

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade

**Bruna Molina Leal
Clarissa De Antoni**

Resumo: A Política Nacional de Saúde Mental tem promovido a ampliação da rede de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Este estudo tem como objetivo conhecer a estrutura dos CAPS, a prática interdisciplinar de suas equipes e as suas articulações com as redes de serviço. Constatou-se a existência de 51 CAPS na Região Metropolitana de Porto Alegre. Foi elaborado um questionário online e participaram desse estudo 21 coordenadores ou técnicos. Os resultados apontam que há estrutura física e recursos humanos adequados para o atendimento proposto. A presença de equipe interdisciplinar é avaliada positivamente, assim como há parcerias com instituições de saúde e intersetoriais, por meio da realização de apoio matricial com a rede básica e algumas tentativas com a rede intersetorial. Com isso, evidencia-se que há iniciativas de um trabalho interdisciplinar e uma tentativa de um trabalho intersetorial, ainda que incipiente.

Palavras-chave: Saúde Mental; Centro de Atenção Psicossocial; Interdisciplinaridade.

The Psychosocial Care Centers (CAPS): structuration, interdisciplinary and intersectoriality

Abstract: The National Mental Health Policy promotes the expansion of the substitute service's network such as Psychosocial Care Centers (CAPS). This study discusses the CAPS' structure, their interdisciplinary actions and their articulation with the service networks. From the finding of 51 CAPS in the Porto Alegre's Metropolitan Area, it was developed a online questionnaire and sent by email to the CAPS' professionals. 21 CAPS participated in this study. The results indicate that there is physical infrastructure and human resources needed for the proposed care. The interdisciplinary team is assessed positively, just as there are partnerships with health and intersectoral institutions through the realization of matricial support with primary health care's network and some attempts with the intersectoral network. Thus, we can conclude that there is an efficiently interdisciplinary work and there is an attempt of an intersectoral work, though incipient.

Keywords: Mental Health; Psychosocial Care Centers; Interdisciplinary.

Introdução

A história de isolamento e da falta de assistência a pessoas com transtorno mental foi deflagrada pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil, em que se explorou a discussão sobre as precárias condições de trabalho que eram oferecidas aos profissionais e os maus-tratos aos pacientes das instituições psiquiátricas (Guimarães, Fogaça, Borba, Paes, Larocca, & Maftum, 2010; Tavares & Sousa, 2009). Ainda, aliado ao contexto em que se discutia o papel do Estado na saúde, as Conferências de Saúde apontavam a necessidade da democratização da saúde. A Constituição Federal de 1988 preconiza que a saúde é universal, instituindo os parâmetros para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Pereira, 2008). Com isso, implementou-se um novo modelo de cuidado

em saúde mental, aliado as ideias da reforma sanitária e de redemocratização da saúde, sob os princípios de um atendimento universal, integral, descentralizado e que esteja sob controle social, de modo como está desenhado pela Constituição Federal e pelo SUS (Borges & Baptista, 2008).

No ano de 1989, ocorreu a primeira experiência de desinstitucionalização no Brasil, fruto das articulações dos movimentos sociais relacionados à temática. A partir disso, surgiu um dos aparatos legais federais mais significativos, o Projeto de Lei nº 3.657/89, que dispunha sobre a progressiva extinção das instituições manicomiais e sua substituição por outros dispositivos assistenciais, bem como sobre a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória. Entretanto, em decorrência da demora na aprovação, durante a década de 1990, diversos estados brasileiros regulamentaram as suas próprias Reformas Psiquiátricas dentro de seus limites jurisprudenciais, como é o caso do Rio Grande do Sul (Borges & Baptista, 2008; Guimarães *et al.*, 2010; Hirdes, 2009; Vidal, Bandeira, & Gontijo, 2007). Neste sentido, o estado gaúcho foi uns dos pioneiros no país com a Lei Estadual 9.716 de 7 de agosto de 1992, que determinou a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por redes de atenção integral em saúde mental, legitimando a política da reforma psiquiátrica (Kantorski, Bielemann, Clasen, Padilha, Bueno & Heck, 2010).

Durante o período de 1990 a 2003, observou-se o amadurecimento e a consolidação dos processos que compõem atualmente o cenário da reforma psiquiátrica brasileira. Nesses anos, financiaram-se ações em saúde mental, visando à criação de uma rede extrahospitalar composta pelos serviços substitutivos. Simultaneamente, também foram instituídas regras mais rígidas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados (Berlink, Magtaz & Teixeira, 2008). Todas essas articulações culminaram na assinatura da Lei Federal nº 10.216, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais em 6 de abril de 2001.

Atualmente, a Política Nacional de Saúde Mental está pautada na redução progressiva dos leitos psiquiátricos e da ampliação e do fortalecimento da rede de serviços substitutivos, composta em especial pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Neste sentido, outras propostas criadas contemplam a inclusão das ações de saúde mental junto à atenção primária e a atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas (Berlink, Magtaz & Teixeira, 2008; Vidal, Bandeira & Gontijo, 2007).

Porém, os CAPS têm emergido como a principal estratégia para transformação do modelo asilar de assistência à saúde mental e para a garantia de direitos aos usuários, já que tem se constituído na rede como “serviço que se diferencia das estruturas tradicionais e que se orienta pela ampliação do espaço de participação social do sujeito que sofre, pela democratização das ações, pela não segregação do adoecimento psíquico e pela valorização da subjetividade, com base das ações multiprofissionais” (Tavares & Sousa, 2009, p.254). Sendo assim, o CAPS é considerado um local de referência e de tratamento a pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, os quais justificam a permanência do paciente em um lugar de atendimento intensivo, comunitário, personalizado e promotor de saúde (Brasil, 2004).

