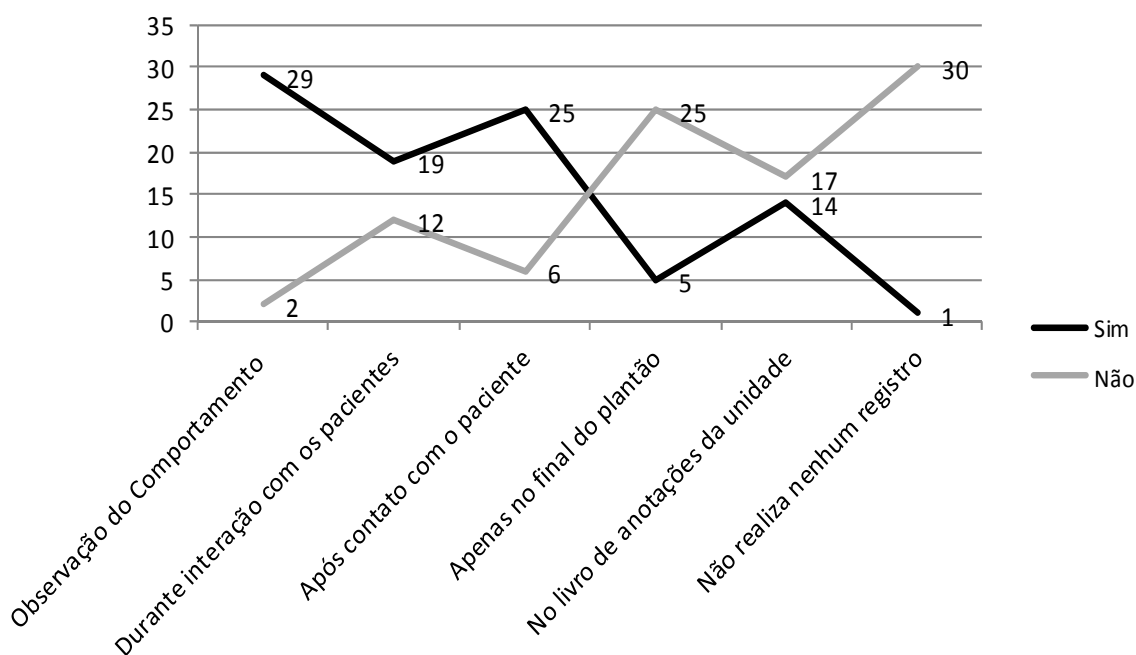


Gráfico 4 – Tipo de cuidados de enfermagem realizados pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010.

O questionário sobre as práticas também indagou aos profissionais se eles promovem ações visando à autonomia para os pacientes. A maioria dos participantes informou que (81%) desempenham tais ações.

4.3 - Atendimento familiar dos profissionais dos CAPS da região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais

Observa-se no Gráfico 5, que dos 25 profissionais que informaram atender a família, um assistente social, um psicóloga e um médico atendem as famílias sozinhos; três médicos e dois terapeutas ocupacionais atendem com outro profissional e 18 profissionais atendem sozinhos e com outros profissionais. Os profissionais que não atendem famílias são três farmacêuticos, o fisioterapeuta e um médico.

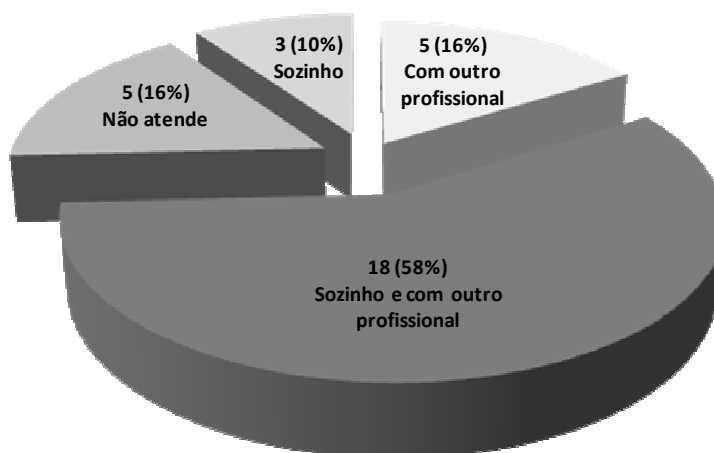


Gráfico 5 – Tipo de atendimento familiar realizado pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010.

