

A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: Desafios e perspectivas*

Mental health policy in the context of psychiatric hospitals: Challenges and perspectives
La política de salud mental en el contexto del hospital psiquiátrico: Desafíos y perspectivas

João Mário Pessoa¹

Raionara Cristina de Araújo Santos²

Francisco de Sales Clementino³

Kalyane Kelly Duarte de Oliveira⁴

Francisco Arnaldo Nunes de Miranda⁵

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2. Universidade Federal de São Carlos.
São Carlos, SP, Brasil.

3. Universidade Federal de Campina Grande.
Campina Grande, PB, Brasil.

4. Universidade Potiguar. Mossoró-RN, Brasil.

5. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar a opinião de profissionais sobre a política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico. **Métodos:** Estudo qualitativo, realizado com 60 profissionais de nível superior em dois macro-hospitais psiquiátricos, no período de junho a outubro de 2014. Coletaram-se os dados por meio de um questionário, os quais foram transcritos, processados através do *software* ALCESTE e interpretados à luz da análise de conteúdo temática de Bardin. **Resultados:** No campo das políticas públicas em saúde mental voltadas ao hospital psiquiátrico, sinaliza-se a confluência de cenários críticos e complexos que refletem diretamente na atuação dos profissionais, que vão desde aspectos ligados à macropolítica institucional, até a própria assistência desenvolvida no cotidiano desse serviço. **Conclusão:** Reforça-se a necessidade do cuidado humanizado em saúde mental e do diálogo intersetorial no conjunto de ações desenvolvidas nessa área.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental; Política de Saúde; Recursos Humanos; Saúde Mental.

ABSTRACT

Objective: To analyze the study participants' opinions on mental health policy, in the context of psychiatric hospitals. **Methods:** This was a qualitative study with 60 healthcare professionals, all of whom had higher education degrees, undertaken in two large psychiatric hospitals from June to October 2014. Data were collected by means of a questionnaire, transcribed and processed with Alceste software, and interpreted using Bardin's thematic content analysis. **Results:** In public mental health care policies on psychiatric hospitals, there is a confluence of critical and complex scenarios that directly reflect on the work of mental health care professionals, ranging from institutional macro-political to actual care, developed in the daily life of this service. **Conclusion:** The results of this study reinforce the need for humanized mental health care, and intersectoral dialogue on the actions developed in this field.

Keywords: Mental health services; Health policy; Human resources; Mental health.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la opinión de profesionales sobre la política de salud mental en el contexto del hospital psiquiátrico. **Métodos:** Estudio cualitativo, realizado con 60 profesionales de nivel superior en dos macros hospitales psiquiátricos, en el período de junio a octubre de 2014. Se colectaran los datos a través de un cuestionario, los cuales fueron transcritos, procesados por el *software* Alceste e interpretado a la luz del análisis de contenido temático de Bardin. **Resultados:** En el campo de las políticas públicas en salud mental dirigidos al hospital psiquiátrico, la señalización de la confluencia de escenarios críticos y complejos que reflejen directamente en la actuación de los profesionales, que van desde aspectos conectados a la macropolítica institucional hasta la propia asistencia desarrollada en el cotidiano de este servicio. **Conclusión:** Se refuerza la necesidad del cuidado humanizado en salud mental y el diálogo intersectorial en el conjunto de acciones desarrolladas en esta área.

Palabras clave: Servicios de Salud Mental; Política de Salud; Recursos Humanos; Salud Mental.

Autor correspondente:

João Mário Pessoa Júnior.

E-mail :joamariopessoa@gmail.com

Recebido em 02/06/2015.

Aprovado em 24/10/2015.

DOI: 10.5935/1414-8145.20160012

INTRODUÇÃO

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica, iniciado entre os anos de 1970 teve inspiração nos pressupostos da Psiquiatria Democrática Italiana, e compartilhou com os ideais da Reforma Sanitária Brasileira, num amplo e desafiador movimento político, econômico, jurídico, social e cultural em direção à mudança e transição do modelo de atenção à saúde no país a partir de garantias constitucionais. Esse processo propiciou mudanças no trajeto das políticas públicas no campo de saúde mental, reforçando-se a desinstitucionalização como importante eixo norteador da gestão em saúde mental, com vistas à melhoria da qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais no seu processo de reabilitação e à participação de seus familiares^{1,2}.

