

Avaliação dos centros de atenção psicossocial na perspectiva dos entrevistadores

Evaluation of psychosocial care centers from the perspective of the interviewers

Evaluación de los centros de atención psicossocial en la perspectiva de los entrevistadores

Luciane Prado KANTORSKI¹, Lilian Cruz Souto de OLIVEIRA², Milena Hohmann ANTONACCI³, Sidnei Teixeira JÚNIOR⁴, Poliana Farias ALVES⁵

RESUMO

Este estudo é um recorte da pesquisa CAPSUL realizada em 2006. O objetivo deste artigo foi avaliar 15 CAPS I e 15 CAPS II na perspectiva dos entrevistadores através da observação de campo. A coleta de dados ocorreu de 07 de maio a 03 de junho de 2006, com uma equipe de 20 entrevistadores, previamente treinados, divididos em duplas. Cada dupla ficou responsável pela coleta de três municípios. Para a construção deste artigo foi utilizada a metodologia quantitativa a partir do modelo teórico de Donabedian que inclui a análise de estrutura, processo e resultado. Os dados foram agrupados e discutidos segundo as diretrizes do Ministério da Saúde propostos pela Portaria 336/2002. Este estudo ratifica a importância em se avaliar em saúde mental visto que algumas adaptações ainda devem ser realizadas nos serviços substitutivos já que a ausência de alguns fatores considerados essenciais interfere no tratamento do paciente com transtorno psíquico.

Descritores: Saúde mental; Serviços de saúde mental; Serviços comunitários de saúde mental.

ABSTRACT

This study is part of a research CAPSUL conducted in 2006. The objective of this article was evaluate 15 CAPS I and 15 CAPS II from the perspective of the interviewers through field observation. Data collection happened from May 07 to June 03 of 2006, with a team of 20 interviewers previously trained, divided into pairs. Each pair was responsible for collecting in three towns. For the construction of this article was used a quantitative methodology from the theoretical model of Donabedian which includes analysis of structure, process and outcome. Data were grouped and discussed according to the guidelines proposed by the Ministry of Health Decree 336/2002. This study confirms the importance of evaluating mental health as some adaptations must still be performed in substitute services since the absence of interfering factors considered essential in the treatment of patients with mental disorders.

Descriptors: Mental health; Mental health services; Community mental health services.

¹ Enfermeira. Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. E-mail: kantorski@uol.com.br

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFPel. Pós Graduanda na Especialização em Atenção Psicossocial com Ênfase no SUS pela UFPel. E-mail: lica.cso@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela USP. Pós Graduanda na Especialização em Atenção Psicossocial com Ênfase no SUS pela UFPel. E-mail: miantonacci@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFRGS. Pós Graduando na Especialização em Atenção Psicossocial com Ênfase no SUS pela UFPel. E-mail: sidneief@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira. Pós Graduanda na Especialização em Atenção Psicossocial com Ênfase no SUS pela UFPel. E-mail: polibrina@hotmail.com

RESUMEN

Este estudio es parte de una investigación CAPSUL realizada en 2006. El propósito de este artículo es evaluar 15 CAPS I y 15 CAPS II en la perspectiva de los entrevistadores a través de la observación de campo. La recolección de datos se llevó a cabo de 7 de mayo a 3 de jun de 2006, con un equipo de 20 entrevistadores previamente capacitados, divididos en parejas. Cada par se encargaba de recopilar tres municipios. Para la construcción de este artículo se utilizó metodología cuantitativa a partir del modelo teórico de Donabedian, que incluye el análisis de estructura, proceso y resultado. Los datos se agrupan y se discuten de acuerdo con las directrices propuestas por el Decreto del Ministerio de Salud 336/2002. Este estudio confirma la importancia en evaluarse en la salud mental visto que algunas adaptaciones aún se deben realizar en los servicios sustitutos ya que la ausencia de algunos factores considerados esenciales interfiere en el tratamiento del paciente con trastorno mental.

Descriptor: Salud mental; Servicios de salud mental; Community mental health services.

