

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ALESSANDRA MARQUES LEITE

**A INTEGRALIDADE DA ASSISTENCIA AO PORTADOR DE TRANSTORNO
MENTAL: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ALESSANDRA MARQUES LEITE

**A INTEGRALIDADE DA ASSISTENCIA AO PORTADOR DE TRANSTORNO
MENTAL: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

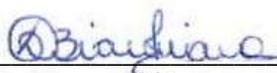
Profa. Orientadora: Bianca Cristina Ciccone Giacon

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado “A integralidade da assistência ao portador de transtorno mental: avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde”, de autoria do aluno **Alessandra Marques Leite** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial.



Profa. Dra. Bianca Cristina Ciccone Giacon
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

Á minha família pelo amor e apoio incondicional,
pela compreensão ao longo curso e elaboração do
trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus amigos de trabalho que contribuíram para a construção do sonho com as experiências individuais que enriqueceram nosso cotidiano,

Ao Dr. Fabrício Oliveira e Dr. Antônio Augusto que estimularam meu crescimento profissional e um novo olhar para a saúde mental,

Aos usuários dos serviços onde trabalhei que permitiram o meu crescimento pessoal e profissional ao se entregarem aos meus cuidados de enfermagem,

A profa. Bianca Giacon pela paciência, compreensão e orientação ao trabalho de conclusão, que levarei como experiência impar para minha vida acadêmica;

Aos gestores da SMS Contagem que acreditaram na proposta e autorizaram a participação no curso de especialização.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVO.....	15
4 MÉTODO.....	16
5 RESULTADO E ANÁLISE.....	19
6 REFERÊNCIAS.....	20
APÊNDICES E ANEXOS	22
APÊNDICEA	23
APÊNDICE B.....	24
APÊNDICE C.....	25
APÊNDICE D	26

RESUMO

O cuidado prestado ao portador de transtorno mental ainda ocorre de maneira fragmentada e desarticulada, o que acarreta a não assistência adequada desses indivíduos. Mesmo que cada serviço tenha suas diretrizes e suas dimensões de cuidado, é necessário que os mesmos se articulem para que uma assistência integral e de qualidade seja realizada. Considerando a atenção básica como ponto de partida para uma rede integrada de cuidados, que avalia o sujeito em sua singularidade, e busca produzir a atenção integral, orientada pelos princípios da acessibilidade, vínculo, acompanhamento longitudinal, integral e equânime, e que esta realidade ainda está distante de muitos serviços, este estudo tem como objetivo identificar os conhecimentos dos profissionais de saúde mental e da atenção básica sobre a avaliação das necessidades de saúde (clínicas e psíquicas) dos portadores de transtornos mentais, e os fatores que interferem na assistência integral à saúde desses indivíduos. A coleta de dados será realizada com todos os profissionais de enfermagem de nível superior, alocados nas unidades básicas de saúde e nos CAPS do município de Contagem – Minas Gerais. Ela é de natureza qualitativa e será realizada através de uma entrevista semi-estruturada. O material coletado será submetido à técnica de análise de conteúdo. O projeto será encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa e todos os participantes assinarão o TCLE. A partir dos resultados encontrados, será possível propor intervenções para esses profissionais, com o objetivo de melhorar a assistência integral aos portadores de transtornos mentais conforme demanda identificada.

1 INTRODUÇÃO

O início do processo de reforma na assistência psiquiátrica no Brasil, foi contemporâneo ao movimento sanitário na década de 70, o qual propunha a mudança dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde, visando à saúde coletiva, equidade na oferta de serviços e a participação ativa dos trabalhadores e usuários no processo de gestão. As experiências desse processo de mudança implicaram em uma nova perspectiva de organizar os serviços de saúde mental e a assistência psiquiátrica, influenciando de maneira positiva para o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na década de 80 (BRASIL, 2005a).

Nesse contexto, movimentos como o Congresso Mineiro de Psiquiatria e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental foram marcos importantes da luta antimanicomial, pois eles iniciaram a proposta de mudança em um cenário formado por décadas de superlotação dos hospitais, maus tratos a indivíduos portadores de transtorno mental e condições precárias dos serviços psiquiátricos prestados (BRASIL, 2005a).