No transcurso da implantação das novas políticas, emergiram instrumentos legais atribuindo valor às experiências exitosas para a eliminação do modelo manicomial e asilar no país. A partir da Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma, e a instituição da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) impulsionou-se, nos últimos anos, a construção de um modelo humanizado de atenção integral na rede pública especializada na área, mudando-se o foco de atuação, antes centrado unicamente na hospitalização para o tratamento aos usuários^{1,3}.

Nesse contexto, implementou-se a rede de atenção psicossocial (RAPS) composta especialmente por serviços estratégicos de assistência extra-hospitalar, dentre os quais destacam-se: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais-dia, residências terapêuticas e ambulatório de saúde mental. Preconizou-se o atendimento multiprofissional (enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc.), com atividades terapêuticas interdisciplinares diversificadas, voltadas à reinserção dos pacientes com transtornos mentais ao convívio familiar e em sociedade^{4,5}.

No intuito de fortalecer o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica e reforçando-se a Lei 10.216, desencadeou-se a reestruturação e avaliação dos hospitais psiquiátricos, seja por meio da redução dos leitos e do número de internações realizadas, seja pela migração dos leitos de hospitais de maior porte para hospitais de menor porte². Dessa forma, favorece-se a expansão dos serviços de caráter extra-hospitalar de base comunitária entre os municípios em substituição ao modelo hospitalocêntrico, com sua história, arquitetura e funcionamento que relembra um legado de sofrimento, dor, punição e vigilância, sem uma coerência psicoterapêutica.

Atualmente, recomenda-se que o manejo de situações de crise ou casos de usuários com sintomas psíquicos agudizados, ocorra, preferencialmente, nos CAPS III com atenção contínua, incluindo atendimento em urgência/emergência ou CAPS AD III e nos hospitais gerais, com retaguarda dos serviços de acompanhamento longitudinal. No país, atualmente, encontram-se habilitados 3910 leitos de psiquiatria em hospital geral, distribuídos em 646 hospitais^{2,6}.

Nesse novo entendimento, a PNSM reforça que atenção à crise e atuação na emergência em saúde mental deve ser

articulada com outros dispositivos estratégicos, como a própria atenção primária. Além disso, fortalece a atuação e expansão dos CAPS III e dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, em substituição à internação no hospital psiquiátrico de longa permanência, considerando-se a necessidade de ofertar modalidades de tratamento e qualificar cada vez mais os serviços, de modo a garantir um cuidado integral em saúde mental à população no seu território na perspectiva da atenção psicossocial^{2,4}.

Circunscrevem-se assimetrias e impasses de ordem político-econômica e mesmo ligados à gestão pública, no processo de expansão de serviços especializados na crise e emergência em saúde mental entre os estados e regiões brasileiros^{7,8}. Essa modalidade de assistência enfrenta desafios como: escassez de profissionais qualificados; adesão de profissionais psiquiatras na composição da equipe nas 24 horas e, semanalmente, pelo custo ou pelas condições do mercado profissional; além de elevados ônus financeiros para criação e manutenção desse serviço, que envolve a pactuação entre gestão federal e municipal⁹.

Frente aos desafios de se implementar a rede de atenção à crise e emergência em saúde mental, evidencia-se a utilização, quando necessária, dos leitos dos hospitais psiquiátricos, instituição que ainda concentra a maior parte do atendimento realizado nessa modalidade de atenção, embora seja desprivilegiada no foco das políticas atuais^{1,4}. Reconhece-se, nesse sentido, o papel importante dos profissionais de saúde atuantes no hospital psiquiátrico, pois convivem com as mudanças paradigmática, estruturais, operacionais e doutrinárias, além da alteração no fluxo das práticas a partir da adoção de outros serviços, convivem com a ideia de extinção progressiva dessa instituição, somada à incompreensão dos demais profissionais da rede, como uma forma de não reconhecimento profissional.