Em relação ao Gráfico 6, observa-se que 74% dos profissionais atendem as famílias individualmente e 77% atendem com presença um familiar. As assistentes sociais os realizam atendimentos a uma família individualmente, a um familiar ou grupos de familiares.

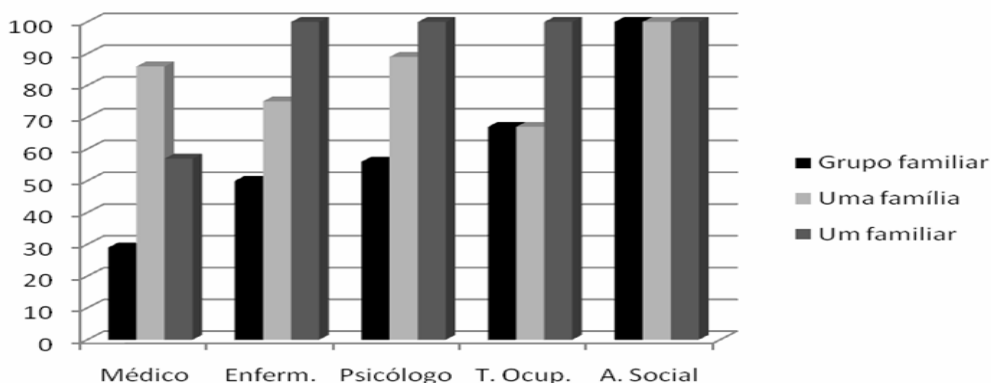


Gráfico 6 – Distribuição do atendimento familiar realizado pelos profissionais de diferentes categorias dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010.

No Gráfico 7, apresenta-se os tipos de abordagens adotadas no atendimento às famílias. Observa-se 57% dos médicos e 75% dos enfermeiros utilizam a abordagem cognitiva, 78% psicólogos utilizam a abordagem psicanalítica, enquanto que os assistentes sociais usam igualmente a abordagem cognitiva e sistêmica.

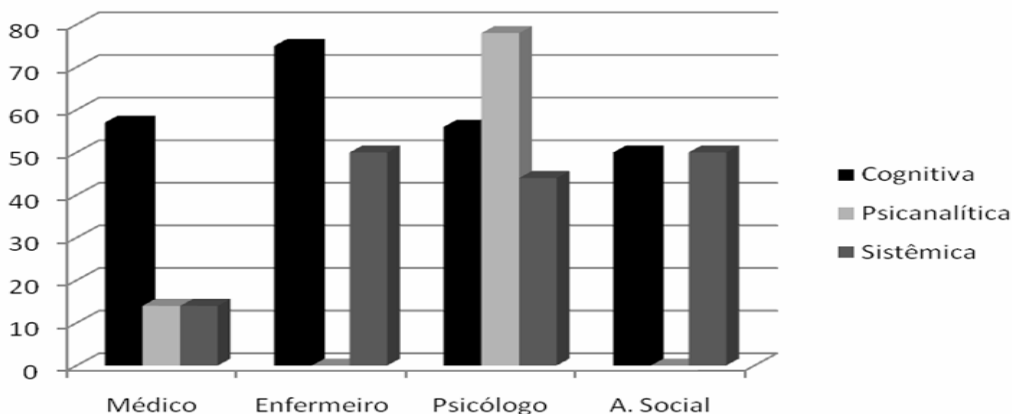


Gráfico 7 – Distribuição do tipo de abordagem utilizada pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste. Minas Gerais, 2010.

4.4 - Opinião dos profissionais dos CAPS sobre a aplicabilidade da política de saúde mental.

Quando questionados sobre a aplicabilidade da política de saúde mental na instituição onde trabalham a maioria dos profissionais responderam que seguem parcialmente as propostas da política. Informaram também que a estrutura de relações de trabalho é pouco adequada e há falha na formação dos profissionais. Destacando-se o trabalho da enfermagem, quase metade dos entrevistados considera a atuação desse profissional parcialmente satisfatória.

As principais dificuldades para uma atuação mais próxima das propostas políticas e organizacionais são financeiras (90%), políticas (87%), de recursos humanos (77%) e outras dificuldades (61%).

Tabela 9 – Opinião dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial da região Macrorregional Noroeste sobre as políticas, práticas e formação na psiquiatria. Minas Gerais, 2010.