O III Congresso Mineiro de Psiquiatria, o qual contou com a participação do psiquiatra italiano Franco Basaglia, responsável pela Reforma Psiquiátrica da Itália, propôs a ampliação da discussão sobre a loucura e a assistência ao portador de transtorno mental para além do âmbito dos profissionais de saúde, englobando a população como um todo. O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, iniciou o processo da reforma, tendo como lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Ele denunciou a violência em manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia da rede privada de assistência, apresentando críticas ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico. Defendendo assim, a desinstitucionalização dos indivíduos, o que fez surgir novas propostas e ações para a reorientação da assistência (BRASIL, 2004).

Desta maneira, no final da década de 80, com a intervenção no Hospital Psiquiátrico “Casa de Saúde Anchieta” e concomitante, o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, reforçou-se a necessidade de se reestruturar a assistência ao portador de transtorno mental, a partir da construção de uma rede de cuidados que fosse capaz de substituir o hospital psiquiátrico. Surge então os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), as cooperativas e residências para egressos, as associações sociais e outros dispositivos, os quais caracterizaram a proposta da Reforma Psiquiátrica e sua viabilidade (BRASIL, 2004).

Iniciou-se, então, um movimento de reestruturação das políticas públicas e de suas diretrizes para o cuidado em saúde mental, em concordância com as propostas da Reforma Psiquiátrica. Como resultado, há a proposta e promulgação da Lei Federal no. 10.216, no ano de 2011, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em saúde mental, ou seja, de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitária (BRASIL, 2005a).

Este novo modelo de Atenção em Saúde Mental objetiva a ampliação e qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais, com base no território. A atenção hospitalar passa a ser complementar e a concepção do cuidado perpassa pelo envolvimento da rede social, cultural e familiar, propiciando que a atenção psicossocial traduza novas oportunidades para o exercício da cidadania e autonomia. Desse modo, “a reforma psiquiátrica que queremos”, como dito na *Linha Guia: Atenção em Saúde Mental*, é aquela que seja capaz de superar o modelo hospitalocêntrico, que respeite a singularidade do indivíduo, que apresente a interlocução com movimentos sociais, que lute pela transformação social e que ofereça serviços substitutivos em uma rede de assistência à saúde coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINAS GERAIS, 2007).

E apoiado nos princípios de integralidade, ressalta-se a importância da articulação das Unidades Básicas de Saúde com os serviços especializados em Saúde Mental, visando o melhor acompanhamento de portadores de transtornos mentais, além de intervenção precoce e promoção da saúde (CAÇAPAVA, 2009).

O Ministério da Saúde caracteriza a Atenção Básica como um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Ela é pautada nos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2004).

No entanto, ainda que, as ações de promoção da saúde mental e a identificação de problemas são também de âmbito e responsabilidade dos serviços de atenção básica, estes nem sempre atuam visando a produção de cuidados em saúde mental. Nesse sentido os profissionais da Saúde Mental podem oferecer mais subsídios à Atenção Básica enquanto que os profissionais da Atenção Básica apresentam mais proximidade com a população (PAULA, 2009).

Estudos sobre ações de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde e a assistência de enfermagem aos indivíduos com transtornos mentais nesses serviços, demonstram que os profissionais da atenção básica referem não se sentirem preparados para realizar assistência em saúde mental, devido à falta de formação, tanto acadêmica como de capacitação e treinamento pelos próprios serviços. Ou seja, apesar das Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família serem serviços que possam realizar ações preventivas e de detecção precoce de transtornos mentais ou sofrimento psíquico, elas, muitas vezes, não conseguem organizar e planejar essas ações (WAIDMAN, et al., 2012). Para Dalgalarondo (2008), a avaliação das dimensões psíquicas e físicas devem ser realizada no cuidado de qualquer pessoa que apresente ou não sofrimento mental.