Destarte, observa-se a necessidade de ampliar o debate no âmbito das políticas e atual processo de estruturação de serviços no contexto de Reforma Psiquiátrica mediante a experiência profissional no modelo hospitalar, ao questionar: Qual a opinião de profissionais sobre a política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico? Assim, o estudo objetiva analisar a opinião de profissionais sobre a política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico.

MÉTODOS

Estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o Protocolo nº 508.43/2014, CAAE: 25851913.7.0000.5537, em respeito aos preceitos éticos em pesquisa, e à Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, em que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

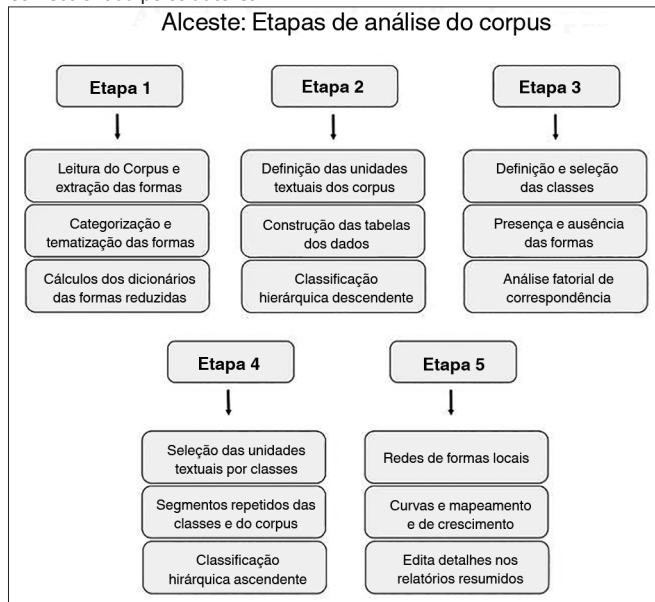
Os dados foram coletados no período de junho a outubro de 2014 em dois hospitais psiquiátricos públicos do estado do Rio Grande do Norte (RN), sendo um localizado na capital, dispondo de 130 leitos, contabilizando uma média de 764 atendimentos por mês; e, o outro localizado no interior, com 200 leitos e atende o quantitativo de 160 pacientes mensalmente.

No intuito de abranger um maior número de sujeitos entre todas as categorias profissionais de nível superior presentes nos dois hospitais, participaram da pesquisa 60 profissionais, sendo 22 enfermeiros, nove assistentes sociais, 15 psicólogos, três médicos, nove terapeutas ocupacional e dois educadores físicos.

Utilizou-se um questionário autoaplicável contendo perguntas sobre aspectos sociodemográficos e sobre política de saúde mental e reforma psiquiátrica no serviço (Comente sobre a política nacional no contexto institucional; Fale sobre as relações de trabalho e a atuação dos profissionais). Adotou-se como critérios de inclusão: ser profissional de nível superior com vínculo efetivo e experiência de no mínimo seis meses no serviço, e que desenvolvesse atendimento com usuários e seus familiares.

Elaborou-se um banco de dados com as respostas dos profissionais obtidas pelos questionários os quais foram submetidos ao *software* Alceste 4.8¹⁰, mediante preparação do corpus exigido pelo programa informacional que realiza análise lexical de um conjunto de textos, conforme as cinco etapas descritas na Figura 1.

Figura 1. Descrição das etapas de análise do corpus pelo Alceste Natal, 2014 Confeccionada pelos autores.



Para esse estudo utilizaram-se as classes 1 e 4 que apontavam, especificamente, conteúdos sobre a política de saúde mental no contexto hospitalar. Na etapa de tratamento dos achados obtidos pelo *software* seguiu-se as fases da Análise de Conteúdo¹¹: i) pré-análise: momento de leitura e elaboração do plano de análise; ii) tratamento do material: codificar as citações pertinentes ao objetivo do estudo a partir da utilização do Alceste 4.8; iii) interpretação dos achados, categorizando-os para posterior análise final. No processo de análise final, os dados foram submetidas à leitura exaustiva e interpretativa, com auxílio da análise de conteúdo temática de Bardin¹¹. Com vistas a assegurar o anonimato e sigilo dos entrevistados, identificaram-se os trechos das falas dos profissionais com a letra maiúscula do alfabeto "P", seguida da numeração sequencial dos sujeitos do estudo.

