

Análise das dimensões organizacionais do Centro de Atenção Psicossocial

Analysis of the organizational dimensions of a Counseling and Psychological Service

Análisis de las estructuras organizacionales de un Centro de Atención Psicosocial

Carla Aparecida Arena VENTURA¹, Marjore Serena JORGE², Marciana Fernandes MOLL³

RESUMO

Objetivo: conhecer e analisar as dimensões contextuais e estruturais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do interior do Estado de São Paulo. **Métodos:** estudo interpretativo, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Foram entrevistados 14 funcionários que trabalhavam no CAPS e concordaram em participar do estudo. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise temática. **Resultado:** o relacionamento da equipe multiprofissional e o serviço oferecido são bons, porém, permeados por dificuldades. A Rede de Saúde Mental necessita se integrar para se tornar efetiva diante da demanda existente. **Considerações finais:** para assegurar um cuidado integral se faz necessário estabelecer estratégias que assegurem o fortalecimento de redes de apoio social e comunitário, a articulação com a rede básica de saúde e a extensão das políticas aos familiares.

Descritores: Saúde mental; Serviços de saúde; Organização e administração.

ABSTRACT

Objective: to know and analyze the structural and contextual dimensions of a Counseling and Psychological Service in the state of Sao Paulo. **Methods:** interpretative study with data collected through semi-structured interviews. The study was approved by the University of Sao Paulo at Ribeirao Preto College of Nursing Ethics Committee. The subjects were 14 employees who worked at CAPS and agreed to participate. In order to analyze data, it was used thematic analysis. **Results:** the relationship between the multidisciplinary team and the service is good, however, facing some difficulties. The Network of Mental Health requires integration to be effective to the actual demand. **Final Considerations:** to ensure integral care, it is important to establish strategies to assure the strengthening of community and social care network, the articulation with the basic health units and the expansion of policies to family members.

Descriptors: Mental health; Health services; Organization and administration.

1 Advogada. Doutora e Professora Associada ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: caaventu@gmail.com

2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: marjore.serena@hotmail.com

3 Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora do curso de graduação e pós-graduação em enfermagem da Universidade de Uberaba. Uberaba, MG, Brasil. E-mail: mrcna13@yahoo.com.br

RESUMEN

Objetivo: conocer y analizar las dimensiones estructurales y contextuales de un Centro de Atención Psicosocial en el estado de Sao Paulo. Métodos: estudio interpretativo, con datos recolectados por medio de entrevistas semiestructuradas. La investigación fue aprobada por la Comisión de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Catorce empleados que trabajaban en el CAPS y aceptaron participar fueron entrevistados. Para el análisis de datos, se utilizó el análisis temático. Resultados: la relación del equipo multidisciplinario y el servicio es buena, sin embargo, llena de dificultades. La Red de Salud Mental necesita de integración para actuar con relación a la demanda existente. Consideraciones Finales: para garantizar el cuidado pleno es fundamental estrategias que garanticen el fortalecimiento de las redes de apoyo social y de la Comunidad, la vinculación con la red básica de salud y la extensión de las políticas a los miembros de la familia
Descriptores: Salud mental; Servicios de salud; Organización y administración.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira corresponde a transformações de práticas, saberes e valores fundamentados na crise do modelo centrado na exclusão social, buscando-se em contraposição, a valorização dos direitos dos portadores de transtornos mentais.¹