INTRODUÇÃO

A sociedade, historicamente, foi marcada por uma trajetória de práticas institucionalizantes em saúde mental, que contribuíram para a sedimentação de uma cultura estigmatizante e isolacionista da loucura. A superação dos modelos tradicionalmente instituídos se deu através da organização de movimentos, em diferentes países, incluindo o Brasil, que propunham, através de uma Reforma na psiquiatria tradicional, dar novos contornos às formas de cuidar em saúde mental¹, que valorizassem a atenção em saúde articulada à perspectiva de integralidade e cidadania.

A Lei Federal 10.216, aprovada em 2001, prevê a reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira com a substituição progressiva dos manicômios, por novos dispositivos de tratamento e acolhimento.² Em meio a um cenário de mudanças na atenção em saúde mental, o processo de reforma ainda se encontra em fase de estruturação, quando busca a

consolidação dos serviços, e a articulação entre os diferentes dispositivos da rede de atenção psicossocial.

Nesse contexto, entende-se que a avaliação dos serviços de saúde mental contribui para “pensar e transformar a prática cotidiana”³, fortalecendo as políticas que sustentam a atenção psicossocial. Para tanto, é necessário que se invista na produção de instrumentos e indicadores de avaliação capazes de superar os tradicionalmente utilizados pela clínica psiquiátrica como número de consultas, internações ou procedimentos laboratoriais, remissão de sintomas, número de altas, diagnóstico, entre outros, considerados insuficientes na atenção psicossocial.⁴

Assim, um dos potentes cenários para a pesquisa em saúde mental é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço estratégico para a organização da rede de atenção à saúde mental no território, bem como

para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira.⁵

Esses serviços normatizam-se a partir da Portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, a qual define os CAPS como unidades de saúde capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, podendo constituir-se nas seguintes modalidades, a saber: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, oferecendo regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme necessidade do usuário.²

Visto a importância e necessidade de estudos avaliativos para o fortalecimento e avanço das políticas de saúde mental, é que este estudo pretende se inserir ao propor avaliar a adequação dos CAPS, da região sul do Brasil, às portarias do Ministério da Saúde.

METODOLOGIA

Este artigo é parte da pesquisa intitulada Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil - CAPSUL⁶, coordenado pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e apresentou parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e com o Curso de Enfermagem da Universidade do Oeste do Paraná (UNIOESTE).

O universo do estudo foi constituído por 30 CAPS -15 CAPS I e 15 CAPS II, de 30 municípios da região sul do Brasil. No estado do Paraná foram estudados três municípios, nove em Santa Catarina e 18 no Rio grande do Sul.

Para a construção deste artigo foi utilizada a metodologia quantitativa a partir do modelo teórico de Donabedian que inclui a análise de estrutura, processo e resultado. A estrutura se refere aos recursos ou insumos necessários a atenção em saúde, sejam estes recursos humanos, materiais, financeiros e organização do serviço. O processo inclui as atividades realizadas pelos trabalhadores de saúde em utilizar os recursos disponíveis e transformá-los em resultados, representando assim a adequação do cuidado. Os resultados se relacionam com as mudanças qualitativas quanto á sintomas, autonomia, necessidades de intervenções e realização de atividades cotidianas.⁷

A coleta de dados ocorreu de 07 de maio a 03 de junho de 2006, com uma equipe de 20 entrevistadores, previamente treinados, divididos em duplas. Cada dupla ficou responsável pela coleta de três municípios. Originalmente o estudo incluiu coordenadores, trabalhadores, usuários e familiares dos Centros de Atenção Psicossocial.

Após o retorno dos entrevistadores do campo de coleta, foi realizada uma oficina de discussão

dos dados, quando cada dupla de entrevistadores respondeu a um instrumento com questões referente à adequação dos serviços visitados às normas das portarias ministeriais 189/2002 e 336/2002. Neste artigo abordaremos os resultados obtidos na oficina de discussão junto aos entrevistadores de campo. Os dados obtidos foram agrupados em tabelas e analisados no Microsoft Excel 2010®.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, em novembro de 2005, ofício nº 074/05.

Todos os sujeitos expressaram a autorização de divulgação da pesquisa pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, considerando a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

Análise da Estrutura CAPS I e II

Os componentes abordados em relação à estrutura foram: área específica, funcionamento em horário integral, refeição, equipe mínima e equipe própria.