RESULTADOS

Entre os participantes da pesquisa, predominaram o sexo feminino, profissionais enfermeiras com faixa etária de 50 a 59 anos, tempo de formação de 34 anos e trabalho na saúde mental de 35 anos, além disso, 12 delas tinham especialização em saúde mental (Tabela 1).

No processo de estruturação e organização dos dados encontrados, elaboraram-se dois eixos temáticos para apresentar os achados (Quadros 1 e 2).

O Eixo temático A, intitulado *Aspectos da política de saúde mental no hospital psiquiátrico*, se obteve dois subtemas: A.1 *A gestão política institucional* e A.2 *Entraves políticos para a equipe*, conforme o Quadro 1.

No subtema A.1 *A gestão política institucional* identificaram-se os aspectos ligados ao campo político e de gestão em

Tabela 1. Características sociodemográficas e treinamento de profissionais de hospitais psiquiátricos. Rio Grande do Norte, 2014

Variáveis	N
Categoria Profissional	
Enfermeira	22
Médico	03
Psicólogo	15
Terapeuta Ocupacional	09
Assistente Social	09
Educador Físico	02
Sexo	
Feminino	54
Masculino	6
Grupo de idade (anos)	
30-39	16
40-49	12
50-59	25
Acima de 60	6
Ano da Graduação	
2000-2014	26
1975-1999	34
Formação em pós-graduação	
Especialização em saúde mental	12
Atualização/treinamento em outras áreas	30
Mestrado/doutorado	3
Não	15
Início do trabalho na saúde mental (Ano)	
2000-2014	25
1975-1999	35

Quadro 1. Eixo temático A - O acompanhamento terapêutico

Eixo Temático A - Aspectos da política de saúde mental no hospital psiquiátrico	
Tema A.1 - A gestão política institucional	Tema A.2- Entraves políticos para a equipe
<p><i>O Estado não oferece condições necessárias ao trabalho dos profissionais (P6).</i></p> <p><i>Falta estruturação física, ambulatorial, suporte de material e medicamentos também; unidade superlotada (P2).</i></p> <p><i>A falta de recursos humanos dificulta a implementação da política (P12).</i></p> <p><i>Como não existe um projeto terapêutico da instituição que siga a Política Nacional, muitas vezes, é atrapalhado, por isso não segue (P22).</i></p> <p><i>Não existe alta assistida, nem garantia de continuidade da assistência (referência), gerando o fenômeno da porta giratória, não existe efetivamente trabalho em rede (P31).</i></p>	<p><i>A Reforma Psiquiátrica não acontece na instituição (P41).</i></p> <p><i>Colaborar para que diretrizes da reforma psiquiátrica sejam implementadas sejam implementadas na instituição (P18).</i></p> <p><i>Não, as questões políticas internas da instituição, faz com que o processo interdisciplinar não aconteça como também não faz com que a reforma psiquiátrica flua (P52).</i></p> <p><i>Temos práticas isoladas que contribuem para o fortalecimento da reforma psiquiátrica brasileira (P1).</i></p> <p><i>Considero as relações entre os profissionais ainda deficiente (P26).</i></p> <p><i>Há dificuldades de integração, especificação de papéis e funções, além de trabalho em equipe multidisciplinar (P28).</i></p>

Quadro 2. Eixo temático B - Aspectos da política de saúde mental no hospital psiquiátrico”