Na década de 1990, a Declaração de Caracas e a II Conferência Nacional de Saúde Mental resultaram na implantação de serviços de atenção diária que passaram a constituir a Rede de Saúde Mental no Brasil. Posteriormente, a Lei Federal 10.216 em 2001 sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais consolidou a Reforma Psiquiátrica no país.¹ Atualmente, a rede de atenção psicossocial fundamenta a prestação de cuidados em saúde mental voltada para ampliar e diversificar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para a atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Neste contexto, o eixo central de cuidados se dá por meio da construção do projeto terapêutico singular que deve

valorizar o acolhimento, o acompanhamento contínuo e a atenção às urgências.²

O CAPS exerce ações primordiais nesta rede, pois neste serviço comunitário de saúde mental é realizado o acompanhamento clínico, visando à reinserção social do portador de transtorno mental por meio do exercício de seus direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Além disso, os CAPS são considerados dispositivos articuladores da rede de atenção em saúde mental, na medida em que são centros que disponibilizam de cuidados multiprofissionais aos portadores de transtornos mentais.³ Estar inserido num território, estruturado e aberto¹ e conter a equipe técnica de nível médio e superior necessária constituem elementos essenciais para a organização e a manutenção do ambiente, devendo acolher usuários, desenvolver projetos terapêuticos singulares, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial e compartilhar espaço de convivência do serviço.

Considerando a caminhada ainda breve dos serviços de atenção diária, especialmente do CAPS, surgem preocupações com relação ao risco de manicomialização destes serviços ou da concretização de poucas mudanças com relação ao modelo assistencial, uma vez que muitos de seus profissionais trabalham ou trabalharam em hospitais psiquiátricos. Assim, na atualidade, ainda existem nas práticas assistenciais resquícios manicomialistas que não enfatizam a reabilitação psicossocial.⁴

Neste contexto, este estudo objetivou conhecer e analisar as dimensões contextuais e estruturais de um CAPS do interior do Estado de São Paulo com base na percepção de sua equipe de saúde. Sendo assim, enfatiza-se que a análise da estrutura organizacional do serviço permitiu identificar sua adequação “formal” às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e, principalmente, conhecer melhor o cuidado oferecido ao portador de transtorno mental naquele serviço. Nesse sentido, este trabalho apresenta elementos importantes para a compreensão da rotina de um CAPS e como a sua estrutura organizacional pode influenciar as práticas psicossociais no contexto do processo de construção da rede de saúde mental que necessita se articular para proporcionar uma assistência de qualidade aos seus usuários.⁵ Para se abordar um cuidado de qualidade é essencial considerar a realidade do modo psicossocial que priva pela inclusão social por meio de serviços em meio comunitário e da proteção das pessoas com transtornos mentais.

Ainda, para melhor fundamentar essa investigação, considera-se relevante abordar as especificidades das organizações e suas dimensões estruturais e contextuais, o que está exposto nos parágrafos que se seguem. Nesta perspectiva, como as organizações suprem a sociedade com bens e serviços e possuem dimensões que podem ser sintetizadas em estruturais e contextuais, visando conhecer e avaliar uma organização é preciso examiná-la nesses dois âmbitos.⁶

As dimensões estruturais são: formalização, especialização, hierarquia de autoridade, centralização, profissionalismo e taxas de pessoal. A formalização refere-se ao volume de documentação escrita da organização, incluindo procedimentos, descrição de cargos, regulamentos e diretrizes políticas. A especialização relaciona-se a realização das tarefas relativas a cada cargo ou função. A hierarquia de autoridade esclarece a esfera de controle dos gerentes e é retratada pelas linhas verticais do organograma organizacional.⁷ A centralização refere-se ao processo de tomada de decisão concentrado nas mãos da alta gerência e o profissionalismo enfatiza o nível educacional e de treinamento dos funcionários.⁸

As dimensões contextuais são: tamanho, tecnologia organizacional, ambiente, metas, estratégias e cultura organizacional. O tamanho corresponde ao número de pessoas que compõem a organização. A tecnologia inclui ações e técnicas utilizadas. O ambiente externo engloba os elementos além dos limites da organização que podem afetá-la e

as metas e estratégias norteiam o propósito organizacional e os caminhos para alcançá-lo.⁷ Estratégia é, então, o processo definidor da missão e objetivos, considerando as ameaças e oportunidades do ambiente. Por fim, a cultura representa os valores que norteiam as ações das pessoas na organização quando lidam com problemas externos e internos.⁸