Opinião dos profissionais	N	%
Política Nacional de Saúde Mental		
Não segue	05	16
Parcialmente	21	68
Totalmente	04	13
Não respondeu	01	3
Estrutura de relações		
Total	06	19
Pouca	23	74
Inexistente	02	7
Atuação satisfatória da enfermagem		
Sim	16	51
Parcial	12	39
Não	03	10
Falha na formação profissional		
Sim	12	39
Parcial	15	48
Não	04	13

5 - Discussão

Este estudo evidenciou que a maioria dos CAPS da região Macrorregional Noroeste são do tipo I, embora existam municípios que exigiriam CAPS tipo II se consideramos o número de habitantes e a preconização da política de saúde mental.

A cobertura oferecida pelo SUS na área de saúde mental compreende o parâmetro de um CAPS para cada 100 mil habitantes. “O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab., considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 150.000 habitantes, e os CAPS II, CAPSi (infantil) e CAPSad (álcool e outras drogas) dão cobertura a 100.000 habitantes” (BRASIL, 2010; MINAS GERAIS, 2008).

A Portaria 336 estabelece a distinção entre os CAPS, regulamenta e reorganiza as novas práticas de assistência aos usuários de saúde mental, define o número mínimo de recursos humanos, com discriminação das atribuições, segundo sua complexidade e abrangência (Brasil, 2004). “Assim, os CAPS são definidos como serviços estratégicos de substituição ao hospital psiquiátrico” (SOARES, SAEKI, 2006).

Assim, a quantidade de CAPS existentes na Macrorregional Noroeste é insuficiente, pois esta possui 33 municípios com população de 607.407 habitantes. Portanto a região necessita de mais CAPS, e destaca-se ainda a inexistência de serviços do tipo CAPSi, CAPSad e CAPS III.

As equipes que compõem os CAPS da região Macrorregional Noroeste possuem em comum, os profissionais médicos, enfermeiros e psicólogos, e o número de profissionais por equipe é o mínimo preconizado pela política de saúde mental. A maioria dos sujeitos do estudo é jovem, com pouca especialização na área de saúde mental, trabalham há pouco tempo na instituição e recebem baixos salários.

De acordo com a avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de São Paulo constatou-se que a insuficiência do quadro de pessoal está entre as dificuldades vivenciadas pelas equipes (CREMESP, 2010).

Além das equipes serem mínimas, a carga horária da maioria dos profissionais é menor que 30 horas, o que dificulta ações integralizadas e vínculo nas relações interpessoais com os usuários dos CAPS. Dessa forma, pergunta-se como o CAPS pode ser um serviço substitutivo do hospital psiquiátrico?

Um serviço para ser considerado substitutivo ao hospital psiquiátrico necessita de recursos humanos com maior tempo de trabalho na instituição, com

diferentes categorias profissionais, inclusive com formação na área de saúde mental, principalmente para evitar práticas asilares repetidas dos hospitais psiquiátricos.

Assim como outros estudos (Land, 2003; Austin y Mills, 2002)..que investigaram o papel e o perfil de profissionais de saúde mental esta pesquisa aponta para a necessidade de valorização do recrutamento de pessoal qualificado e da retenção desses profissionais nos serviços

Em relação às práticas dos profissionais que compõem as equipes dos CAPS destaca-se que o atendimento individual e a prescrição são as práticas mais freqüentes. Os profissionais que trabalham mais em grupo são aqueles cuja formação já prevê práticas grupais, como por exemplo, terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia e assistente social. Neste sentido observa-se que a prática profissional ainda se caracteriza pelo aspecto tradicional centrado na doença e na consulta individual.

Ao compartilhar o modelo biomédico, hegemônico, verifica-se uma consonância em torno de um único tipo de atenção à saúde, percebido como “pertinente a toda e qualquer situação referente ao processo saúde-doença nos planos individual e coletivo” (Peduzzi, 2001). A autora refere ainda que os profissionais, além de não dividir outros valores que poderiam criar outros modelos, deixam de investir na construção conjunta de outro projeto assistencial que inclua a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde.

Outros estudos indicam perfis de atividades realizadas nos CAPS diferentes do encontrado nesta pesquisa. Estas diferenças podem ser resultado de diferenças regionais do município e estar relacionados aos aspectos socioeconômicos do território em que o CAPS está inserido e à disponibilidade de recursos de saúde, lazer, esportes e cultura existentes na região (NASCIMENTO, GALVANESE, 2009).

As ações de enfermagem previstas no formulário de coleta de dados (Anexo III) são típicas da enfermagem, porém muitos profissionais informaram que também as realizam. Este resultado pode ser explicado pelo caráter interdisciplinar preconizado para as equipes de saúde mental.