Tabela 1 - Existência da atividade e sua avaliação em relação à Estrutura de um total de 15 municípios (n) representados pelos CAPS I

Existência da atividade e sua avaliação	n	%	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não Preenchido
Área Específica	14	93,33	0	6	4	1	0	3
Funcionamento em Horário Integral	6	40	2	0	1	0	0	3
Refeição	10	66,66	5	2	2	0	0	1
Equipe Mínima	8	53,33	2	2	1	0	0	3
Equipe Própria	10	66,66	0	8	1	1	0	0

Fonte: CAPSUL, 2006. *Segundo as Portarias 336/2002

Tabela 2 - Existência da atividade e sua avaliação em relação à Estrutura de um total de 15 municípios (n) representados pelos CAPS II

Existência da atividade e sua avaliação	n	%	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não preenchido
Área específica	11	73,33	4	3	1	2	0	1
Funcionamento em horário integral	7	46,66	1	3	0	0	0	3
Refeição	14	93,33	1	5	2	1	3	2
Equipe mínima	7	46,66	1	4	0	0	0	2
Equipe própria	12	80	2	5	1	3	0	1

Fonte: CAPSUL, 2006. *Segundo as Portarias 336/2002

Os CAPS I possuem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 a 70.000, já os CAPS II atendem os municípios de 70.000 a 200.000 habitantes.⁵

Os CAPS se caracterizam por ser um espaço de portas abertas. Suas práticas devem ser realizadas de maneira acolhedora e em uma área específica da cidade. No entanto, os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de apoio social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.⁸

Os resultados evidenciam que 93,33% (n=14) dos CAPS I e 73,33% (n=11) dos CAPS II estudados possuem uma área específica própria, o que os tornam adequados à Portaria 336/2002. No entanto, é preconizado pela mesma que os CAPS também utilizem as potencialidades dos recursos da comunidade, uma vez que este apoio deve ser incluído nos cuidados em saúde mental.⁵

Os CAPS I e os CAPS II devem funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo o CAPS II ainda comportar um terceiro turno funcionando até 21 horas. Surpreendentemente, apenas 40% dos CAPS I e 46,66% dos CAPS II cumprem o horário estabelecido o que demonstra uma falha que requer atenção quanto a este componente.⁵

Acrescentamos ainda que a frequência dos usuários nos CAPS dependerá de seu projeto terapêutico, dessa forma se torna imprescindível que o horário de funcionamento seja flexível além de respeitado, já que o projeto terapêutico é um conjunto de atendimentos que considera a particularidade de cada usuário de acordo com suas necessidades.⁵

A refeição é oferecida por 66,66% dos CAPS I e por 93,33% dos CAPS II demonstrando que a maioria dos CAPS respeita o preconizado pela portaria 336/2002, já que os usuários de um turno (quatro horas) recebem a assistência de uma refeição diária e os assistidos em dois turnos (oito horas) recebem duas refeições diárias.⁵ É oportuno salientar que as refeições oferecidas recebem, em alguns CAPS, a classificação de ótima sendo desta forma um importante marcador de estrutura, visto que alimentar-se bem além de aumentar a qualidade de vida, melhora a capacidade física e a concentração dos indivíduos.

Os CAPS I devem possuir uma equipe mínima de um médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior de outras categorias profissionais e quatro profissionais de nível médio.⁵ Ressaltamos também que a equipe técnica mínima para atuar em um CAPS II, para o atendimento de 30 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes/dia, em

regime intensivo, deverá ser composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, seis profissionais de nível médio, entre eles, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.⁵

É necessário possuir uma equipe mínima para que o trabalho dentro de um CAPS se efetive, pois os trabalhadores são os principais meios de ligação com a atenção básica e além de realizarem o trabalho de referência e contrarreferência ainda devem realizar o apoio matricial que é fundamental para a efetividade do serviço dentro do CAPS. Também, possuir uma equipe própria facilita o processo de trabalho da rede de saúde mental. No entanto, este estudo demonstrou que quase a metade dos CAPS I e II não possuem uma equipe mínima, o que acarreta em uma perda considerável para os usuários.