Eixo Temático B - Aspectos da política de saúde mental no atendimento profissional	
Tema 2.1 - O Acolhimento ao usuário e família	Tema 2.2 - Dificuldades para a atuação profissional na rede de atenção à saúde mental
<p><i>Promover uma maior interação entre paciente e familiares/comunidade (P16).</i></p> <p><i>Fazer a articulação entre paciente, família e instituição na perspectiva do acesso aos serviços e garantia de direitos do paciente (P10).</i></p> <p><i>Escuta especializada, acolhimento a subjetividade, orientação a família, encaminhamentos responsáveis que visem uma melhor adesão ao tratamento (P3).</i></p> <p><i>Atender as demandas de pacientes necessários e seus familiares (P9).</i></p> <p><i>Trabalhar o paciente e a família para a ressocialização do mesmo e continuidade do tratamento após a alta (P6) .</i></p> <p><i>O trabalho é desenvolvido por profissionais de forma individualizada, onde as ações são fragmentadas, onde a maioria dos profissionais não tem uma visão de totalidade (P14).</i></p> <p><i>Uma melhor prática de humanização, também seria necessária já que muitos profissionais estão “engessados” em sistemas antigos (P6).</i></p>	<p><i>Ainda há necessidade de maior interação com a rede básica, como também intensificar ações para desmitificar a doença mental junto à sociedade (P24).</i></p> <p><i>Desarticulação dos serviços e a precariedade da rede extra-hospitalar (P2).</i></p> <p><i>Poderia haver uma melhor ligação junto aos serviços substitutivos (rede de atenção), o que reduziria a ocorrência da necessidade do paciente se internar (P4).</i></p> <p><i>Existe uma demanda reprimida de pacientes em busca de vagas (P43).</i></p> <p><i>Apesar de ser um hospital psiquiátrico, existe um movimento de trabalho em rede (P1).</i></p> <p><i>Os serviços substitutivos não acolhem a demanda como deveria além do estigma que está exposto o paciente, a família e os profissionais (P8).</i></p> <p><i>A contrarreferência não funciona para os serviços substitutivos (P7).</i></p>

saúde refletidos nos hospitais psiquiátricos, tais como: falta de gestão na saúde pública; escassez de recursos materiais, financeiros e insumos; falta de profissionais; estrutura física inadequada; elevada demanda de usuários; reinternação psiquiátrica.

O subtema A.2 denominado *Entraves políticos para a equipe* reforça a compreensão introduzida no tema anterior, de forma complementar os profissionais destacaram que as diretrizes

propostas pela Reforma Psiquiátrica não acontecem, sem esquecer a questão da falta de trabalho interdisciplinar e em equipe nesses serviços (Quadro 2).

Prosseguindo na estruturação e organização dos dados encontrados, o eixo temático B nominado como *Aspectos da política de saúde mental no atendimento profissional* encontra-se, a exemplo do eixo anterior, subdividido em dois subtemas: B.1

O acolhimento ao usuário e família e 2.2 Dificuldades para atuação profissional na rede de atenção à saúde mental (Quadro 2).

No subtema B.1 *O acolhimento ao usuário e família*, predominaram, a partir do entendimento dos profissionais, como pontos estratégicos para tal ferramenta, a formação de vínculo entre profissional e usuário; escuta ativa; continuidade do tratamento; e a humanização da assistência; e, como impasse, a fragmentação das práticas.

No subtema B.2 mencionaram-se as *Dificuldades para atuação profissional na rede de atenção à saúde mental*, enfatizando-se os principais desafios para efetivação da participação do hospital nessa rede: falta de articulação com a rede básica, demanda reprimida e falta de referência e contrarreferência no atendimento.

DISCUSSÃO

Os cenários históricos e políticos de atuação profissional em saúde mental no Brasil, a partir da adoção de um arcabouço jurídico, oficial e legal próprio, em especial a Lei 10.216/2001 e a Política Nacional de Saúde Mental, apontam para a implementação do modelo de atenção psicossocial e de base comunitária para tratamento do transtorno mental, dito extra-hospitalar. Nesse sentido, a configuração proposta de atuação em rede definiu os CAPS, em suas diversas modalidades, como referência estratégica no atendimento aos usuários com transtornos mentais, além disso, estabeleceu o processo de redução gradativa do número de hospitais psiquiátricos²⁻⁴.