As dimensões estruturais e contextuais são interdependentes e revelam informações significativas⁶ sobre a própria organização e, sobretudo, sobre as relações de coordenação e subordinação que se delineiam internamente, bem como sobre a atuação organizacional face a incerteza de seu ambiente externo. Tais dimensões foram utilizadas nesta pesquisa como base para compreender melhor a dinâmica interna e externa do CAPS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, considerada apropriada quando o fenômeno estudado é complexo, de natureza social e que não tende à quantificação. Consiste em um multimétodo, com abordagem interpretativa buscando o sentido do comportamento dos atores.⁹

Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas⁹ com funcionários de um CAPS no interior do Estado de São Paulo em 2009. Conforme determinado pela Resolução¹⁰ que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, esta investigação se iniciou após aprovação pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-

Universidade de São Paulo, sob protocolo nº 0896/2008. Ainda valorizando as proposições desta legislação, a pesquisa foi apresentada em reunião para a equipe completa do CAPS e todos os membros foram convidados a participar e as entrevistas foram agendadas previamente de acordo com a disponibilidade dos sujeitos e, após o consentimento livre e esclarecido de cada um deles. Foram entrevistados, no próprio serviço, 14 dos 17 membros do quadro de recursos humanos do CAPS, pois três destes membros da equipe não estavam presentes no serviço no período em que as entrevistas aconteceram (licença, férias-prêmio). Dentre estes participantes, três eram enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, um terapeuta ocupacional, uma psicóloga, um músico terapeuta, três auxiliares de serviço, um segurança, um agente administrativo e o gerente da unidade.

O conteúdo das entrevistas abrangia: ambiente, relações e influências internas e externas, valores, metas, clima de trabalho, serviço oferecido, estrutura física, fluxo da rede e demandas da sociedade.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Estes dados foram analisados por meio da análise temática, que compreende três fases: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final, sendo esta última discutida à luz do conhecimento produzido na área.⁹

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os conteúdos identificados foram agrupados em categorias, a saber:

“Ambiente interno: equipe multiprofissional e estrutura física horizontal”; “Ambiente externo: relacionamento com a Rede de Saúde Mental e influências de outros atores”; “Cultura, valores e metas”; “Sugestões para melhoria do serviço”. A exploração dos dados ofereceu elementos para a compreensão das dimensões estruturais e contextuais do serviço estudado e para a proposição de sugestões à sua gestão.

Ambiente interno: equipe multiprofissional e estrutura física horizontal

Com relação ao aspecto interno dos CAPS, a fundamentação política brasileira se estrutura na proposta de um modelo assistencial voltado para a extinção do manicômio (com base na I Conferência Nacional de Saúde Mental de 1987 e a Lei nº. 3.657/89) e a gestão do trabalho de cuidado. Apoiada na Lei 10.216/01 busca consolidar um modelo de atenção aberto e comunitário. Todos os tipos de CAPS encontram uma normatização comum nas Portarias GM nº. 336 e SAS nº. 189, ambas de 2002. De acordo com estas regras, as formas de cuidado não devem ser pré-concebidas, mas sim, atender às especificidades dos sujeitos. Diante da cronicidade do transtorno mental, deve-se buscar produzir saúde e qualidade de vida, ao invés da cura.³

Considerando esta realidade, o trabalho em equipe multiprofissional demonstra hierarquia de autoridade baixa, especialização média, estrutura horizontal⁷ e que envolve a interação entre os profissionais do serviço, alunos, pacientes e familiares. O trabalho em equipe é facilitado pelo

ambiente interno pequeno, reuniões periódicas para discussão de assuntos administrativos e clínicos e a descentralização do poder de tomada de decisão:

[...] quando precisa tomar uma decisão, a equipe pensa junto nas reuniões [...] (E 10).

[...] poder trocar ideias nas reuniões é bom para decidir junto com os outros sobre problemas que estão acontecendo [...] (E 6).