Análise do Processo dos CAPS I e II

A separação utilizada de indicadores de estrutura, processo e resultado, baseada em Donabedian⁹ possui algumas desvantagens, próprias do modelo sistêmico em que se inspira, por compartimentar fenômenos que não são separados na realidade concreta. No entanto, a vantagem é que esse modelo permite

uma classificação preliminar dos indicadores frente às características dos serviços com as quais está primordialmente relacionado. A escolha de um indicador de processo está direcionada para a tomada de decisão referente à otimização e/ou a utilização racional da dinâmica implementada.¹⁰

A tabela 3 se refere à existência de atividades nos CAPS I e II e a Avaliação de processo dos 30 municípios estudados. De acordo com a Portaria 336/2002 os CAPS deverão constituir-se em um serviço de atenção diária de acordo com a lógica do território de abrangência.⁵

No que se refere ao serviço territorializado, apenas cinco o realizavam, ou seja, 16% dos municípios evidenciando que o a lógica do serviço no território não esta sendo realizada nem tampouco indo ao encontro com a sua regulamentação. Quanto à avaliação deste serviço territorializado pelos municípios que o faziam, um foi avaliado como Bom, um como Regular e um como ruim e dois não foram informados.

As práticas de saúde mental pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde ainda encontram dificuldades para se solidificar e de seguir de acordo com as diretrizes que a propõe.¹¹

Em relação ao atendimento individual os 30 municípios, ou seja, 100% o realizavam. Do total, quatro foram avaliados como ótimo, oito

avaliaram como bom, 12 como regular e seis não foram informados e no que diz respeito ao atendimento em grupos 26 (86,6%) dos 30 municípios o realizavam. Dos que realizavam este tipo de atendimento, cinco foram avaliados como ótimos, 11 como bons, cinco como regulares e um como ruim, evidenciando que grande parte

dos municípios estudados realizam atendimentos individuais e em grupo de acordo com a regulamentação da Portaria 336/02 e em relação à qualidade dos atendimentos a maioria obteve um resultado positivo, dando significância à boa qualidade dos serviços prestados.

Tabela 3 - Existência da atividade e sua avaliação em relação ao Processo de um total de 30 municípios (n) representados pelos CAPS I e II

Existência da atividade e sua avaliação	n	%	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não Preenchido
Serviço Territorializado	05	73,3 16,6	0	1	1	1	0	2
Atendimentos Individuais	30	100	4	8	12	0	0	6
Atendimentos em Grupos	26	86,6	5	11	5	1	0	4
Atendimentos em Oficinas	30	100	6	15	2	0	3	4
Visitas Domiciliares	25	83,3	4	7	5	4	1	4
Atendimento à Família	24	80	3	4	10	3	1	3
Atividades Comunitárias para Reinserção	08	26,6	2	2	3	0	0	1
Atendimento em Nº Adequado de Intensivos	22	73,3	2	7	0	1	0	12
Atendimento em Nº Adequado de Semi-Intensivos	21	70	3	8	1	0	0	9
Atendimento em Nº Adequado de Não-Intensivos	18	60	3	7	1	0	0	8

Fonte: CAPSUL, 2006. *Segundo as Portarias 336/2002

A Portaria 336/02 também dispõe sobre o atendimento em oficinas terapêuticas as quais devem ser realizadas por profissionais de nível superior ou nível médio.² De acordo com os resultados da pesquisa, os municípios que realizavam atendimentos em oficinas 30 (100%) faziam. Destes, seis foram avaliados como ótimos, 15 como bons, dois como regulares, três como péssimos e quatro não foram informados. As oficinas oferecidas pelos CAPS são umas das ferramentas essenciais na clínica de saúde mental por não estar totalmente atreladas a paradigmas técnicos e por não serem oriundas do modelo hegemônico de intervenção em saúde mental.¹²

Outro ponto avaliado no processo é a questão da família. A mesma é considerada como ponto crucial na estabilidade do indivíduo. Alguns autores concluem que a participação familiar na formação do indivíduo faz com que o mesmo obtenha uma maior integração com ele próprio e com a sociedade e faz que ele desenvolva formas e mecanismos de adaptação e melhor enfrentamento dos problemas que lhe venham a acometer, mas infelizmente algumas famílias não se sentem capazes de enfrentar e solucionar muitos problemas e sendo assim necessária a atuação de um agente externo para dar suporte e ajudar, se não na solução, na amenização destes problemas.¹³