Mediante as mudanças implantadas no cenário de Reforma Psiquiátrica nacional, num processo de desospitalização, os hospitais psiquiátricos reduziram significativamente os leitos ofertados, reflexo também do processo de desinstitucionalização que prevê a extinção progressiva desses serviços. Exemplifica-se com a Portaria GM/MS nº 251, de 31 de janeiro de 2002, que instituiu normas e diretrizes para a assistência hospitalar psiquiátrica, tanto no que se refere aos aspectos ligados à classificação dos hospitais, quanto à estrutura e às internações psiquiátricas pela rede SUS. Desse modo, esses hospitais são classificados, conforme avaliação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH) e o número de leitos^{4,6}.

Somando-se os preceitos da Portaria 251/2002, no ano de 2004, estabeleceu-se, por meio da Portaria GM nº 52/04, o Programa Anual de Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS-PRH, objetivando a redução progressiva do porte dos hospitais psiquiátricos, daqueles de grande porte para classes de menor porte (até 160 leitos), como forma de garantir um melhor funcionamento clínico e maior articulação com a rede extra-hospitalar em saúde mental dos municípios⁴.

Reconhecendo-se o atual contexto de ressignificação do papel dos HPs frente às diretrizes da RP, evidenciam-se importantes desafios a serem superados, como apontados pelos participantes do estudo. Os dados apresentados nos Quadros 1 e 2 referem aos aspectos da política de saúde no espaço institucional do hospital, especificamente, a política de gestão dos processos de trabalho e da assistência, onde se elencaram

problemas como a falta de investimentos do poder público, o quantitativo reduzido de profissionais e o fenômeno da reinternação psiquiátrica. Quanto aos entraves políticos para a equipe, mencionaram a escassez de profissionais na área, que incide na necessidade de efetivação das diretrizes da Reforma.

Concorda-se que nos últimos anos houve uma expansão na rede de serviços especializados na atenção psicossocial em várias regiões e estados, entretanto, em alguns municípios, o quantitativo de serviços de assistência em saúde mental ainda é reduzido ou até mesmo insuficiente para atender a demanda^{3,7}. Somam-se, ainda, as dificuldades de se instalar e manter adequadamente essa rede, seja pela escassez de profissionais especializados, ou por questões de ordem político-econômica e mesmo ligadas à gestão pública, elevando-se a não implementação desses serviços em seus territórios. Circunscvem-se os reflexos dessa problemática na realidade dos HPs⁷.

O fenômeno de reinternação psiquiátrica frequente, conhecida como "porta-giratória" (derivada da expressão inglesa *revolving door*), foi apontado como consequência da falta de continuidade do tratamento pelo usuário e da própria configuração da rede de atenção no território, dada a sua incidência entre os usuários dos HPs. Desse modo, o ciclo recidivo de internação/alta/internação, podendo desencadear dificuldades no processo de sociabilidade do sujeito e rupturas nos laços familiares, sendo marcado pelo estigma e preconceito. Entende-se, portanto, que a internação seja feita de forma criteriosa, estritamente em casos necessários, na tentativa de evitar a cronificação do indivíduo e da doença¹².

Corroborando nessa discussão, um estudo¹³ sobre características comuns entre pessoas que tiveram alta hospitalar de internação psiquiátrica recente, realizado no Núcleo de Saúde Mental vinculado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, apontou que a internação psiquiátrica constitui um recurso necessário aos momentos de crise e parte da manutenção do tratamento psiquiátrico e da adequabilidade do tratamento nos serviços de atendimento comunitário. Dessa forma, preconiza-se a redução do tempo de internação e permanência do usuário no hospital.

Partindo-se dos entraves políticos mencionados pelos profissionais do estudo, observa-se que a qualidade do atendimento desenvolvido pelos serviços da rede atenção em saúde mental ainda carece de maiores investimentos por parte do poder público, como mencionado pelos colaboradores do estudo, e, portanto, não deve ser comprometida por influências externas, qualquer que seja a natureza, se política, organizacional ou até mesmo financeira¹⁴. Considerando-se, para tanto, o cumprimento de seus preceitos básicos como resposta às demandas de saúde pública, deve prestar uma assistência clínica pautada no acolhimento e no processo de resgate da subjetividade e singularidade humanas^{15,16}.