Onocko-Campos e Furtado (2006) ressaltam que os CAPS se configuram como serviços comunitários, ambulatoriais e regionalizados, em que assumem o papel de

articulador de uma rede de saúde, aproximando questões relativas à saúde coletiva e a saúde mental, constituindo um campo interdisciplinar de saberes e práticas. Ainda apontam que, com as características de um atendimento que deve romper com o modelo de atenção manicomial, é importante que se constitua um serviço alinhado aos princípios do SUS, promovendo uma clínica ampliada, centrada no sujeito, buscando garantir o acesso, o que acaba por caracterizar os CAPS como serviços de saúde particularmente complexos.

Frente esta complexidade, os CAPS são classificados em CAPS I, CAPS II e CAPS III (definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional), os quais cumprem a mesma função no atendimento à população. Além destes, há, ainda, os CAPS Infantil (CAPSi) e os CAPS Álcool e Drogas (CAPSad), os quais se destinam, respectivamente, ao atendimento de crianças e adolescentes e de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (Brasil, Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002).

O atendimento dos usuários está baseado em um projeto terapêutico singular e individualizado, ou seja, um planejamento do processo terapêutico em que o indivíduo e sua família estão envolvidos para a superação de suas dificuldades em razão a sua condição de saúde mental. Com este, será definido se o usuário terá atendimentos intensivos – ou seja, diários-, semi-intensivo – aproximadamente três vezes por semana –, ou não intensivo, com periodicidade semanal de atendimento (Brasil, 2004). Com esta organização do serviço, é esperado que se promova a saúde mental, dando atenção às demandas das relações diárias como sofrimento às singularidades deste tipo de cuidado, estando articuladas com as redes de saúde, redes sociais do território assim como as redes de outros setores.

Leão e Barros (2008) apresentam que, em pesquisa acerca das representações de funcionários de um CAPS sobre as práticas de inclusão social realizadas pelos serviços substitutivos em saúde mental, os participantes mencionaram a intersetorialidade como base para o desenvolvimento de práticas de inclusão social. A intersetorialidade foi compreendida como aspecto fundamental à construção da rede de cuidados e de atenção na saúde mental, principalmente no que diz respeito à inclusão social dos pacientes e à articulação entre os diferentes locais onde eles são atendidos.

A noção de intersetorialidade parte de um entendimento de saúde que considera as pessoas em sua totalidade, no sentido de demonstrar que ações resolutivas necessitam de parcerias entre diversos setores, como Educação, Trabalho, Habitação, Segurança. A partir disso, pode-se perceber que se trata de uma estratégia complexa que busca superar a fragmentação das diversas políticas e das diferentes áreas em que são executadas. O grande desafio é a articulação dos diversos setores na busca por soluções de problemas no cotidiano da gestão, através de decisões compartilhadas entre as instituições e os setores governamentais que produzam um impacto positivo sobre a saúde da população. Assim, torna-se impossível dissociar o conceito de intersetorialidade ao de rede, uma vez que a prática requer articulações, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações (Brasil, 2009a).

No Sistema Único de Saúde (SUS), o termo “rede” é frequentemente utilizado ao se definir um grupo de serviços semelhantes; por exemplo, utiliza-se rede de saúde

mental para definir uma rede de serviços homogêneos a qual trata da atenção em saúde mental. Contudo, é a rede transversal – produzida pelos entrelaçamentos entre os atores, os serviços, os movimentos e a política em determinado território – que aparece como uma novidade no âmbito da saúde, como uma estratégia capaz de promover “múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença” (Brasil, 2009b, p.7).

As redes de atenção à saúde podem ser conceituadas como “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população” (Mendes, 2010, p.2300). O autor esquematizou os elementos constitutivos da rede, sendo estes: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Destaca-se aqui a estrutura operacional, a qual está relacionada aos “nós” da rede, ou seja, os serviços que estruturam a rede e a sua comunicação, tendo em vista a necessidade de fluxos e contrafluxos eficientes para abarcar a complexidade de uma população em um determinado território.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2009b), quatro elementos podem ser classificados como “nós” da rede. São eles: (1) o elemento “sujeitos e subjetividades”, ou seja, as relações humanas, vínculos afetivos e tecnologias relacionais que viabilizam formas de comunicação essenciais à produção de redes de atenção em saúde; (2) a “equipe de trabalho”, necessidade da rede de construir uma gestão com um compartilhamento do cuidado e com um pacto de compromissos e de responsabilidades entre os diferentes profissionais envolvidos; (3) os “serviços e a rede de atenção”, elementos interdependentes e essenciais à rede de saúde, justificados pela necessidade de diferentes serviços de saúde que tornem efetiva a atenção integral dos sujeitos; (4) e as “redes e territórios”, consequência da localização de serviços de saúde sobre o acesso, a equidade, a qualidade dos serviços e sobre o próprio território (Brasil, 2009b).