Desta maneira, pode-se perceber que o cuidado prestado ao portador de transtorno mental ainda ocorre de maneira fragmentada, ou seja, os serviços de atenção básica entendem que o cuidado por eles oferecidos devem estar relacionados às dimensões físicas do indivíduo, enquanto que as dimensões psíquicas devem ser de responsabilidade dos serviços de saúde mental. Porém, mesmo que cada serviço tenha suas diretrizes e suas dimensões de cuidado, é necessário que os mesmos se articulem para que os princípios da integralidade do cuidado seja proporcionado ao usuário, pautados em suas individualidades, necessidades de saúde e ciclos de vida, visando a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

2 JUSTIFICATIVA

Com a estruturação e a mudança de um regime político militar para a democracia, e a promulgação da nova constituição, a saúde é instituída como direito social de todos e dever do Estado (BRASIL, 2005b). Concomitante a esta reestruturação política, alguns movimentos sociais, dentre eles a Reforma Sanitária, foram se estruturando e influenciando diretamente os pressupostos organizacionais e fundamentais do SUS. E neste contexto, situa-se a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que, de maneira similar à Reforma Sanitária, propõe a implantação de uma rede integrada de serviços, de base comunitária, com ofertas complexas de atenção médico-social (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pelas leis federais 8080/1990 e 8142/1990, com o propósito de implementar um sistema de saúde que conseguisse contemplar a Constituição Federal de 1988, a qual determina a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2005b). Seus alicerces são fundamentados nos princípios de: Acesso Universal público e gratuito as ações e serviços de saúde; Integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; Equidade como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; Descentralização dos recursos de saúde garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; Controle Social pelos Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde, Conselhos Nacional de Saúde com representação de usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil (BRASIL, 2004).

No caminho de atender os seus princípios, ou seja, proporcionar um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), propõe a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS propõem que as ações e serviços de saúde, de diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, devem ser articuladas de forma complementar e com base territorial. Ela também estabelece uma atenção básica estruturada que tenha a função de ser a primeira instituição de saúde a dar assistência ao indivíduo e, assim, a principal porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2012a).

Ela deve ser formada por uma equipe multidisciplinar que seja capaz de dar assistência a toda população, integrando e coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2012a).

“A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (BRASIL, 2012a, p. 21).

Em relação aos princípios dos SUS, que regem a organização e estruturação de toda a rede de assistência proposta por ele, os princípios da universalidade da atenção, o da integralidade e o da equidade são reconhecidos com princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, o da regionalização e o da hierarquização como princípios organizacionais (SILVEIRA, 2009).

O princípio da integralidade é definido pelo SUS como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessário para cada indivíduo assistido, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). Para Pinho (2006), a integralidade não pode ser definida apenas como uma diretriz básica do SUS, mas ela deve ser percebida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência livre de reducionismo, que veja o ser humano através de uma visão abrangente, ou seja, não apenas como indivíduos doentes, mas como indivíduos constituídos de sentimentos, desejos e aflições. No intuito de ampliar e desenvolver um cuidar pelos profissionais de saúde com mais acolhimento, vínculo e, também, mais sensível as dimensões do processo saúde/doença e das necessidades dos usuários.

Nesse contexto, os sistemas integrados de saúde deveriam garantir atenção à saúde em seus três níveis de complexidade (primário, secundário e terciário), priorizando ações de promoção e prevenção da saúde, e articulando essas ações com ações de cura e recuperação, oferecendo desta maneira, uma abordagem integral do indivíduo e à sua família (GIOVANELLA, et al, 2000).

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Estado de Minas Gerais, para atender a proposta da Reforma Psiquiátrica, apresenta na Linha Guia Saúde Mental, alguns princípios que subsidiam

a mudança no sistema de saúde mental para a superação do modelo hospitalecentrico. Tais princípios são: 1) o respeito à singularidade - os diagnósticos são os mesmos, mas as pessoas são únicas e cada um tem sua própria história; 2) Crítica ao tecnicismo – reconhece a importância da aplicabilidade dos recursos da ciência e a acessibilidade a todos que necessitem, porém, reforça que a Reforma Psiquiátrica vai além da questão técnica: é um processo social e político de lutas contra discriminação e as violências impostas aos portadores de sofrimento mental; 3) Coragem do pensamento - esta é uma exigência essencial num movimento que se opõe ao reducionismo da técnica e ao empobrecimento da cultura; 4) Superação do hospital psiquiátrico – propõe um modelo assistencial que dispensa inteiramente o hospital psiquiátrico, este que sempre serviu a segregação das pessoas socialmente inadaptadas; 5) Implantação de uma rede de serviços substitutivos - conjunto de ações e equipamentos necessários a cada município para que não se necessite do recurso ao hospital: CAPS, Centros de Convivência, Morádias, Núcleos de Produção Solidária e UBS priorizando o atendimento aos casos mais graves (MINAS GERAIS, 2007).