Quanto à dinâmica de trabalho, observou-se a superação conjunta das dificuldades e a realização de funções extras pelos funcionários, gerando sobrecarga de trabalho por falta de funcionários, considerada fator estressante para a equipe:

[...] o serviço é tenso, mas procuramos entender. O que um precisa, o outro ajuda. Muitas vezes fazemos coisas que não é da nossa parte [...] (E2). Estamos sobrecarregados, falta funcionários [...] (E4).

A tecnologia utilizada na realização do trabalho é baixa e depende das habilidades e conhecimentos da equipe, acarretando alto profissionalismo. Profissionais são admitidos por concurso e sete são graduados.

A estrutura física foi considerada satisfatória, contudo, necessita mudanças:

[...] é adequada por ser uma casa. Mas falta sala [...] (E10).

Na área externa, eles fazem plantação em vasinho [...].

Precisa de espaço maior [...] (E2).

Ao descreverem o ambiente, os profissionais enfatizam clima bom e permeado por conflitos inerentes às relações humanas. Por fim, ao avaliarem o serviço, os sujeitos acreditam que o atendimento é bom:

[...] ajuda o indivíduo a retornar a sociedade, ele se sente acolhido [...] (E1).

Por meio do trabalho em equipe multiprofissional é possível enfrentar o intenso processo de especialização da área da saúde. A comunicação é uma ferramenta intrínseca dessa dinâmica e predispõe à elaboração de linguagens e objetivos comuns, o que é muito importante¹¹, mas pode desencadear tensões que não representam, necessariamente, dificuldades ao processo. No caso do CAPS, os conflitos apareceram nas falas dos entrevistados como inerentes ao cotidiano, mas com perspectiva de serem resolvidos intraequipe, por meio da unicidade de ações no cuidado realizado.⁶ Neste cenário, o trabalho em equipe é do tipo integração, baseado na complementaridade no exercício da técnica e interdependência dos projetos de ação de cada agente.⁶ Como consequência, tem-se a realização de funções extras sobrecarregando os funcionários.

O campo psicossocial tem como pressuposto, para o produtor de ação de saúde, o planejamento do modelo assistencial coletivizado, produzido no espaço multiprofissional com qualidade interdisciplinar. Nessa perspectiva, o agente de saúde mental de formação superior ou

média não compete, solidariza; não se submete ou estabelece hierarquia, mas reflexão e colaboração. Essa posição é coerente com a proposta do trabalho em rede preconizado no Brasil, na qual a integralidade do cuidado alicerça o cuidado em todos os níveis de atenção à saúde.¹²

Ambiente externo: relacionamento com a rede de saúde mental e influências de outros atores

Um importante elemento externo que atinge o CAPS de maneira direta é a influência política. A análise histórica nos permite perceber a importância da influência política na administração dos serviços de saúde mental. O movimento de reforma psiquiátrica de 1970 desencadeou as Conferências Nacionais de Saúde para debater a estruturação de serviços e programas direcionados a Saúde Mental, o que se intensificou a partir de 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde e a Declaração de Caracas, em 1990, que preconizou a proteção dos direitos humanos.¹¹ Portanto, os serviços de saúde mental se fortalecem quando existe uma legislação vigente, sustentada por políticas públicas e ações que garantam a sua concretização.

A política de saúde mental brasileira configura-se, no aspecto externo, na reestruturação da assistência em torno da proposta da Declaração de Caracas¹, com a constituição de serviços dentro de uma rede dinâmica e articulada internamente e com a comunidade.

Nesse cenário, o CAPS enfrenta reflexos diretos de seu ambiente externo, composto por usuários,

familiares e demais serviços da Rede de Saúde Mental do município.