Assim, a rede é um conceito fundamental para a compreensão do papel do CAPS, já que este se torna um dispositivo estratégico para o cuidado com a Saúde Mental fora do hospital, articulado com a rede básica de saúde e com o território, em contato com comunidade do usuário (Brasil, 2004). Perante este parâmetro, o processo terapêutico se pauta no resgate das potencialidades e na reinserção social no território, promovendo a inserção do usuário em espaços comunitários, rejeitando a exclusão social e a marginalização, seja real ou simbólica. Neste sentido, compreende-se o território como “espaço geográfico habitado, instituído de significados, afeto, o espaço de laços sociais e de garantia de qualidade de vida, de manutenção econômica e de exercício político dos cidadãos” (Nunes, Jucá & Valentim, 2007, p.2380). Ainda, é importante considerar que este território é composto por pessoas, suas histórias e suas relações sociais, caracterizando uma comunidade com diversos componentes que comumente a compõe, como associações, corporativas, organizações setoriais e sociais (Silva & Fonseca, 2005).

Costa-Rosa, Luizio e Yasui (2001) apontam que o conceito de território, aliado ao princípio da integralidade, reforçam as atribuições dos serviços de saúde que devem promover um atendimento em extensão e em profundidade, intersetorialmente e interdisciplinarmente, superando o modelo de atenção à saúde estratificada. No que diz respeito à saúde mental, pode-se apontar que os CAPS devem buscar trocas sociais por meio de ações com toda a rede, objetivando o enfrentamento do estigma e a produção

de autonomia dos sujeitos através de ações integradas. Desta forma, percebe-se que a mudança de paradigma na atenção em saúde mental implica não só em práticas relacionadas estritamente à saúde, mas também em debates sobre o sistema de saúde como um todo, por meio de relações interdisciplinares e intersetoriais que articulem os diversos aspectos envolvidos no cuidado e na atenção em saúde mental (Leão & Barros, 2008).

Para contribuir com debates acerca dessas questões, este estudo investigou sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Região Metropolitana de Porto Alegre através da percepção dos profissionais inseridos nestes serviços. Os temas abordados referiram-se a estruturação e o funcionamento dos serviços – especificamente as características físicas e ambientais, recursos humanos-, a forma como se realiza o trabalho e a articulação dos CAPS com outros serviços que compõem a rede de saúde e as redes intersetoriais desenvolvidas por este dispositivo.

Método

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com cunho exploratório e descritivo, visando conhecer a realidade dos CAPS da Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA). Inicialmente foram utilizados os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para o levantamento dos CAPS da RMPA. Foram identificados 51 CAPS em 24 municípios, sendo que a RMPA congrega o total de 32 municípios. A coleta desses dados ocorreu no período de fevereiro a julho de 2012.

A partir de contato telefônico, foi enviado para o e-mail do coordenador ou dos técnicos da equipe o questionário *online* elaborado para esta pesquisa com a ferramenta Google Docs. O instrumento foi desenvolvido com perguntas fechadas, de múltiplas escolhas, tendo em vista os eixos de investigação, com perguntas voltadas: ao serviço e à estrutura do mesmo; ao atendimento realizado; aos profissionais e à prática interdisciplinar; às relações com outros serviços de saúde, e, principalmente, às parcerias dos CAPS, sendo estas entendidas como contatos com outras instituições para fazer atividades em conjunto.

Ao considerar o instrumental metodológico apresentado por Onocko-Campos e Furtado (2006), compartilhou-se a extensão de uma avaliação da rede de Centros de Avaliação Psicossocial que abrange um campo de interação entre a saúde mental, saúde coletiva e clínica. Logo, o instrumento desenvolvido para essa pesquisa pautou-se em pontos que são regulamentados pelo Ministério da Saúde quanto ao funcionamento do CAPS, explorando as relações com as redes de serviços, tendo em vista pouca literatura sobre a realidade sobre esse serviço substitutivo da Região Metropolitana de Porto Alegre.

Dos 51 CAPS, 21 coordenadores ou técnicos responderam ao questionário. Foram observados alguns entraves no processo de coleta de dados que dificultaram a adesão de todos os dispositivos cadastrados no CNES, como o número telefônico errado ou ainda a dificuldade em entrar em contato com a coordenação ou técnicos. Os dados coletados constituíram um banco de dados, analisados quantitativamente através do programa SPSS (Versão 19.0). A análise foi constituída basicamente de análises de frequência, sendo que os dados obtidos foram comparados com a literatura existente.

Quanto às questões éticas, a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFCSPA, sob o número do parecer 1498-11-844-11. Foi garantido o sigilo dos participantes, e nesse estudo são analisados os dados que não irão revelar a localidade e especificidades dos CAPS participantes.

Resultados e discussão

Dos 21 CAPS que participaram da pesquisa, 48% eram CAPS I, 29% eram CAPS II, 5% era CAPSi e 19% eram CAPSad. Não foi identificado o CAPS III na amostra. De acordo com a Figura 1, percebeu-se o crescente aumento do número de CAPS nos últimos 10 anos, sendo 75% dos CAPS tinham até 9 anos de funcionamento, destes 35% com até 4 anos de funcionamento. É importante assinalar que a partir de 2002 houve um aumento significativo de serviços substitutivos em função da Lei 10.216 de 2001 que reorganiza o serviço de atendimento. Portanto, os resultados desta pesquisa corroboram a implementação dessa política em Porto Alegre e Região Metropolitana.