A criação desses serviços substitutivos aos “Manicômios” tem melhorado a qualidade vida dos usuários. Merhy (2014) acredita que a formação de uma rede articulada entre serviços de saúde mental, os serviços de urgência e emergência e as equipes locais de saúde, como serviços de atenção básica à saúde, seja essencial para a resolução de problemas que possam justificar a manutenção da lógica manicomial. Para ele, a melhor solução encontrada é aquela presente em uma rede de assistência à saúde que seja capaz de cuidar das necessidades de sua população, de maneira articulada, sem gerar exclusão e segregação, e que proporcione oportunidades de intervenções terapêuticas e trabalhos intersetoriais inclusivos.

Porém, para Nascimento (2004), a prática dos profissionais de saúde na atenção básica estão voltadas para ações ministeriais como aquelas ligadas a saúde da mulher, da criança, do idoso, do adolescente. Ele também descreve que a organização desta rede de atenção básica está, ainda, baseada na queixa clínica, na qual as ações curativas são dominantes.

Para Dalagarrondo (2008), os portadores de transtornos mentais também apresentam morbidade física frequentes, assim como a população geral. Apesar disso, essas necessidades clínicas desses indivíduos ainda são “sub diagnosticadas”, não adequadamente reconhecidas e tratadas. Para ele, algumas possíveis causas desta realidade é que muitas vezes o médico clínico geral tende a não examinar adequadamente o doente mental, pois ele não é “seu doente”, é “doente apenas do psiquiatra”. E o psiquiatra não realiza o exame físico do paciente, pois não se considera

“médico do corpo”, mas “especialista” ou “médico exclusivamente do psiquismo, do comportamento ou da alma”.

Diante do exposto e das dificuldades apresentadas pelos serviços e profissionais da atenção básica, em perceber e assistir o portador de transtorno mental em sua integralidade, bem como articular o cuidado com o serviço de saúde mental, o presente trabalho tem como finalidade conhecer o saber dos profissionais o levantamento das necessidades de saúde dos portadores de transtornos mentais, e quais os possíveis fatores interferem na assistência integral à saúde desses indivíduos.

3 OBJETIVO

Identificar quais os conhecimentos dos profissionais de enfermagem da saúde mental e da atenção básica sobre a avaliação das necessidades de saúde (clínicas e psíquicas) dos portadores de transtornos mentais, e os fatores que interferem na assistência integral à saúde desses indivíduos.

4 METODO

4.1 Considerações gerais

Trata-se de um estudo qualitativo a ser realizado com os profissionais atuantes na Rede de Atenção Psicossocial e de Atenção Básica do município de Contagem, Estado de Minas Gerais, no ano de 2015.

4.2 Participantes

Os participantes serão todos os profissionais de enfermagem, de nível superior, que atuam nos diferentes serviços que constituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Atenção Básica (AB) do município de Contagem. Os enfermeiros atuantes nestes serviços totalizam aproximadamente 149 profissionais: 18 enfermeiros na RAPS e 131 enfermeiros na AB.

4.3 Seleção dos participantes

Primeiramente, será realizado um levantamento de todos os profissionais de enfermagem de nível superior que atuam nos diferentes serviços que constituem a RAPS e a Atenção Básica do município de Contagem através do quadro de funcionários de cada serviço. Após este levantamento, os profissionais serão convidados a participar pelo pesquisador. Nesse momento será explicando o objetivo do estudo e importância da participação destes. Serão excluídos os profissionais que se encontrarem de férias, licença saúde e licença prêmio ou recusarem de participar do estudo.

4.4 Locais de estudo

O município de Contagem possui 603.048 habitantes. Sua população economicamente ativa está distribuída nos setores de comércio e prestação de serviços seguida pelo setor da indústria. A renda per capita média é de R\$ 280,51 e o índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,789 (IBGE, 2007). A rede de serviços de atenção à saúde do município de Contagem é formada: na Atenção Básica por 95 Equipes de Saúde da Família (ESF), 18 Unidades Básicas sem ESF, 8 Núcleos de Apoio ao Saúde da Família; na Atenção Secundária por dois Centro de Consultas Especializadas, um Centro de Referência de Saúde do Homem, um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, cinco Unidades de Pronto Atendimento, duas Unidades de Suporte Avançado

(USA - SAMU) e sete Unidades de Suporte Básico (USB - SAMU), dois CAPS III, um CAPSi, um CAPS AD, um Centro de Convivência e duas Residências Terapêuticas; e na Atenção Terciária por um Hospital e Maternidade Municipal Microrregional.