As diretrizes que direcionam o serviço em saúde mental incluem as visitas domiciliares e o atendimento às famílias e de acordo com o resultado da pesquisa 25 (83,3%) dos 30 municípios as realizavam. Dentre os que os que realizavam, quatro

foram avaliados como ótimo, sete foram avaliados como bons, cinco como regulares, quatro como ruim e um como péssimo; e em relação ao atendimento à família 24 (80%) dos 30 o realizavam. Destes atendimentos, três foram avaliados como ótimos, quatro foram avaliados como bons, dez foram avaliados como regular, três foram avaliados como ruim, um como péssimo voltando a mostrar que a maioria dos municípios se organizam de acordo com o orientado, mas que parte deles necessitam expandir e aprimorar o suporte devido às famílias.

As propostas da reforma psiquiátrica, especialmente as propostas de reabilitação psicossocial e de reinserção, buscam garantir a autonomia e a cidadania de portadores de transtornos mentais e são a tônica das políticas públicas de saúde mental.¹⁴

Em relação às atividades comunitárias para reinserção apenas oito (26,6%) as realizavam. Destas, duas foram avaliadas como ótimas, duas foram avaliadas como boas, três foram avaliadas como regulares, mostrando que as propostas que orientam a reabilitação psicossocial dos usuários dos sistemas substitutivos ainda não foram totalmente absorvidas tampouco colocadas em prática dificultando o processo de reinserção deste usuários na sociedade e na formação de suas redes sociais.

As redes sociais são de extrema significância tanto do ponto de vista da reconstrução de um cotidiano, muitas vezes perdido pelo sofrimento psíquico, como importante suporte no tratamento a partir dos diversos

dispositivos de apoio e de solidariedade. Dessa forma, elas ganham relevância na reinserção e reabilitação do portador de transtorno mental na sociedade, bem como no resgate de sua autonomia.¹⁵

A Portaria 336/02 estabelece que os CAPS I, II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais. Esta Portaria define como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente nos CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor.²

No que diz respeito ao número adequado de atendimentos de intensivos 22 (73,3%) dos 30 o detinham. Destes, dois foram avaliados como ótimos, sete como bons, um como ruim.

Em relação ao atendimento em número adequado de semi-intensivos 21 (70%) dos 30 o detinham. Destes, três foram avaliados como ótimos, oito como bons, um como regular e nove não foram informados.

Em relação ao atendimento em número adequado de não-intensivos 18 (60%) dos 30 o detinham. Destes, três foram avaliados como ótimos,

sete como bons e oito não foram informados.

Os resultados evidenciados quanto ao número adequado de atendimentos mostram que a grande maioria dos municípios estudados vão ao encontro da Portaria que as regulamentam. No entanto, mostra a necessidade de maior empenho por parte de uma pequena parcela de municípios a se adequarem para prestar um serviço de saúde mental quantitativamente adequado à população.

O CAPS enquanto dispositivo articulador de ações no território

O modelo da atenção psicossocial requer a implantação de uma diversidade de dispositivos no território que respondam aos diferentes momentos e às diversas necessidades do portador de sofrimento psíquico. Esta configuração política passa a desenhar uma rede, que inclui serviços e dispositivos comunitários, e que tem como proposta se estruturar através do CAPS.⁵

Essa estruturação é orientada segundo a portaria GM 336/2002 que, entre outras providências, caracteriza os CAPS I e II, como: serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento de transtornos mentais severos e persistentes, com características para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território; coordenar as atividades de supervisão de

unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território.²

A partir das atribuições legais dos CAPS, acima elencadas, busca-se subverter a lógica de hierarquização, bem como agregar novos e diferentes níveis de atenção a um território. A assistência nesses serviços passa a ter caráter intensivo, ou seja, deixa de visar remissão de sintomas e passa ocupar-se da existência dos sujeitos e de suas possibilidades de habitar o

social, quando garante acesso a outros serviços que não só o CAPS, ou outros serviços especializados em saúde mental.¹

Contudo, ao relacionar os dados coletados nos trinta municípios nos CAPS tipos I e II, às atribuições garantidas na portaria é possível evidenciar que ainda há muito que avançar no que se refere à composição e organização das redes de atenção psicossocial estudadas. A tabela a seguir apresenta um resumo do que será discutido no decorrer desse capítulo.