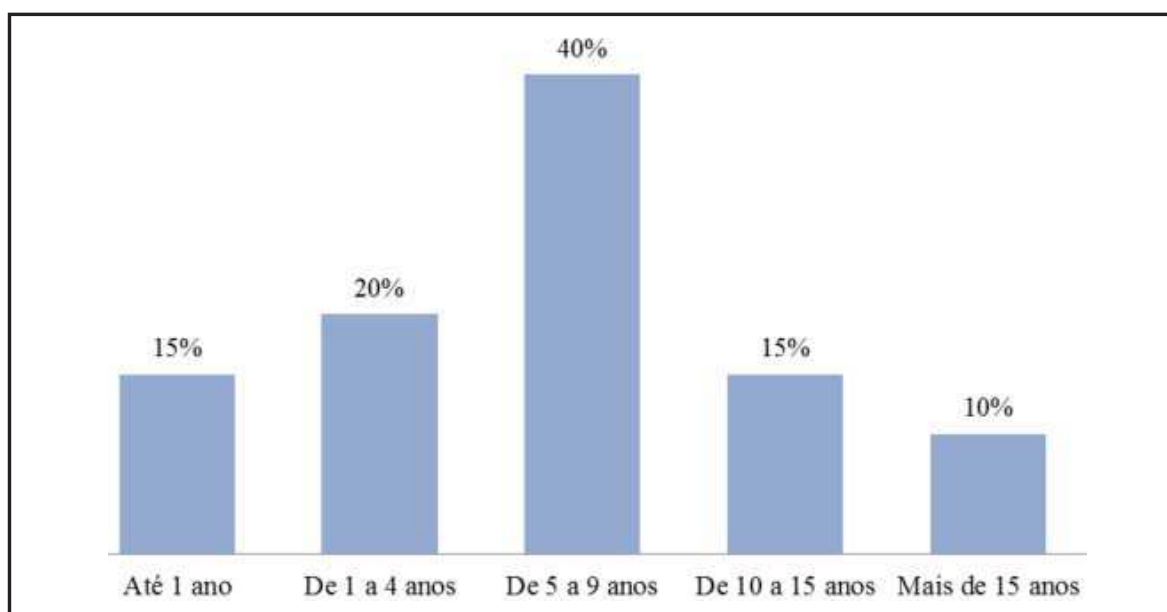


Figura 1 – Tempo de funcionamento dos CAPS

A seguir serão apresentados e analisados os dados referentes a estrutura física, recursos humanos e práticas interdisciplinares, demandas, atendimentos e encaminhamentos e, por fim, redes de serviço. Cabe ressaltar que não foram consideradas as peculiaridades de cada dispositivo, sendo avaliados de forma global. Além disso, os dados referem-se a percepção dos gestores ou profissionais, o que não necessariamente reflete a opinião de outros serviços ou setores sobre a rede.

Estrutura física dos CAPS

De acordo com o Ministério de Saúde (2004), os CAPS devem ter um espaço próprio e adequado para atender a demanda específica, oferecendo um ambiente continente e estruturado, com os recursos físicos necessários, sendo estes: consultórios para atividades

individuais, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários e área externa para oficinas, recreação e esportes. É importante que haja esta organização do espaço físico, tendo em vista o papel do CAPS para os usuários, muitos dos quais podem estar submetidos a repetidos atendimentos durante a semana.

Quanto à estrutura de funcionamento dos CAPS estudados, pôde-se inferir que a maior parte destes serviços apresentou uma estrutura física adequada quanto ao seu funcionamento, sendo que 100% dos CAPS estudados tinham salas de atendimento individual, salas para atividade em grupo e oficinas. A maioria ainda apresentou área externa para atividades, medicação suficiente e refeitório em suas dependências. Evidenciou-se uma média de 4 salas para atendimento individual e 3 salas para atendimento em grupo.

Ainda, as oficinas terapêuticas são as principais ferramentas de trabalho do CAPS, sendo que estas podem ser oficinas expressivas, geradoras de renda e de alfabetização (Brasil, 2004). Na pesquisa, os CAPS apresentaram um maior número de oficinas expressivas, seguidas por oficinas geradoras de renda e de alfabetização. Com objetivos diferenciados, essas oficinas tiveram maior frequência por trabalharem a interação social, sendo espaços de expressão plástica, corporal, verbal, musical, esportiva e até algumas oficinas de autocuidado.

Quando questionados sobre os leitos, apenas 33% afirmaram que possuem leitos de observação, apresentando uma média de 3 leitos por CAPS. Interessante perceber que, mesmo que estejam previsto leitos apenas para CAPSad e CAPS III, há casos de outras modalidades de CAPS que apresentam estes leitos de observação, tendo em vista a especificidade da atenção à população atendida. A estrutura física é um importante fator de análise, pois possibilita compreender a valorização do serviço, a adequação do seu espaço às demandas de atividades existentes e à capacidade de acolher tanto os profissionais como os usuários do serviço.

Recursos humanos e práticas interdisciplinares

Neste quesito, é necessário apontar que está previsto na legislação que cada tipo de CAPS possua equipes mínimas diferenciadas, de acordo com a especificidade da demanda, sendo orientado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004) que as equipes mínimas sejam compostas por 9 profissionais em CAPS I, 12 profissionais no CAPS II, 11 profissionais no CAPSi e 12 profissionais no CAPSad. Porém, essas equipes possuem características semelhantes, por exemplo, todos os CAPS têm que ter pelo menos um médico psiquiatra e um enfermeiro, preferencialmente com formação em saúde mental, sendo acompanhados por profissionais de nível superior e nível técnico. Nestes casos, há questões específicas de acordo com o tipo de CAPS, como é o caso do CAPSi que não precisa necessariamente de um médico psiquiatra, podendo ser um pediatra com formação em saúde mental, ou ainda como o CAPSad que possui um médico clínico a mais que fica responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas. Pôde-se averiguar que categorias de profissionais estavam representadas nos CAPS, através da Figura 2, sendo importante ressaltar que não foi inquerido sobre o tamanho da equipe mínima, tendo em vista a garantia do sigilo dos serviços.