“As diferenças técnicas dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções, entre as variadas áreas profissionais. As desigualdades referem-se à existência de valores e normas sociais, hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre as profissões” (Peduzzi, 2001).

O trabalho em equipe multiprofissional é essencial para a condução dos programas de saúde mental e a educação continuada deve estar presente sistematicamente no trabalho da equipe e do enfermeiro (MAURO, 1996). Neste sentido, o enfermeiro tem um importante papel educativo para os outros profissionais da equipe que realizam ou auxiliam nas atividades de enfermagem.

A desinstitucionalização do doente mental e a criação de serviços de base comunitária como os CAPS colocou a família como principal provedor de cuidados do doente mental. Assim diversos autores ressaltam a necessidade de incluir a família no plano terapêutico elaborado pelos profissionais (GALERA, 2009; PEREIRA, 2003).

A reforma psiquiátrica brasileira decorre de configurações como um movimento com diversos graus de adesão e entendimento pelos profissionais e de alguns segmentos da sociedade. Conhecida como desospitalização, sem as qualidades necessárias para viabilizar uma proposta de ressocialização/reabilitação, “reflete de forma negativa sobre a família, pois é nesta que se dá o embate com a realidade cotidiana do cuidado ao doente mental atribuído às mulheres” (GOLÇALVES, SENA, 2001).

Decorrente da reformulação da assistência psiquiátrica, “a unidade familiar assume um importante papel no cuidado e ressocialização dos sujeitos que sofrem de enfermidade mental”. Assim, é necessário conhecer a natureza familiar e como seus integrantes reagem e convivem com o sofrimento psíquico.” (WAIDMAN, 2004; DELGADO, 2004 apud BORBA, SCHWARTZ, KANTORSKI, 2008).

A família deve ser considerada como “ator social indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes”. Serviços de saúde mental que tem exigido a inclusão da família no plano de cuidados fortaleceram a criação e ampliação de uma rede comunitária de atendimento às pessoas com transtorno mental e a diminuição do tempo de internação em instituição psiquiátrica (ZANETTI, GALERA, 2007 apud BORBA et al, 2011).

Nesta pesquisa verificamos que 81% dos profissionais realizam atendimento familiar, e as principais abordagens adotadas são a cognitiva, a psicanalítica e a sistêmica.

Destaca-se, portanto que os CAPS são um importante avanço na construção de um sistema de saúde mental de base territorial e mais humanizado. No entanto, ainda são necessários vários ajustes para melhorar a assistência.

Neste sentido a opinião dos profissionais de que seguem parcialmente as recomendações da política de saúde mental é coerente com as informações sobre a prática profissional. Além disso, os profissionais consideram que a estrutura de relações de trabalho é pouco adequada e há falha na formação dos profissionais.

Os resultados obtidos nesta pesquisa mostram que ainda estamos distantes de conseguir construir uma equipe como a idealizada por Guljor e Amarante (2003). Segundo esses autores: “As relações horizontalizadas predisõem a democratização das relações.”

Para Levcovitz, Lima, Machado (2001) a descentralização não garante a atitude democrática da tecnologia decisória e necessita ainda do fortalecimento das competências administrativas e institucionais do governo central na direção do próprio processo de descentralização, principalmente em países heterogêneos como o Brasil. “O próprio avanço da descentralização, portanto, assinala a complexidade de consolidar uma política nacional de saúde em um país imenso, desigual, com um sistema político federativo”.

6 - Conclusões

O objetivo deste trabalho foi descrever as características dos profissionais que compõem as equipes dos cinco CAPS responsáveis pelo atendimento em saúde mental de toda a população existente na região Macrorregional Noroeste de Minas Gerais.

Para atender ao objetivo foram entrevistados todos os profissionais de nível superior quem compõem as equipes dos CAPS da região Macrorregional Noroeste.

Os resultados revelam que as propostas da reforma psiquiátrica têm avançado, pois atualmente existem serviços de saúde mental mais próximo da população. No entanto o número de serviços e de profissionais ainda é insuficiente, gerando dificuldades para que os profissionais adotem práticas mais próximas da preconizada nos textos sobre a reforma.

A necessidade de melhorar a formação profissional também é um dado importante deste trabalho.