O relacionamento entre os serviços de reabilitação psicossocial foi definido como burocrático e caracterizado pela falta de integração. Dentre as dificuldades para o atendimento, ressalta-se o número excessivo de usuários, falta de vagas na enfermagem psiquiátrica existente no hospital geral ou no próprio hospital psiquiátrico e dificuldade para realizar encaminhamentos:

Às vezes nosso paciente fica a semana toda e não consegue internação [...] (E4).

Ainda quanto ao ambiente externo, enfatiza-se que o preconceito da sociedade e diante do portador de transtorno mental dificulta a consolidação das metas do CAPS:

Estamos engatinhando em levar o paciente de volta para a sociedade porque ele sofre preconceito na unidade básica de saúde [...] (E12).

O ambiente externo complexo, formado por diferentes atores e valores, é influenciado pelo estigma social que desencadeia uma barreira ao avanço do tratamento e à perspectiva de exercício da cidadania pelos portadores de transtornos mentais. Muitas vezes, os transtornos mentais não são considerados como doença, pois são influenciados por causas psicológicas e sociais e não apenas por fatores biológicos, o que gera, com frequência, o preconceito e a exclusão social. Entre os relatos dos entrevistados, foi colocado que os

próprios profissionais que atuam na atenção básica têm preconceito diante dessa clientela, o que sinaliza a necessidade de se esclarecer esses profissionais e a própria população sobre a doença mental para possibilitar a ressocialização e o estabelecimento de vínculos entre os profissionais de atenção básica e do CAPS.

Diante desta necessidade, é importante que seja regulamentada uma legislação que assegure a consolidação administrativa dos CAPS, pois muitos dos profissionais que atuam nestes serviços são contratados e em períodos de mudança de gestão municipal existe uma rotatividade desta equipe, o que foi exposto na fala que se segue:

[...] sempre que tem eleição, o clima já fica preocupante [...] (E9).

A proposta do CAPS exige um trabalho organizado através de equipes de referência com criação de vínculo entre profissionais, pacientes e comunidade, possibilitando construção e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares. Nesse sentido, recente trabalho avaliou 78% dos CAPS existentes no país e apontou que 49% trabalham utilizando a proposta de que a pessoa assistida deve ter um profissional de referência no serviço.¹³ A equipe de referência é um arranjo organizacional que visa novos padrões de relacionamento entre profissionais e usuários com base em um cuidado integral e não da soma de ações isoladas dos diferentes tipos de profissionais.¹³

Outro recente estudo realizado com profissionais do CAPS-ad da cidade de Ribeirão Preto/São Paulo também apontou a necessidade de maior integração desse serviço com o ambiente externo, especialmente com outros serviços de saúde mental com o objetivo de otimizar o atendimento aos usuários e integrar um trabalho em rede, como preconizam as bases da reforma psiquiátrica brasileira.¹⁴

Cultura, valores e metas

No que diz respeito aos valores que embasam a cultura do CAPS, o usuário é o centro do serviço e os temas reinserção do paciente na sociedade, trabalho e família, diminuição de internações e humanização do cuidado em substituição ao modelo manicomial foram mencionados, sugerindo uma boa resolutividade do serviço.

Em relação às metas, a maioria dos funcionários afirma que estão adequadas à sua missão, e que observam melhora nos usuários. Entretanto, percebem a falta de clareza na política de saúde mental do país, o que dificulta a consolidação do cuidado humanizado e inclusivo:

As metas não estão claras na política de saúde mental. É necessário compreender o valor do tratamento, para estabelecer metas. [...] precisa trabalhar de forma qualitativa [...]. A principal meta do CAPS é não ser um manicômio [...] (E11).

Constatou-se internamente um nível de formalização baixo, uma vez que a única documentação existente no CAPS estudado são os prontuários dos pacientes com anotações diárias

de atendimentos médicos, de enfermagem, de psicólogos e das atividades executadas.