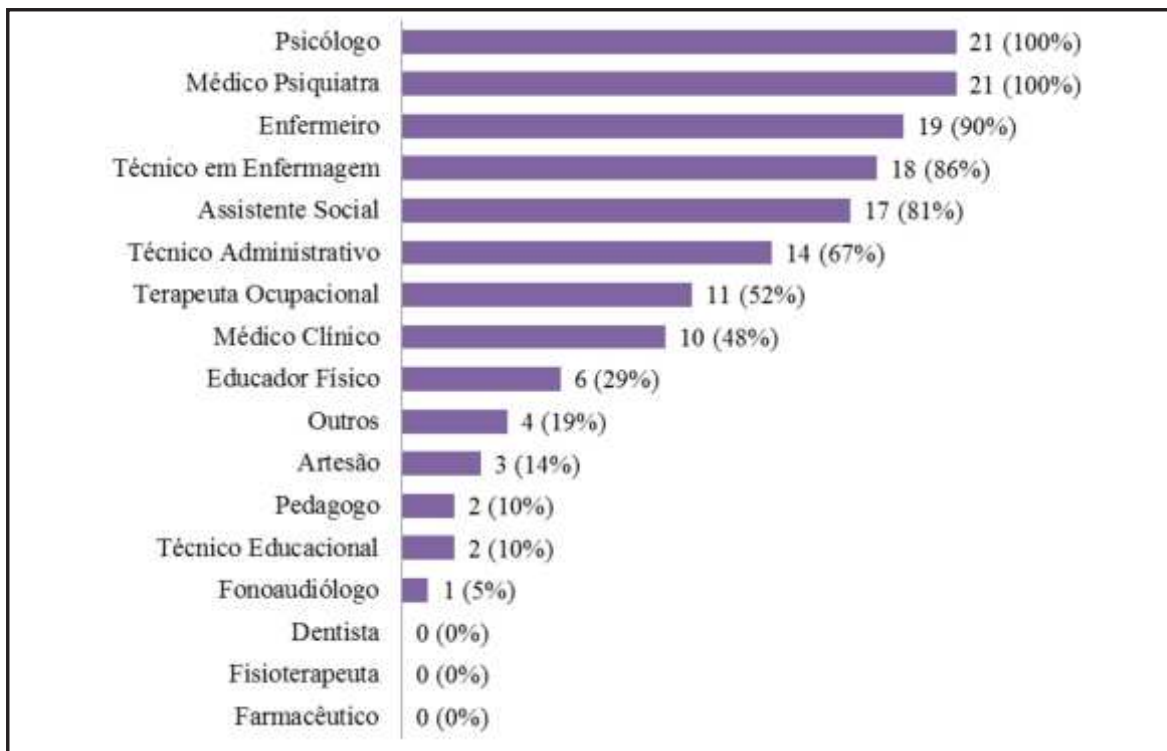


Figura 2 – Relação de profissionais atuantes nos CAPS

Todos os CAPS consultados afirmaram possuir psiquiatras e psicólogos em seu quadro profissional, assim como a maioria alegou possuir também assistente social, enfermeiro e técnico em enfermagem. Observou-se que a metade destes serviços contava com médico clínico, terapeuta ocupacional e técnico administrativo. Ainda, alguns dos CAPS possuíam pedagogo, educador físico, fonoaudiólogo, técnico educacional, além de outras profissões como artesão, técnico de nutrição, serviços gerais, vigilantes e monitores.

Em relação aos recursos humanos, percebeu-se que há uma diversidade de profissionais para a realização do trabalho, com uma média de 7 profissionais diferentes por CAPS, sendo que um CAPS apresentou apenas 4 profissionais diferentes e quatro CAPS possuíam 9 profissionais de diferentes áreas. Isso demonstra a existência de uma prática multiprofissional, que pode indicar o fomento da interdisciplinaridade, já que, ao estimular tal prática, considerar-se-ão os diferentes saberes necessários para a elaboração dos projetos terapêuticos dos usuários. A prática interdisciplinar nos CAPS tornou-se um ponto de análise fundamental para a promoção de uma saúde integral. É importante que não se fragmente o conhecimento, devido à diversidade das disciplinas envolvidas neste cuidado e à complexidade de se trabalhar com a saúde como um todo (Nunes, 2002). Por isso, faz-se necessário a construção de relações interdisciplinares nos CAPS para a promoção de uma ação que transcenda a especificidade do seu saber, com uma atuação ampla e contextualizada em um trabalho em rede com o intuito de superar as dificuldades do usuário, individuais e sociais (Böing & Crepaldi, 2010).

Almeida Filho (2005) ainda explora que a disciplinarização seguiu um paradigma cartesiano, tendo em vista a necessidade de compreender as partes. Porém, atualmente,

há uma crise de paradigma, visto que a fragmentação do conhecimento não consegue responder questionamentos mais globais, que envolve diversos conhecimentos especializados. Considerando este estrangulamento, explora-se a interdisciplinaridade, conceituando a mesma como a interação de diferentes disciplinas que se sustenta sob uma problemática comum, em uma relação que permite uma aprendizagem mútua e recombinações dos saberes e práticas.

Todos os participantes desta pesquisa citaram a realização de reuniões de equipe entre os profissionais do CAPS, sendo que estas ocorriam em sua maioria (71%) semanalmente. Ainda, mais de 80% avaliaram a prática interdisciplinar muito boa ou ótima. Neste sentido, percebeu-se uma iniciativa pela prática interdisciplinar nos CAPS, o que beneficia o serviço e a realização do projeto terapêutico singular.