7 - Referências

ANDREOLI, S. B.; RONCHETTI, S. S. B.; MIRANDA, A. L. P.; BEZERRA, C. R. M.; MAGALHÃES, C. C. P. B.; MARTIN, D.; PINTO, R. M. F. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 20 (3): 836-844. Rio de Janeiro, 2004.

AMARANTE, P. Saúde mental e Atenção Psicossocial. Temas em saúde. Ed Fiocruz, 2ª Ed. Cap. V Caminhos e tendências das políticas de saúde mental e atenção psicossocial no Brasil. Rio de Janeiro, 2008.

AUSTIN, W.; MILLS, K. Roles and functions of mental health personnel in the Caribbean. **Pan American Health Organization**. Virginia USA; April 2002.

BORBA, L. O.; PAES, M. R.; GUIMARÃES, A. N. ; LABRONICI, L. M.; MAFTUM, M. A. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, 2011; 45 (2):442-9. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em 30 de junho de 2011.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul Enferm**. São Paulo. 2008; 21(4): 588-94.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, Brasília, out., 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5ª edição ampliada. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF, 2005.

_____, Ministério da Saúde. **Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério reforça atendimento em saúde mental com 35 novos CAPS** Brasília, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11208. Acesso em 03 de julho de 2011.

CASTRO, T. M. ; SAEKI, T. **Atuação do enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial**. Dissertação de Mestrado. EERP/USP. Ribeirão Preto, 2007.

CUNHA, V. C. A.; GALERA, S. A. F. **Perfil epidemiológico da clientela assistida no CAPS I do município de Carmo do Paranaíba – MG. De agosto de 2004 a março de 2008**. Pôster apresentado ao IX encontro de especialistas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/SAD/anaisevento2008/resumos/PSM/77%20PSM%20V%20C3%A2nia%20Cristina%20Alves%20Cunha.pdf>; Acesso em 13 de abril de 2009.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2010. 104 p.

DATASUS. **Macrorregional Saúde**. Disponível em: <http://devdatasus.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040206&item=9> Acesso em 06 de julho de 2009.

DESVIAT, M. A reforma psiquiátrica. **Série: Loucura & Civilização**. Trad. Ribeiro, V.; Revisão Téc. AMARANTE, P.; 2ª reimpressão. Ed. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2008.

FERNANDES, C. L. L.; NOGUEIRA JÚNIOR, R. P. Desequilíbrios regionais e evolução industrial: uma análise para Minas Gerais no período 1995 – 2000. **Anais do XI Seminário sobre a Economia Mineira**. CEDEPLAR – UFMG, Belo Horizonte, 2004.

FUREGATO, A. R. F.; OSINAGA, V. L. M.; PILLON, S. C.; GALERA, S. A. F.. COSTA JUNIOR, M. L.;. **Papéis e funções dos profissionais dos serviços e políticas de saúde mental**. OPAS, 2003 – CAPES/PRODOC. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. EERP/USP, 2003.

FUREGATO, A. R. F.; GALERA, S. A. F.; PILLON, S. C.; SANTOS, J. L. F.; PITIÁ, A. C. A.; CARDOSO, L. Characterizing mental healthcare service teams. **Rev. Salud Pública**. 12 (5): 732-743, 2010.

GALERA, S. A. F. **A trajetória da família cuidadora – análise dos dez anos de convivência com o adoecimento mental**. Tese de Livre-Docência. Escola de Enfermagem de Ribeirão preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 2001, vol.9, n.2, pp. 48-55. ISSN 0104-1169. Acesso em 22 de julho de 2010.

GULJOR, A. P. F.; AMARANTE, P. D. **Os Centros de Atenção Psicossocial: um Estudo sobre a Transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental.** Dissertação de Mestrado.. Rio de Janeiro. 2003

LAND, S. Strengthening mental health nursing in the American Region with WHO Collaborating Centres and other partners. **Nursing and Midwifery Links**, 2003. –

LEVCOVITZ, E. ; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6 (2):269-291, 2001.

LOBOSQUE, A. M. VERONA, H.; ARINOS, M.; SOUZA, M. E. Capacitação em saúde mental para profissionais do Programa de Saúde da Família: uma experiência em curso. **Revista Mineira de Saúde Pública.** (4); n. 6; p. 35-51. Belo Horizonte, 2005.

LOBOSQUE, A. M.; ARMOND, D.; PERES, I.; BRAGA, P. R.; FERREIRA, S. M.; VIANA, W. **Saúde mental em letras mineiras.** Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Associação de Usuários de Saúde Mental de Minas Gerais. Grupo de produção temática em saúde mental da escola de saúde pública do Estado de Minas Gerais, s/d.