Desta maneira, como critério de seleção dos participantes, serão entrevistados enfermeiros que exercerem atividades serviços que constituem a RAPS e a Atenção Básica do município de Contagem, ou seja, enfermeiros das ESF's, CAPS III, CAPSi e CAPS AD.

4.5 Instrumento de coleta de dados

Será utilizado para a coleta dos dados a entrevista semi-estruturada, elaborada pelo pesquisador, com o objetivo de identificar os conhecimentos dos profissionais de saúde mental e da atenção básica sobre a avaliação das necessidades de saúde (clínica e psíquica) dos portadores de transtornos mentais, e os fatores que interferem na assistência integral à saúde desses indivíduos.

Será utilizado dois instrumentos para a coleta de dados, um contendo variáveis sócio-demográficas dos participantes (sexo, idade, formação profissional, tempo de experiência, serviço de atuação) (APENDICE A) e o roteiro da entrevista semi-estruturada contendo as questões norteadoras (APENDICE B).

4.6 Coleta dos dados

Após aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa, o pesquisador entrará em contato e convidará os profissionais de enfermagem de nível superior lotados nos serviços descritos anteriormente para participar do estudo. No momento do convite será agendada a entrevista. As entrevistas serão realizadas em local e horário pré-determinado pelo participante. Cada entrevista terá uma duração média de uma hora. As entrevistas serão gravadas, transcritas e todas as informações que possam identificar o profissional serão retiradas.

4.7 Aspectos éticos

O pesquisador entrará em contato com as instituições envolvidas no estudo solicitando autorização para conversar com os participantes. Após autorização dos serviços, o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa responsável, para apreciação. Antes do início da entrevista, os participantes serão esclarecidos em relação ao objetivo da pesquisa e assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Será garantido aos participantes o sigilo de

suas identidades, visando resguardar seus direitos e sua privacidade. Para realização deste trabalho, consideraremos os aspectos éticos da resolução Conselho Nacional de Saúde 466/12 (APÊNDICE C) (BRASIL, 2012b).

4.8 Organização e análise dos dados

As entrevistas serão ouvidas e transcritas integralmente. O texto resultante será revisado afim de que toda referência que possa identificar o participante ou pessoas citadas por ele sejam eliminadas com o objetivo de proteger sua identidade. O material coletado e selecionado será submetido à técnica de análise de conteúdo (MAYAN, 2001). As entrevistas serão lidas visando identificar trechos que revelem os conhecimentos dos profissionais de saúde mental e da atenção básica sobre a avaliação das necessidades de saúde (clínicas e psíquicas) dos portadores de transtornos mentais e os fatores que interferem na assistência integral à saúde desses indivíduos. Em seguida serão agrupadas de acordo com o tema e núcleo de significação das palavras entre as unidades de análise (MAYAN, 2001).

5 RESULTADOS ESPERADOS

O município possui cobertura de saúde da família em apenas 56% nos últimos 14 anos. A rede de saúde é fragmentada não existindo integração das ações, apesar da existência de serviços nos três níveis de atenção à saúde que, teoricamente, se complementam para garantir a assistência coerente com os princípios do SUS.

A assistência de enfermagem na atenção básica no município de Contagem é respaldada por portaria municipal no. 001/1999, que possibilita que o profissional realize suas atividades pautadas em protocolos municipais, estaduais e ministeriais com boa receptividade da população em geral. A portaria no. 001/99 define as ações assistenciais a gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos e do programa de imunização, tuberculose e hanseníase assim como a prescrição medicamentos, exames e encaminhamentos a especialidades médicas. (CONTAGEM, 2000)

Porém, apesar dos avanços da luta antimanicomial e dos serviços substitutivos implantados no município, os indivíduos portadores de transtornos mentais ainda não são citados em protocolos assistenciais da atenção básica. Houve um ensaio de implantação do apoio matricial nas equipes de saúde da família, mas que, logo no seu início foi substituído pelo NASF que não conseguiu realizar o processo de trabalho dentro das propostas do matriciamento.