Nesse contexto, alguns autores defendem que o trabalho clínico do profissional de saúde mental se faz por meio do acompanhamento individual do paciente do CAPS, o que favorece atender as suas necessidades singulares e estimulá-lo a aumentar sua autonomia.¹⁵ Porém, estudos⁵ já evidenciaram que para a consolidação da rede de saúde é essencial que aconteça a comunicação entre a equipe do CAPS e os profissionais de outros serviços de saúde para se qualificar a assistência a esse público e, por conseguinte, implementar um cuidado integral. Sendo assim, vale questionar se os profissionais não estariam se dedicando demasiadamente para o cotidiano do CAPS, em detrimento da construção de um trabalho compartilhado com a atenção básica, favorecendo seu excesso de responsabilização, tal como eles mesmos se queixam.

Sugestões para melhoria do serviço

Como sugestões para facilitar a integração, foram citadas a integração do CAPS com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a maior participação dos familiares no tratamento:

[...] deveríamos estar ligados a um PSF. [...] perdemos muito sem isso (E8). A família deveria participar mais do tratamento. Nós chamamos, mas são poucos os que vêm [...] (E6).

Visando a expansão e a integração da rede, os entrevistados deste estudo sugeriram a ligação do

CAPS a uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma de melhor atendimento da demanda. Estudos evidenciam que a ESF deveria ser um articulador entre a rede de saúde mental e a população, desenvolvendo atividades que incluíssem a prevenção e a promoção de saúde mental.¹³ Em contrapartida, outros estudos mostram a dificuldade encontrada por membros de PSF em lidar com o sofrimento mental. O que se percebe é uma visível sensibilidade diante da situação, no entanto, as ações para efetivar o cuidado ainda acontecem de modo isolado, fazendo-se necessárias estratégias que auxiliem também as equipes de PSF a entrarem na rede de cuidados de saúde mental, seja com cursos de capacitação, supervisão permanente, ou mesmo a ligação a um CAPS, inclusive para realização de encaminhamentos quando necessário.¹⁶

Ainda foi exposto que uma maior participação da família poderia impulsionar a ressocialização das pessoas assistidas no CAPS. Nesse sentido, afirma-se que processo de socialização inicia-se na família, o que o faz denominá-lo socialização primária. A família representa o meio em que o indivíduo deve estar em segurança, por esta fazer parte do cuidado e da manutenção da terapêutica ministrada. As maiores dificuldades encontradas nesse convívio se relacionam à sensação de impotência, níveis elevados de ansiedade e esgotamento, devido às oscilações comportamentais do portador de transtorno mental.¹⁷

Outras sugestões, apontaram que para a otimização das relações internas seria interessante a

realização de uma supervisão externa de equipe, o que foi vivenciado em 2008 pelos participantes que colocaram ter alcançado resultados satisfatórios:

[...] sempre reivindicamos uma supervisão institucional. Ano passado tivemos e faz diferença. O facilitador nos ajuda a pensar [...] (E10).

A necessidade de supervisão e educação permanente também foi exposta em estudo¹⁸ que considerou emergente a necessidade de desenvolver pessoas capazes de atuar em serviços de saúde mental para assegurar a consolidação do modelo psicossocial e favorecer uma assistência qualificada.

Outro aspecto evidenciado quanto à sugestão para melhoria do serviço refere-se à necessidade de implementar mais atividades externas com os usuários:

[...] precisa melhorar na integração na sociedade, como ter mais centros de convivência para ter outras atividades externas [...] (E7).

Recomenda-se uma abordagem integrada de todos os níveis de cuidados em saúde (primário, secundário e terciário) e, ainda dos setores sociais, econômicos e educacionais para a prestação de cuidados de saúde mental de modo a possibilitar o adequado uso dos recursos humanos e financeiros disponíveis para a sustentabilidade da saúde mental.¹⁹

Considerando a necessidade de se promover um cuidado humanizado em saúde mental, bem como

consolidar a proteção do portador de transtorno mental como um cidadão que possui direitos, o que é coerente aos pressupostos da reforma psiquiátrica e ao fortalecimento da rede de saúde mental, faz-se necessária a valorização das ações em prol da cidadania dessas pessoas:

[...] a saúde mental precisa ser encarada como necessidade para o usuário, acho que fica sempre por último dentro da rede porque reclamamos menos na mídia (E9).