Tabela 4 - Relação entre as funções previstas para o CAPS, de acordo com a portaria 336, e dados coletados em 30 CAPS tipos I e II nos municípios estudados

Funções previstas para os CAPS	Sim	Não
Desempenha o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território	50% (n=15)	46,67% (n=14)*
Coordena as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território	3,33% (n=1)	96,67% (n=29)
Supervisiona e capacita as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território	10% (n=3)	90% (n=27)

Fonte: CAPSUL, 2006. *Segundo as Portarias 336/2002. *Um dos coletadores não soube informar

Segundo os dados obtidos por instrumentos preenchidos pelos coletadores de dados da etapa quantitativa da pesquisa, em 50% (n=15) dos casos o CAPS funciona como regulador da porta de entrada da rede de assistência no território. Segundo o Ministério da Saúde¹⁶ os CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois é a partir

do surgimento destes serviços se materializa, de fato, a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

Nos municípios que apresentaram essa regulação, os usuários que chegam até o CAPS, passam por uma avaliação inicial e posteriormente recebem um retorno de encaminhamento para o serviço que mais se adéqua a sua

necessidade, seja no próprio CAPS ou em algum outro dispositivo da rede.

Acreditamos, na importância dos CAPS como articuladores da rede de atenção psicossocial em seu território, uma vez que este, ao assumir a condição de substitutivo ao hospital psiquiátrico, torna-se o núcleo de uma nova clínica, que estimula autonomia, que incentiva o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.¹⁷

A fim de que o CAPS possa cumprir com a tarefa de promover a reinserção social é necessário uma articulação ampla que concentre diferentes dispositivos, para a promoção do retorno à vida e à autonomia dos usuários dos serviços, articulando os recursos existentes em variadas redes: sanitárias, jurídicas, sociais, educacionais, comunitárias, entre outras.

Ao revelar que 46,67% (n=14) dos municípios ainda não conseguem fazer a regulação do sistema de saúde mental, aponta-se como principal problema exatamente a falta dessa rede que dê suporte ao ponto central da rede. Em decorrência dos instrumentos de gestão constituídos, que garantiram financiamento e agilidade na implantação e custeio de CAPS nos municípios, ocorreu um processo de mobilização dos gestores municipais para a criação de serviços extra-hospitalares de saúde mental, na modalidade exclusiva de CAPS, sem que houvesse investimento em outros dispositivos de atenção.¹⁷

A restrição quanto ao cardápio de serviços de algumas redes, pelas questões relativas ao financiamento, reflete no que diz respeito à coordenação e supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no território, a qual é realizada em apenas 3,33% (n=1) dos municípios, uma vez que em 96,67% (n=29) dos municípios não havia leitos psiquiátricos em hospital geral.

A existência de leitos psiquiátricos em hospital geral é um instrumento de trabalho na rede de saúde mental que favorece o vínculo do usuário internado com os espaços extra-hospitalares, através da manutenção do contato com o grupo familiar, e com os profissionais do serviço de referência do usuário mesmo durante períodos em que é necessária a internação.¹⁹ Contudo, ainda na maior parte dos municípios estudados os casos que necessitam de internação ainda são referenciados para hospitais psiquiátricos.

A fim de estimular os gestores a ampliar e qualificar a atenção ao portador de sofrimento psíquico no momento em que é necessária a internação, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 2.629/09, que reajusta os procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais, tornando-os melhor remunerados do que os procedimentos em hospitais psiquiátricos.²⁰

Segundo dados do Ministério da Saúde, mesmo com as medidas de estímulo a expansão do número de leitos para a atenção

à saúde mental em hospitais gerais ainda é muito pequena, sendo que no ano de 2010 havia 3.371 leitos psiquiátricos em hospitais gerais.²⁰ Acredita-se que esse importante meio possibilita desmistificar a loucura e respeitar a singularidade do ser, com suas diferenças.²¹

A supervisão e capacitação das equipes de atenção básica no território também foi uma variável avaliada nos municípios estudados, revelando que em 10% (n=3) dos municípios é realizado esse tipo de ação, que aproxima diferentes níveis de atenção. O trabalho conjunto entre a equipe do CAPS e da Unidade Básica de Saúde (UBS), seja ela Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou não, favorece a responsabilização compartilhada dos casos, e exclui a lógica do encaminhamento, ao aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local.

Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica resultando em uma corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação.¹⁶

Os dados apontam para uma articulação ainda frágil na rede de saúde mental dos municípios, ficando clara a necessidade em investir maciçamente na construção de práticas voltadas à satisfação das

necessidades de saúde do usuário. Para tanto, é necessário um movimento de apropriação de instrumentos mais complexos do que aqueles que visam apenas o tratamento de redução de sintomas, para um tratamento que efetive a reinserção psicossocial, amparado em conhecimentos de outros setores, instaurando práticas interdisciplinares, intersetoriais e voltadas para a integralidade, que dêem conta de atender as especificidade de cada sujeito, bem como sua reinserção na sociedade.²²

Por fim, é necessário pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas.²³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados demonstram que parte dos CAPS estudados ainda não cumprem a proposta da Política de Saúde Mental proposta pelo Ministério da Saúde, o que acarreta em uma perda considerável para a qualidade dos serviços oferecidos. No entanto, existe uma excelente Política de Reabilitação e reinserção social, assim os gestores, profissionais, usuários, pesquisadores e sociedade como um todo devem continuar lutando para

que se faça cumprir todas as leis, normas e portarias existentes.

Os estudos de avaliação têm por objetivo avaliar e propor recomendações quando necessárias, portanto a maioria dos serviços avaliados neste estudo precisam rever aspectos relacionados à estrutura, ao processo e ao resultado e tentar de todas as formas possíveis conciliarem com os aspectos preconizados pela política existente.

REFERÊNCIAS

1. Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Lei no 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 09 Abr 2001;Seção 1:2.
3. Wetzell C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Texto & contexto enferm. 2004 Out/Dez;13(4):593-8.
4. Fidelis P. O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços de saúde mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, RJ. In: Amarante P, organizadora. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 89-119.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília; 2004.
6. Kantorski LP. CAPSUL Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: Relatório. Pelotas: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Ministério da Saúde; 2007.
7. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y metodos de evaluación. Ediciones científicas La Prensa Medica Mexicana. México: Ediciones Copilco SA; 1984.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários [Internet]. Brasília; 2007. [acesso em 2002 Jan 08]; Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>.
9. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? J am med assoc. 1988 Set;260(12):1743-8.
10. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de Saúde do Adolescente: Um Modo de Fazer. São Paulo: USP; 2001.
11. Nunes M, Juca VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad saude publica. 2007 Out;23(10):2375-84.

12. Galleti MC. Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico? Goiania: UCG; 2004.
13. Macêdo VCD, Monteiro ARM. Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. Texto & contexto enferm. 2004 Out/Dez;13(4):585-92.
14. Dimenstein M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. Mental. 2006 Jun;4(6):69-83.
15. Brusmarello T, Guimarães AN, Labronici LM, Mazza VA, Maftum MA. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. Texto & contexto enferm. 2011 Jan/Mar;20(1):33-40.
16. Ministério da Saúde (BR), 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; 2005.
17. Amarante P. Ensaio - Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
18. Oliveira AGB. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. Esc Anna Nery. 2007 Dez;10(4):694-702.
19. Antonacci MH. Trabalhadores do Serviço Residencial Terapêutico: atores na reconstrução da vida fora dos muros do manicômio [dissertação]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas; 2011.
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de atenção à saúde, DAPES, Coordenação geral de saúde mental, álcool e outras drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da saúde; 2011.
21. Kantorski LP, Bielemann VLM, Clasen BN, Padilha MAS, Bueno MEN, Heck RM. A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de centros de atenção psicossocial - CAPS. Cogitare enferm. 2010 Out/Dez;15(4):659-66.
22. Vasconcelos EM. Epistemologia, diálogos e saberes: estratégias para práticas interparadigmáticas em saúde mental. Cad bras saúde mental. 2009 Jan/Abr;1(1):109-18.

Data da submissão: 2011-12-04

Aceito: 2012-05-10

Publicação: 2012-06-15