MAURO, M. Y. C. Saúde mental do trabalhador e o enfermeiro. **Revista Enf. UERJ** (extra): 81 – 8. 1996.

MINAS GERAIS. **Saúde anuncia novos investimentos para o Pro-Hosp.** 2004. Disponível em: <http://www.agenciaminas.mg.gov.br/detalhe_noticia.php?cod_noticia=723>. Acesso em: 23 de julho de 2010.

_____. Secretaria de estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. **Saúde em Casa** – Linha-guia para a saúde mental. Belo Horizonte, 2006.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Adscrição dos municípios e da população do estado por macrorregião e microrregião com população estimada para 2007. **AGR/ GRIS.** Belo Horizonte, 2007.

_____. **Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes.** Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Estimativa Populacional 2008. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo.pdf> Acesso em 13 de setembro de 2008.

MINAS GERAIS. **Gerências regionais de saúde.** Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/institucional/grs>> Acesso em: 13 setembro de 2008a.

_____. **Plano diretor de regionalização.** Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao> Acesso em: 13 de setembro de 2008b.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 483, de 22 de outubro de 2008.** Belo Horizonte. 2008 c. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br/cib>. Acesso em 09 de julho de 2009.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde.** Belo Horizonte, 2008-2011. 163p.

MOURA, A. de P. **A formação histórica do Noroeste Mineiro.** UNI-BH/ UEMG. 2002. Disponível em: <<http://www.asminasgerais.com.br/?item=CONTEUDO&codConteudoRaiz=92>> Acesso em: 08 de julho de 2009.

NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública [online].** 2009, vol.43, supl. 1, p. 8-15. ISSN 0034-8910.

NUNES, M. JUCÁ, V. J. VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>>. Acesso em 02 de dezembro de 2009.

OLIVEIRA, B. S.; SOARES, B. R. Cidades locais do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba/MG: algumas considerações. **Revista Caminhos de Geografia/UFU.** 3 (5). Uberlândia, 2002.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública** 2001; 35 (1):103-9. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp. Acesso em 02 de julho de 2011.

PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Rev Psiquiatr Rs**, Osório, v. 27, n. 3, set./dez. 2005.

PEREIRA, M. A. O. **A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção.** Tese de Livre-Docência. Escola de Enfermagem de Ribeirão preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.

PITTA, A. M. F. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? **J. Brasileiro Psiqu.**, v. 43, n. 12, p. 647-654, dez. 1994.

RABELO, A. R. et al. **Um Manual para o CAPS**. Salvador : Editora Bigraf. 2005.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Tradução de Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Williams Valentini. Ed. Te Corá. Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte/Rio de Janeiro, 2ª edição, 2001.

SOARES, S. R. R. SAEKI, T. O centro de atenção psicossocial sob a ótica dos usuários. **Rev latino-am enfermagem**. 2006, 14(6). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em 03 de julho de 2011.

SOUZA, M. E. O lugar do CAPS na consolidação da política de saúde mental do Estado de Minas Gerais: dispositivo estratégico. **Olympia – Cadernos de Saúde mental de Ouro Preto**. 2 (2), p. 22-24. Ouro Preto, 2008.

VILELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 57(6), p. 738-41. Brasília, 2004.

WETZEL, C. KANTORSKI, L. P. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. Tese de Doutorado. EERP/USP. Ribeirão Preto, 2005.

WEISS, M.; COHEN, A. ;EISENBERG, L. (Mental Health. In: Merson, M., Black, R., Mills, A. **International Public Health – diseases, programs, systems, and policies**. (p.331-377) Maryland: Aspen Publishers, Inc.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Relatório Mundial de Saúde**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Climeps. Lisboa-Portugal, 2002.

XAVIER, M. C.; BOTTI, N. C. L. **A política de atenção a saúde mental em Minas Gerais – um estudo nas macrorregiões no ano de 2007**. Disponível em:<http://www.fafich.ufmg.br/prisma/images/stories/Docs/gt4/A_politica.pdf> Acesso em 08 de julho de 2009.