Assim, os participantes apontaram aspectos da política de saúde mental no cenário hospitalar de atuação profissional, reforçaram a necessidade do cuidado em saúde mental pautado no acolhimento, no vínculo e na corresponsabilização pelo outro, com ênfase em tecnologias leves que possibilitem

a manifestação e subjetividade do usuário e família (Quadro 2). Entendem-se esses dispositivos relacionais como requisito fundamental para organização da assistência à saúde, capazes de democratizar e horizontalizar as práticas em saúde, na medida em que constroem laços afetivos, confiança, respeito e a troca/compartilhamento de saberes entre usuários/família/profissionais¹⁷. Exige-se, para tal, uma atuação profissional interdisciplinar no sentido de estabelecer ações em saúde de maneira integrada, que propiciem ao sujeito em crise o acolhimento e avaliação, conforme a sua necessidade.

Observou-se que os hospitais psiquiátricos, considerados serviços "portas abertas", vivem uma situação crítica com a demanda excessiva de usuários, reflexo, em parte, da falta de interlocução entre os serviços que compõem os diversos níveis assistenciais. Essa realidade implica diretamente na atuação do profissional nesse serviço. Destacou-se a atenção básica pela falta de articulação com o hospital e os outros equipamentos que compõem a rede de atenção psicossocial.

Entende-se que, no âmbito da intersetorialidade no contexto da rede de atenção psicossocial, a atenção básica, sob a configuração da Estratégia Saúde da Família (ESF), atua como um importante ponto de apoio no desenvolvimento de ações em saúde mental. Na realidade brasileira, composta por municípios de pequena e média densidade populacional, a ESF assume o papel central na assistência psiquiátrica, embora continue sendo um segmento da saúde pública que concentra poucos investimentos financeiros e sofre com a escassez de recursos humanos qualificados para atuarem nesse campo¹⁴.

Com vistas à superação dessas assimetrias, as Equipes Matriciais de Referência buscam qualificar e fortalecer as ações em saúde mental realizadas em nível de atenção básica, por meio da articulação entre os equipamentos de saúde mental e as unidades de saúde da família, num processo de corresponsabilização da assistência aos usuários com transtornos mentais^{2,6}. Mediante as estratégias de matriciamento e o próprio Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que dispõe de especialidades como psiquiatria, psicologia, terapia, entre outras, as equipes da ESF passaram a dispor de um apoio profissional diversificado, objetivando a melhoria das intervenções realizadas e a redução dos encaminhamentos em grande parte dos casos^{7,9,14}.

Destarte, reforça-se a necessidade de um diálogo intersetorial entre os diversos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial e saúde mental entre os municípios brasileiros, como os CAPS, os ambulatórios, as residências terapêuticas e o próprio hospital psiquiátrico, dados aos poucos avanços conseguidos nos últimos anos¹⁷. Mencionam-se, também, os esforços em direção às novas demandas assistenciais emergentes advindas com o aumento do contingente populacional e os poucos investimentos financeiros destinados a esse campo^{2,18}.

Assim, o acompanhamento de casos específicos, como de álcool e outras drogas, ou demandas como receitas médicas exigem maior articulação com os outros serviços da rede, como os CAPS, ambulatórios e a própria atenção básica. Partindo dessa realidade, evidencia-se a necessidade de repensar a

construção de uma rede de alternativas à internação psiquiátrica, levando-se em consideração as reais necessidades dos usuários, pois algumas vezes retornam ao convívio familiar e social sem atendimento ou cuidados efetivos necessários.

CONCLUSÃO

O atual cenário político e de atenção à saúde mental brasileiro, entre desafios e perspectivas, enfrenta problemas, especialmente, ligados a dificuldades na gestão dos serviços, às reinternações frequentes, reduzido quantitativo de serviços e equipamentos disponíveis, à alta demanda de usuários, desarticulação da rede de atenção psicossocial, e à própria escassez de recursos humanos qualificados para compor esses serviços. Embora o estudo retrate um contexto específico, essa experiência, sob diversos aspectos, sejam eles políticos, econômicos, jurídicos, sociais ou culturais, se aproxima da realidade de outros estados do território nacional no que diz respeito à situação de crise e emergência, que convivem com os desafios de efetivar melhorias na qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais e a ingerência da vontade e decisão político-partidária a que estão submetidos.