Análise da demanda do serviço

A análise da demanda refere-se à percepção dos participantes a respeito da quantidade de atendimentos realizados, da existência de fila de espera por atendimento ou ainda de como os usuários chegam no CAPS. Estes dados foram considerados importantes já que demonstram como está organizada a rede de serviços de saúde mental, se há demanda reprimida para atendimento e ainda se os usuários conseguem acessar o serviço.

Questionados sobre a quantidade de atendimentos, os pesquisados citaram uma média de 62 atendimentos por dia, incluindo o público que participa das oficinas. Porém, percebeu-se que há uma demanda reprimida por atendimento, visto que se aferiu que mais de 50% dos CAPS afirmaram ter lista de usuários em espera para atendimento. Ao mesmo tempo, a maioria afirmou não ter usuários em espera por leito em outros serviços nem por algum tipo de intervenção, procedimento ou urgência. Isso aponta que os CAPS possuíam uma capacidade alta de atendimento por dia, principalmente quando considerando as oficinas terapêuticas como umas das principais formas de tratamento. Mesmo que as oficinas contemplem um grande número de pessoas, porém ainda assim demonstra que não se consegue suprir a demanda por atendimento em saúde mental na rede da Região Metropolitana de Porto Alegre.

Ao investigar as formas de entrada ao serviço, os profissionais afirmaram que os pacientes eram encaminhados ao CAPS por indicação das unidades/postos de saúde (95%), dos hospitais (90%), por procura espontânea (71%), por procura familiar (67%) e por procura judicial (67%). Em alguns casos, chegavam pacientes por indicação da Secretaria de Saúde (43%), por Clínicas (24%), pelo Conselho de Saúde (10%) ou de algum outro modo, sendo estes plantões de saúde mental, ambulatórios de saúde mental, Conselhos Tutelares, serviços de assistência social e escolas. Portanto, os usuários procuram o CAPS principalmente via a indicação de profissionais dos hospitais e de Postos ou Unidades Básicas de Saúde pertencentes à Atenção Primária. Este fato demonstrou uma articulação da rede de saúde, por estabelecer este fluxo de entrada. Entretanto, a procura espontânea ou pelo familiar não é preconizada como a forma mais adequada, com exceção do ingresso ao CAPSad, visto que, de acordo com a Resolução 3.088 de 2011, cabe as Unidades Básicas de Saúde o acolhimento em saúde mental e o encaminhamento para os CAPS.

Projeto terapêutico, atendimento e encaminhamento

O CAPS, responsável pela atenção à saúde mental, deve desenvolver um Projeto Terapêutico Singular para cada usuário e realizar um trabalho integrado com a família e a comunidade das pessoas que utilizam seus serviços. Este Projeto Terapêutico Singular está baseado nas estratégias de intervenções planejadas e com objetivos específicos, executados por uma equipe multidisciplinar, voltados para a reabilitação psicossocial do usuário e de forma interdisciplinar. Como um instrumento de gestão, deve contemplar as características das pessoas e suas famílias, proporcionando cuidados e tratamentos flexíveis aos mesmos, enquanto potencializa o desenvolvimento do sujeito, como um cidadão e ator principal de sua vida, superando as forças excludentes de tratamento isolacionista (Kantorski *et al.*, 2010).

Neste quesito, 90% dos CAPS informaram que trabalham com o Projeto Terapêutico Singular, enquanto 10% dos CAPS não planejavam ou executavam um projeto terapêutico singular para o usuário, o que reforça a visão da doença, não trabalhando com as possibilidades e potencialidades da pessoa. Ainda, 95% dos CAPS apontaram que realizam atendimento clínico, sendo mais frequentes os atendimentos familiares com os usuários (80%), atendimentos em grupos multifamiliares (75%) e atendimentos individualizados a familiares (75%). Outros atendimentos foram mencionados, tendo frequência menor que 25%, sendo eles: atendimentos de ensino com familiares (psicoeducação), atividades de lazer com familiares, terapia comunitária e grupos familiares em sala de espera de pacientes em acolhimento.

Tavares e Sousa (2009) afirmam que a participação dos familiares do usuário no CAPS é importante, porém muitas vezes pode haver dificuldades de acolher esse familiar em função do papel do mesmo não estar claro para a equipe. Entretanto, nesse estudo, percebeu-se que os familiares e o usuário valorizam o trabalho realizado pela equipe do CAPS, que os auxilia frente à sobrecarga do convívio com o transtorno mental e a condição social do indivíduo (Mello & Furegato, 2008). Neste ponto, deve ser reforçada a importância do familiar envolvido no acompanhamento terapêutico, mesmo que haja dificuldades de integrá-lo ao mesmo.

Em relação aos encaminhamentos, isto é, quando os profissionais do CAPS necessitam encaminhar o usuário para outros serviços de saúde, estes apareceram como uma prática comum em mais de 90% dos CAPS, principalmente para leitos psiquiátricos em hospitais gerais e para Postos ou Unidades Básicas de Saúde. Além disso, mais de 50% dos CAPS apresentaram encaminhamentos para hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, urgências e emergências. Isso demonstrou a existência um fluxo de encaminhamentos entre a rede de serviços de saúde, mesmo que a maior parte seja para serviços de internação.