Desenvolvendo a proposta deste trabalho será possível demonstrar para os profissionais e gestores municipais, a lacuna existente no cotidiano da assistência ao portador de transtorno mental na atenção básica e propor ações educativas permanentes a esses profissionais na lógica de uma rede assistencial integrada, bem como instrumentos que possam auxiliar os profissionais de enfermagem no atendimento integral e articulado destes indivíduos. (APENDICE D).

Contribuir para que os usuários da saúde mental tenham uma assistência de saúde com equidade, acesso, integralidade utilizando o modelo de redes de cuidado de base territorial e de atuação transversal será a realização de compromisso pessoal com o exercício profissional e com os ideais do SUS que tanto queremos.

6 REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF, 2005a.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. São Paulo: Saraiva, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12. Dispõe sobre normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2012b.

CAÇAPAVA, J. R. et al. Trabalho na atenção básica: integralidade no cuidado em saúde mental. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 43, n. 2, p. 1256-1260, 2009.

CONTAGEM, MG. **Portaria 001/ 99: Dispõe da assistência de enfermagem no município de Contagem**. Fundação de Assistência Médica de Contagem. 2000. mimeo

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008, 2ª. ed. 440p.

GIOVANELLA, L. et al. **Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção**. Relatório de pesquisa, Rio de Janeiro. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000. mimeo

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Censo Demográfico 2007**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf>. Acessado em: 02 mai 2014.

MAYAN, M. **Una Introducción a los Métodos Cualitativos: Un Módulo de Entrenamiento para Estudiantes y Profesionales**. Universidad Autónoma Metropolitana. Disponível em: <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>.

MERHY, E. E. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores.** 31 jan 2014. Disponível em: <http://residenciapqcandido.blogspot.com.br/> Acesso em: 06 fev 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental.** Marta Elizabeth de Souza. 2ª. Ed. Belo Horizonte, 2007.

NASCIMENTO, A. A. M.; BRAGA, V. A. B. **Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do programa saúde da família de Caucaia – CE.** Disponível em <http://132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2004/vol9/no1/10.pdf>. Acesso em: 13 nov 2013.

PAULA, P. P. **Políticas Públicas Atuais de Saúde Pública e os serviços substitutivos em Belo Horizonte.** In: XV Encontro Nacional da ABRAPSO: “Psicologia Social e Políticas de Existência: fronteiras e conflitos”. Maceió. Nov/2009.

PINHO, I. C; SIQUEIRA, J. C. B. A.; PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica Enfermagem**, n. 8, p. 42-51, 2006.

SILVEIRA, M. R. **A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário.** [Doutorado] Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009. 146 p.

WAIDMAN, M. A. P. et al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e as famílias na atenção básica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 346-351, 2012.

APÊNDICE A

Questionário sócio demográfico

Iniciais do entrevistado: _____

Serviço de atuação: _____

Sexo: F M Data de nascimento: _____

Escolaridade: Ensino superior completo

Especialização Em que área?: _____

Mestrado Em que área?: _____

Doutorado Em que área? _____

Estado civil: _____

Número de filhos: _____

APÊNDICE B

Questões norteadoras para a Entrevista semi-estruturada:

A) A partir de sua formação como enfermeiro:

- 1) Qual é o seu conhecimento sobre a avaliação das necessidades de saúde do portador de transtorno mental?
- 2) Qual o seu conhecimento sobre a assistência integral ao portador de transtorno mental?
- 3) Qual o seu conhecimento sobre o papel da atenção básica/RAPS na assistência ao portador de transtorno mental?

B) A partir de sua experiência na atenção básica/serviço de saúde mental:

- 1) Como a avaliação dessas necessidades de saúde do portador de transtorno mental é realizada em seu serviço?
- 2) Como a assistência ao portador de transtorno mental é realizada em seu serviço?
- 3) Você considera que seja uma assistência integral? Porque?
- 4) Quais as dificuldades encontradas para o levantamento dessas necessidades? E para a realização de uma assistência integral a esses indivíduos?

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convite

Meu nome é Alessandra Marques Leite, sou enfermeira e estou realizando um trabalho que tem como objetivo **Identificar, a partir das opiniões dos profissionais, os conhecimentos dos profissionais de saúde mental e da atenção básica sobre a avaliação das necessidades de saúde (clínicas e psíquicas) dos portadores de transtornos mentais, e os fatores que interferem na assistência integral à saúde desses indivíduos.** Se você concordar em participar eu vou uma entrevistas com você que deve durar mais ou menos uma hora, e será realizada em local por você estabelecido.