No campo das políticas públicas e de acompanhamento em saúde mental no âmbito do hospital psiquiátrico, reconhece-se a confluência de cenários críticos e complexos na atuação dos profissionais, que vão desde aspectos ligados à macropolítica institucional, até a própria assistência desenvolvida no cotidiano desse serviço. Reforça-se, portanto, a necessidade do cuidado humanizado em saúde mental e do diálogo intersetorial no conjunto de ações desenvolvidas nessa área, como capaz de contribuir no processo de reinserção social e familiar dos usuários com transtornos mentais e fortalecer cada vez mais o processo de Reforma Psiquiátrica em curso, demonstrado pela evidência de novos estudos sobre a atuação na crise e urgência psiquiátrica no contexto da rede de atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Duarte SL, Garcia MLT. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. *Emancipação*. 2013;13(1):39-54.
2. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental em dados - 12. Informativo eletrônico 5(9). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Cienc. Saúde Colet.* [Online]. 2011; [citado 10 fev 2015];16(12): 4579-89. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>
4. Canabrava DS, Souza TS, Fogaça MM, Guimarães AN, Borille DC, Villela JC et al. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. *Rev Eletr Enf.* [Online]. 2010;[citado 10 fev 2015];12(1):170-6. Disponível: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a21.pdf
5. Furegato ARF, Galera SAF, Pillon SC, Cardoso L. Characterizing mental healthcare service teams. *Revista de Salud Publica* [online]. 2010; [citado 10 fev 2015];12(5):732-43. Disponível: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n6/v14n6a04.pdf>
6. Barros S, Salles M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP* [online]. 2011 Dez.[citado 2015 fev 10];45(2):1780-5. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/25.pdf>

7. Lobosque AM. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Cienc. Saúde Colet.* [Online]. 2011 Dez.[citado 2015 jan 10];16(12):4590-2. Disponível: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n12/03.pdf>
8. Pessoa Júnior JM, Nóbrega VK, Miranda FAN. Extinção de um serviço psiquiátrico intermediário e as repercussões na atenção à saúde mental. *Cienc Cuid Saude.* 2011; 10(3):578-84.
9. Luzzo CA, L'abbate S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciênc Saúde Colet* [online]. 2009; [citado 2015 jan 10];14(1):105-16. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a16v14n1.pdf>
10. Azevedo DM, Costa RKS, Miranda FAN. Use of the alceste in the analysis of qualitative data: contributions to researches in nursing. *J Nurs UFPE* [periódico na internet]. 2013 July;[citado 2015 jan 10];4(esp):5015-22. Disponível: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3297/6801>
11. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa (POR): Edições 70; 2009.
12. Ramos DKR, Guimarães J, Enders BC. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2011; [citado 2015 jan 10];15(37):519-27. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop1411.pdf>
13. Cardoso L, Galera SAF. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. *Rev. Esc. Enferm. USP* [online]. 2011; [citado 2015 jan 10];45(1):87-94. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/12.pdf>
14. Figueiredo MD, Onocko Campos R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cienc. Saúde Colet.* [Online] 2009; [citado 2015 jan 10];14(1):129-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>
15. Garla CC, Furegato ARF, Santos JLF. Profissionais de ambulatórios de saúde mental: perfil, práticas e opiniões sobre as políticas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.* 2010 Ago.;2(4):74-93.
16. Filizola CLA, Milioni DB, Pavarini SCI. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. *Rev Eletr Enf.* [Online]. 2008; [citado 2015 jan 10];10(2):491-503. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm>
17. Quinderé PHD, Bessa Jorge MS, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis* (Rio de Janeiro): *Revista de saúde coletiva.* 2014 jan./mar.24(1):253-71.
18. Vasconcellos VC. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um caps. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* [online]. 2010; [citado 2015 jan 10];6(1):1-16. Disponível: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38712/41563>

* Este estudo é originário da Tese de Doutorado "Perfis e práticas de profissionais de saúde mentais em hospitais psiquiátricos" apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGenf-UFRN). Ano de defesa: 2014.