Neste sentido, foi investigado como os profissionais avaliaram a referência e contrarreferência, sendo estas consideradas como as trocas de informações no momento do encaminhamento para outros serviços. Conforme orientações do Ministério da Saúde, este mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes é um dos elementos para a efetiva reorganização das práticas de trabalho, com o intuito de promover a integração dos sistemas e das redes de saúde. Porém, esta prática ainda está sendo construída, com

muitas dificuldades nos fluxos de informações e grandes fragilidades nos protocolos clínicos existentes (Serra & Rodrigues, 2010).

Em relação aos dados sobre a avaliação da referência, 29% avaliaram como ruim este processo, 24% avaliaram como regular, enquanto 48% dos CAPS consideraram como muito bom e ótimo. Quanto à contrarreferência, há uma aceitação favorável dos CAPS a respeito das informações que retornam ao mesmo, já que 71% dos serviços avaliaram este processo como bom e 19% como muito bom, e apenas 10% avaliaram como ruim.

Rede de serviços de saúde e intersetoriais

Outro aspecto estudado foi a relação que o CAPS possui com as demais instituições que compõem a rede de serviços de saúde e a rede de serviços intersetoriais. Esta relação em rede é de responsabilidade do CAPS, já que faz parte de seu processo de trabalho. Enquanto a interdisciplinaridade está baseada na construção do saber, a intersetorialidade encontra-se no campo do fazer, tendo em vista uma unidade do fazer com a articulação dos saberes e da experiência no planejamento de ações conjuntas (Westphal & Mendes, 2000).

Os pesquisados afirmaram que frequentemente ou quase sempre há discussão de casos com os profissionais de outros serviços de saúde. Ainda, a maioria dos CAPS afirmou realizar discussões de casos com profissionais de serviços intersetoriais frequentemente, porém 32% apontaram que nunca ou raramente as fazem. Investigou-se também se os CAPS possuíam parcerias com serviços de saúde e intersetoriais, sendo estas parcerias compreendidas como contatos com outras instituições para a realização de atividades em conjunto com o CAPS. Enquanto 76% alegaram ter parcerias com outras instituições de saúde, 81% dos CAPS afirmaram possuir parcerias intersetoriais, principalmente com instituições das áreas de Assistência Social (88%), da Educação (53%) e do Judiciário (41%). Logo, tendo em vista estas afirmações, questionou-se quais são as instituições parceiras, de forma específica. Estes dados são apresentados nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – O CAPS e as parcerias com os serviços de saúde

Serviços de saúde	n (%)
Posto / Unidade de Saúde	10 (63%)
Hospital Geral	8 (50%)
Secretária da Saúde	7 (44%)
Outros CAPS	7 (44%)
Comunidade Terapêutica	5 (31%)
Urgência e Emergência	5 (31%)
Hospital Psiquiátrico	4 (25%)
Residencial Terapêutico	4 (25%)
Ambulatório Especializado em Saúde Mental	3 (19%)
Clínica Particular	1 (6%)
Centro de Convivência	0 (0%)

Percebeu-se que as parcerias, quanto aos serviços de saúde, são mais prevalentes com os Postos ou Unidades de Saúde das regiões e também com os hospitais gerais. Entretanto é interessante apontar que apenas 63% dos CAPS apresentaram parceria com posto ou Unidade de Saúde, sendo que um dos papéis desse serviço é a articulação com a rede básica de saúde. Constatou-se que nenhum CAPS referiu possuir parcerias com o Centro de Convivência, principalmente por não ser uma instituição que está estabelecida em grande expressividade na Região Metropolitana de Porto Alegre.

Tabela 2 – Os CAPS e a parceria com os serviços intersetoriais

Serviços intersetoriais	n (%)
Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	15 (88%)
Escolas	10 (59%)
Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS)	8 (47%)
Abrigos	8 (47%)
Centros de Geração de Renda	7 (41%)
ONGs	5 (29%)
Instituições de defesa aos direitos dos Usuários	4 (24%)
Associações e/ou Cooperativas de Trabalhadores	4 (24%)
Casa de Passagem	3 (18%)
Associações de Bairro	2 (12%)
Centro Comunitário	2 (12%)
Creches	1 (6%)
Asilos	1 (6%)
Outras	1 (6%)

Quanto às parcerias intersetoriais, é interessante perceber que a mesma porcentagem de parcerias com as áreas intersetoriais não se manteve neste conjunto de dados a respeito das instituições, o que pode significar um discurso de atividades intersetoriais maior do que a prática de realização dessas atividades. Logo, as parcerias mais incidentes foram com os Centros de Referência de Assistência Social – CRAS (88%) e com escolas (59%). Porém, por mais que a maioria das instituições apresentou parcerias isoladas, 25% dos CAPS apresentaram ainda parcerias com creches, associações de bairro, centro comunitário, asilos, casa de passagem, instituições de defesa aos direitos dos usuários e associações e/ou cooperativas de trabalhadores.

Outro conceito importante é o de apoio matricial, considerado como uma metodologia de trabalho complementar, possibilitando uma assistência especializada e um suporte técnico-pedagógico para demandas em que uma equipe local não consegue ser resolutive (Campos & Domitti, 2007; Chiaverini, 2011). O apoio matricial promove o diálogo e a articulação de equipes distintas, compartilhando as responsabilidades. Esta modalidade

de atendimento desvincula o tratamento da figura de um especialista, desenvolvendo uma clínica ampliada. Questionou-se, assim, se o CAPS realizava a prática matricial com a rede básica de saúde, o que apenas 13 CAPS (62%) confirmaram esse método de trabalho. Quanto à prática de matriciamento com serviços intersetoriais, apenas 33% dos CAPS realizavam esta prática. Com isso, conclui-se que a relação com a rede básica de saúde necessita ser mais desenvolvida, assim como com os serviços intersetoriais. Evidencia-se o papel articulador do CAPS no território e na rede, tendo em vista que cabe ao mesmo a construção e articulação de redes para “potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial” (Brasil, 2004, p.11).