Apêndices

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Idoso**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO****UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****SEÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

(16) 3602 3394 - Fax (16) 3633 3271 - E-mail: spg@eerp.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

RG _____, Confirmando ter recebido as informações sobre a pesquisa a ser desenvolvida, e estou ciente sobre os direitos abaixo relacionados:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa.
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo para o entrevistado.
3. A segurança de que serão preservadas a identidade e privacidade do entrevistado.
4. O compromisso de me valer da legislação em caso de dano.
5. A garantia de que não haverá riscos e nem desconfortos, gastos de qualquer natureza.
6. A garantia de seguir todas as exigências que constam na Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996, que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos.

Fui orientado (a), em caso de dúvidas a procurar a professora Sueli Ap. Frari Galera na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP ou pelo telefone (16) 3602-3408/e-mail: sugalera@eerp.usp.br ou a enfermeira especialista Vânia Cristina Alves Cunha, pelo telefone (34)3851-5272/e-mail: vaniacenf@usp.br.

Por este termo, declaro que tenho conhecimento dos direitos acima descritos e assumo a participação no estudo realizado pela pesquisadora que o subscreve.

De acordo,

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____

Participante da pesquisa_____
Responsável pela pesquisa

Anexos

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

PARTE I – PESQUISADOR

1 - Código da instituição	Número de identificação da instituição
2 - Código do sujeito	Número de identificação do sujeito

PARTE II – ENTREVISTADOS

(OBS.: Nas questões de assinalar, apenas marque um número ou palavra)

I – CONTEXTUALIZAÇÃO

3 – Idade - Especificar anos completos _____		
4 – Sexo:	(1) feminino	(2) masculino
5 - Formação acadêmica		
(1) Médico	(2) Enfermeiro	(5) Terapeuta Ocupacional
(3) Psicólogo	(4) Fisioterapeuta	(6) Outro.
Se Outro, especifique _____		
6 – Qual seu tempo de formação? Especificar anos ou meses completos: _____		
7 – Tem especialização?	(1) Sim	(2) Não
8 – Qual o tipo de especialização:	(1) Saúde Mental;	(2) Outra; (3) Não tem
9 – Qual seu tempo de trabalho na área? Especificar anos ou meses _____		
10 – Quanto tempo trabalha na instituição? Especificar anos ou meses _____		
11 – Qual a jornada de trabalho? Horas completas por semana _____		
12 – Qual sua faixa salarial bruta? (1) 0-999 Reais; (2) 1000-1999 Reais; (3) 2000-2999 Reais; (4) 3000-3999 Reais; (5) 4000-4999 Reais		
13 – Tem outro emprego?	(1) sim	(2) não
14 – Qual tipo do outro emprego?	(1) saúde mental;	(2) outra área; (3) não tem

II – O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL

24 - Qual o tipo de atendimento individual que realiza?			
(1) Médico (2) Psicologia; (3) Enfermagem (4) Terapia ocupacional (5) Serviço Social (6) Outros			
Se Outros, especifique_____			
25 Você atende em grupos?	(1) sim	(2) não	
26 – Que tipo de prescrição faz? (1) Médica (2) Enfermagem (3) Psicologia (4) Outros (5) Não faz			
Se Outros, especifique_____			
27 - Administração de medicação	(1) Sim	(2) Não	
28 - Cuidados físicos	(1) Sim	(2) Não	
29 – Conforto	(1) Sim	(2) Não	
30 – Sinais Vitais	(1) Sim	(2) Não	
31 – Sono	(1) Sim	(2) Não	
32 – Recreação	(1) Sim	(2) Não	
33 – Observação	(1) Sim	(2) Não	
34 – Anotação	(1) Sim	(2) Não	
35 – Interações terapêuticas	(1) Sim	(2) Não	
36 – Faz atendimento familiar?	(1) Sim	(2) Não	
37 – Como atende famílias?			
(1) Sozinho (2) Com outro profissional (3) Sozinho e com outro profissional (4) Não atendo famílias			
38 – Médico	(1) Sim	(2) Não	(3) Não atendo famílias
39 – Enfermeiro	(1) Sim	(2) Não	(3) Não atendo famílias
40 – Psicólogo	(1) Sim	(2) Não	(3) Não atendo famílias
41 – Terapeuta Ocupacional	(1) Sim	(2) Não	(3) Não atendo famílias
42 – Assistente Social	(1) Sim	(2) Não	(3) Não atendo famílias
43 – Outros	(1) Sim	(2) Não	(3) Não atendo famílias. Se Sim , especifique_____
44 – Grupos de famílias	(1) Sim	(2) Não	(3) Não atendo famílias
45 – Uma família	(1) Sim	(2) Não	(3) Não atendo famílias
46 – Um familiar	(1) Sim	(2) Não	(3) Não atendo famílias