Nesse sentido, evidenciou-se que as práticas cuidativas dos CAPS devem impulsionar a (re)construção de diálogos junto aos dispositivos sociais e políticos para se compor a autonomia e a cidadania de seus usuários.²⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados sugerem que o CAPS está cumprindo o papel de oferecer um monitoramento contínuo aos portadores de transtornos mentais e familiares em meio comunitário e, embora, com muitos problemas, revela um bom envolvimento dos profissionais inseridos no serviço, o que parece gerar efeitos positivos no cuidado prestado. Assim, em que pese à necessidade de investimentos em melhorias organizacionais, a estratégia é efetiva e deve ser reforçada no âmbito do SUS.

Contudo, novos desafios precisam ser enfrentados, como o fortalecimento de redes de apoio social e comunitário, a articulação com a rede básica de saúde e a extensão das políticas aos familiares,

que representam importante pilar de sustentação do novo modelo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). 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. OPAS. Brasília; 2005.
2. Brasil. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 maio 2013; Seção 1: 37-38.
3. Cavalcante CM, Pinto DM, Carvalho AZT, Jorge MSB, Freitas CHA. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Rev bras promoc saúde. 2011 abr/jun;24(2):102-8.
4. Santos JP, Souza MCBM, Oliveira NF. Reabilitação psicossocial na perspectiva de estudantes e enfermeiros da área de saúde mental. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2011 jan/mar [acesso em 2014 jan 05];13(1):60-9. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8740>
5. Paes LG, Schimith MD, Barbosa TM, Righi LB. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde Mental. Trab educ saude. 2013 maio/ago;11(2):395-409.

6. Daft RL. Organizações: teorias e prática. São Paulo: Cengage Learning; 2008.
 7. Guerrini FM, Escrivão EF, Cazarini EW, Pádua SID. Modelagem da organização: uma visão integrada. Porto Alegre: Bookman; 2014.
 8. Oliveira DPR. Introdução à administração: teoria e prática. São Paulo: Atlas; 2009.
 9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
 10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.
 11. Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante práticas em saúde. Trab educ saude. 2011 nov/fev;9(3):479-503.
 12. Moll MF, Silva KJ, Dias ER, Ventura CAA. O abandono ao tratamento entre pacientes assistidos em um Centro de Atenção Psicossocial. J nurs health. 2012 jan/jun;2(1):18-27.
 13. Miranda L, Onocko-Campos RT. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva da gestão da clínica. Cad saude publica. 2010 jun;26(6):1153-62.
 14. Ventura CAA, Araújo AS, Moll MF. Dimensões organizacionais de um centro de atenção psicossocial para dependentes químicos. Acta paul enferm. 2011;24(5): 650-5.
 15. Monteiro ARM, Teixeira LA, Silva RSM, Rabelo KPS, Tavares SFV, Távora RCO. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. Esc Anna Nery. 2012 jul/set;16(3):523-9.
 16. Jucá VJ, Barreto SG. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. Cienc saude colet. 2009 fev;14(1):173-82.
 17. Gonçalves JR, Luis MA. Atendimento ao familiar cuidador em convívio com o portador de transtorno mental. Rev enferm UERJ. 2010 abr/jun;18(2):272-7.
 18. Silva NS, Esperidião E, Cavalcante ACG, Souza ACS, Silva KKC. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. Texto & contexto enferm. 2013 out/dez;22(4):1142-51.
 19. Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. Social, economic, human rights and political challenges to global mental health. Mental Health in Family Medicine. 2011;8(2):87-96
 20. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da saúde mental - Tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Cienc saude colet. 2011;16(7):3051-60.
- Publicação: 2014-06-30
Data da submissão: 2013-10-08
Aceito: 2014-02 -01.