A partir dessa discussão, conclui-se que os CAPS da Região Metropolitana de Porto Alegre apresentam características adequadas à legislação nacional, com estrutura física e recursos humanos apropriados. Há uma demanda considerável, que está sendo paulatinamente atendida. Além disso, prioriza-se o atendimento através da realização de um projeto terapêutico singular e o trabalho com as famílias é estimulado, mesmo com as suas dificuldades, assim como indica a literatura (Mello & Furegato, 2008; Tavares & Sousa, 2009). Há iniciativas para uma prática interdisciplinar que valoriza as discussões de casos entre a equipe e os serviços, apontando um fluxo de informações de referência e contrarreferência que ainda precisa ser melhorado. A articulação com a rede de serviços de saúde e intersetoriais é caracterizada com algumas ações, como o matriciamento e atividades em conjunto.

Considerações finais

Este estudo possibilitou conhecer como está aplicada a Política Nacional de Saúde Mental na Região Metropolitana de Porto Alegre a partir da visão de seus gestores ou profissionais. Por se tratar de um campo de estudos atual e inovador, há muito a ser pesquisado, principalmente em relação ao papel estratégico que o CAPS tem exercido, ao superar a prática manicomial, e configurar-se como um serviço territorial e comunitário. A articulação da rede com serviços de saúde e intersetoriais é uma prática inserida no contexto social e que pode promover benefícios para todos os envolvidos nesse processo, como os profissionais e as pessoas que frequentam esse dispositivo e seus familiares.

Considerou-se como uma limitação desse estudo a impossibilidade de análises mais refinadas em alguns quesitos, devido ao número reduzido de CAPS existentes no território estudado e dentre estes os que retornaram os questionários, e pela questão ética, ao não especificar o tipo de CAPS para evitar a sua identificação. Porém, foi possível compreender por meio deste conhecimento adquirido a importância do trabalho em rede destes serviços e a necessidade de fomentar estudos nesta temática em todo território brasileiro.

Acredita-se que, com o fortalecimento destes serviços e de suas ações interdisciplinares, a gestão destes deve ser pautada em ações em rede e articulações intersetoriais. Assim, cada profissional envolvido terá um papel importante neste contexto e cabe ao governo, em suas diferentes instâncias como municipal, estadual e federal, incentivar a implementação das políticas em saúde mental existentes, sempre avaliando sua operacionalidade e investindo nos recursos financeiros e humanos necessários ao bom desempenho do serviço.

Referências

- Almeida Filho, N. d. (2005). Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, 14(3), 30-50.
- Berlink, M. T., Magtaz, A. C., & Teixeira, M. (2008). A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(1), 21-27.
- Böing, E., & Crepaldi, M.A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649.
- Borges, C. F., & Baptista, T. V. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Caderno de Saúde Pública*, 24(2), 456-468.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002*. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009a). O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0159_M.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009b). Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf.
- Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia de trabalho para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Chiaverini, D.H. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Costa-Rosa, A. d., Luizio, C. A., & Yasui, S. (2001). As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, 25(58), 12-25.
- Guimarães, A. N., Fogaça, M. M., Borba, L. O., Paes, M. R., Larocca, L. M., & Maftum, M.A. (2010). O tratamento ao portador do transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). *Revista Texto & Contexto de Enfermagem*, 19(2), 274-282.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305.
- Kantorski, L. P., Bielemann, V. L. M., Clasen, B. N., Padilha, M. A. S., Bueno, M. E. N., & Heck, R. M. (2010). A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. *Cogitare Enfermagem*, 15(4), 659-666.
- Leão, A. & Barros, S. (2008). As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde e Sociedade*, 17(1), 95-106.

- Mello, R. e Furegato, A.R.F. (2008). Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Enfermagem*, 12(3), 457-464.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305.
- Nunes, E. D. (2002). Interdisciplinaridade: conjugar saberes. *Saúde em Debate*, 26(62), 249-258.
- Nunes, M., Juca, V. J. & Valentim, C. P. B. (2007). Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Caderno de Saúde Pública*, 23(10), 2375-2384.
- Onocko-Campos, R. T. & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1053-1062.
- Pereira, I. B. (2008). *Dicionário da educação profissional em saúde*. (2.ed. rev. ampl.). Rio de Janeiro: EPSJV. Disponível em http://pap.fundap.sp.gov.br/arquivos/dic_profissoes_saude.pdf.
- Serra, C. G. & Rodrigues, P. H. D. A. (2010). Avaliação da referência e contrarreferência no programa de saúde da família na região metropolitana do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 3579-3586.
- Silva, A.L.A. & Fonseca, R.M.G.S.D. (2005). Processo de trabalho em saúde mental e o campo Psicossocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 441-449.
- Tavares, R. C. & Sousa, S. M. G. (2009). Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em saúde mental. *Saúde em Debate*, 33(82), 252-263.
- Vidal, C.E.L., Bandeira, M. & Gontijo, E. D. (2008). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 70-79.
- Westphal, M.F. & Mendes, R. (2000). Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Revista de Administração Pública – RAP*, 34(6), 47-61.

Recebido em maio de 2013

Aceito em setembro de 2013

Bruna Molina Leal: Graduada em Psicologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Clarissa De Antoni: Doutora em Psicologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Contato: bruna.m.leal@gmail.com