47 – Cognitiva	(1) Sim	(2) Não	(3) Não atendo famílias
48 – Psicanalítica	(1) Sim	(2) Não	(3) Não atendo famílias
49 – Sistêmica	(1) Sim	(2) Não	(3) Não atendo famílias
50 – Pichón	(1) Sim	(2) Não	(3) Não atendo famílias
51 – Outra	(1) Sim	(2) Não	(3) Não atendo famílias
52 - Você faz observação do comportamento do paciente?	(1) Sim	(2) Não	
53 – Durante a interação com o paciente	(1) Sim	(2) Não	
54 – Após o contato com o paciente	(1) Sim	(2) Não	
55 – Apenas no final do plantão	(1) Sim	(2) Não	
56 – No livro de anotações da unidade	(1) Sim	(2) Não	
57 – Não faz nenhuma anotação	(1) Sim	(2) Não	
58 – Durante a interação com o paciente	(1) Sim	(2) Não	
59 – Após o contato com o paciente	(1) Sim	(2) Não	
60 – Apenas no final do plantão	(1) Sim	(2) Não	
61 – No livro de anotações	(1) Sim	(2) Não	
62 – Não faz nenhuma anotação	(1) Sim	(2) Não	
63 - Você faz preparo para alta de internação do paciente? (OBS.: Para unidades de agudos e de emergência)	(1) Após alta médica (2) durante toda a permanência dele na instituição (3) Não faz preparo para alta		
64 - Você promove ações visando autonomia para o paciente? (OBS.: Para unidades de ambulatório e CAPS)	(1) após alta médica (2) durante toda a permanência dele na instituição (3) Não promove ações de autonomia		
65 - Você exerce (ou exerceu) cargo de gerente em unidade de saúde mental?	(1) NÃO (2) SIM		
66 Você exerce (ou exerceu) atividades de gerenciamento da equipe de enfermagem	(1) Sim (2) Não		
67 - Você faz supervisão de equipe de auxiliares?	(1) Sim	(2) Não	
68 - Que tipo de equipe de auxiliares você faz supervisão?	(1) Enfermagem (2) Terapia ocupacional (3) Serviço Social (4) Psicologia (5) Outros Especifique_____		

III – POLÍTICAS, PRÁTICAS E FORMAÇÃO NA PSIQUIATRIA
(OBS.: As questões dessa parte também serão realizadas em entrevista oral)

69 - Como você considera que sua instituição segue a Política Nacional de saúde mental?		
(1) Não segue	(2) Segue parcialmente	(3) Segue totalmente
Justifique: _____ _____ _____ _____ _____		
Quais as principais dificuldades que você considera na área da saúde mental?		
70 – Financeiras	(1) Sim	(2) Não
71 - De pessoal	(1) Sim	(2) Não
72 - Políticas	(1) Sim	(2) Não
73 – Outras	(1) Sim	(2) Não
Se Sim, Especifique: _____ _____		
74 - A estrutura de relações de trabalho da equipe de saúde mental no seu serviço é adequada?		
(1) Total	(2) Pouca	(3) Inexistente
Descreva sua percepção sobre essa estrutura: _____ _____ _____ _____ _____ _____		
75 - A atuação da enfermagem em saúde mental no seu serviço é satisfatória?		
(1) Sim	(2) Parcialmente	(3) Não
Explique: _____ _____ _____ _____ _____		

76 - Você considera que há falha na formação profissional de sua categoria para exercer o trabalho na saúde mental?

(1) Sim (2) Parcialmente (3) Não

Justifique: _____



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS
PRÓ-REITORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

Parecer sobre Projeto de Pesquisa – Protocolo n°: 119 /09

Nome do Projeto: Papéis e funções dos profissionais dos serviços e políticas de saúde mental da região macrorregional Noroeste de Minas Gerais

Autores (as): Vânia Cristina Alves Cunha
Sueli Aparecida Frari Galera

Área do conhecimento a que está vinculado: _____

Parecer:

- Aprovado**
 Pendente (__/__/__)
 Retirado
 Reprovado
 Aprovado e encaminhado para apreciação pela CONEP

Pendências: (Deverão ser atendidas pelo pesquisador no prazo máximo de 60 dias)

Local e Data: Patos de Minas, 05 de novembro de 2009

Assinatura do Parecerista: _____ 

Assinatura do Presidente do CEP: _____ 