Liberdade de escolha e direito de recusar:

Você pode decidir se quer participar do estudo. Você pode também decidir parar de participar, basta informar a mim. A decisão de não participar da pesquisa não afeta o seu trabalho na instituição.

Riscos e Benefícios:

Pensamos que não existem riscos em participar do estudo. O único benefício pode ser a chance de discutir assuntos de interesse de todos os profissionais.

Privacidade e o aspecto confidencial:

Você é livre para decidir se quer ou não participar do estudo. Sua decisão não interfere na sua prática profissional na instituição. As entrevistas serão gravadas. A pesquisadora irá ouvir e escrever as entrevistas gravadas palavra por palavra. Todas as identificações (nomes e locais) sobre você outras pessoas citadas serão retiradas e substituídas por códigos que apenas a pesquisadora terá acesso. Somente a pesquisadora vai ouvir as gravações. A equipe do serviço onde você trabalha não irá ouvir as entrevistas gravadas e não irá ler as entrevistas. Se você quiser você poderá ler as entrevistas. Basta solicitar.

Toda informação dada nas entrevistas será mantida em segredo, exceto quanto se tratar de assunto que o código profissional, de ética ou legal requer que seja comunicado.

Resultados

A pesquisadora compromete-se em apresentar para você os resultados da pesquisa. Os resultados também poderão ser publicados em revistas científicas, apresentados em eventos científicos ou para os serviços participantes. Para isso os pesquisadores comprometem-se em: seguir todas as exigências que constam na resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos.

Para entrar em Contato:

Para qualquer esclarecimento, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Alessandra Marques Leite.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
RG _____, após ter recebido as informações da pesquisadora Alessandra Marques Leite sobre sua pesquisa intitulada **a integralidade da assistência ao portador de transtorno mental: avaliação do conhecimento dos enfermeiros**, que tem como **objetivo** identificar os conhecimentos dos profissionais de saúde mental e da atenção básica sobre a avaliação das necessidades de saúde (clínicas e psíquicas) dos portadores de transtornos mentais, e os fatores que interferem na assistência integral à saúde desses indivíduos, concordo em participar da entrevista e que a pesquisadora use o gravador para registra-la. Confirmando ter recebido as informações sobre a pesquisa a ser desenvolvida, e estou ciente sobre meus 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 meu tratamento.
3. A segurança de que serão preservadas a identidade e privacidade dos entrevistados.
4. O compromisso de me valer da legislação em caso de dano.
5. A garantia de que não haverá riscos, desconforto ou gastos de qualquer natureza.
6. A garantia de seguir todas as exigências que constam na Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos.

Esclareço que em caso de dúvida, fui orientado a procurar a pesquisadora Alessandra Marques Leite. Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima descritos, e concordo que a pesquisadora entre em contato com meus familiares, realizado pela pesquisadora que subscreve este termo de consentimento.

De acordo,

Contagem, ____ de _____ de _____

Participante da pesquisa

Responsável pela pesquisa

Uma cópia deste termo de consentimento deverá ser fornecida ao participante.

APÊNDICE D

Modelos de instrumentos que poderão ser construídos e adequados após os resultados do estudo, para auxiliar no atendimento clínico e psíquico dos usuários portadores de transtorno mental:

AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL				
Nome:		Data Nasc:		
Endereço:		Telefone:		
Responsável:				
Doenças de base:				
Medicamentos em uso:				
CAPS de reference:				
Técnico de referencia/ Responsável por PTS:				
	DATA	DATA	DATA	DATA
Revisão laboratorial				
Avaliação Cardiologia				
Avaliação Endocrinologia				
Avaliação Geriatria				
Avaliação Neurologia				
Avaliação Oftalmologia				
Avaliação Urologia				
Citologia Oncotica				
Mamografia				
IMUNIZAÇÃO				
dT	FA	Hepatite B	Influenza	Pneumococica
Última dose / /	Última dose / /	Última dose / /	Última dose / /	Última dose / /
Próxima dose / /	Próxima dose / /	Próxima dose / /	Próxima dose / /	Próxima dose / /
Observação:				

Fluxograma de avaliação clínica do portador de sofrimento mental

