

Avaliação de Estrutura Organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de Campina Grande, Paraíba

Assessment of Organizational Structure of Centers for Psychosocial Care in the City of Campina Grande, Paraíba State

FRANCISCO DE SALES CLEMENTINO¹
FRANCISCO ARNOLDO NUNES DE MIRANDA²
CLAUDIA SANTOS MARTINIANO³
EMANUELLA DE CASTRO MARCOLINO⁴
JOÃO MÁRIO PESSOA JUNIOR⁵
JOSEANA DE ALMEIDA DIAS⁶

RESUMO

Objetivo: avaliar a estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) quanto às dimensões físicas, recursos humanos e organizacionais. **Materiais e métodos:** estudo analítico de abordagem quantitativa. Utilizou-se, como instrumento de coleta de dados, um questionário auto-aplicado com perguntas direcionadas ao objetivo da pesquisa, baseado em questionário validado. Os sujeitos da pesquisa foram cinco coordenadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Campina Grande, PB. A coleta ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2014. Os dados foram analisados pelo programa Epiinfo 3.3.2. **Resultados:** do total de coordenadores 60% são do sexo feminino, com idade entre 30 e 50 anos, e enfermeiros; 80,0% com pós-graduação. No perfil dos coordenadores, destacou-se a pouca qualificação específica na área de saúde mental, a fragilidade do vínculo funcional e a sobrecarga de trabalho. Observou-se CAPS com ambiência precária e sem prédio próprio, com estruturação adequada e equipamento para as oficinas terapêuticas em apenas um CAPS I; déficit de recursos humanos com concentração de psicólogos; desorganização da porta de entrada e pouca articulação na rede de contrarreferência. **Conclusão:** A ambiência precária, o déficit de profissionais e a falta de organização do fluxo de referência e contrarreferência afetam as ações de atenção integral na saúde mental à medida que a concretização desta pressupõe trabalho em equipe, intersectorialidade e visão ampliada do processo de reabilitação psicossocial.

DESCRIPTORIOS

Saúde mental. Centros de Atenção Psicossocial. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the structure, physical dimensions, and human and organizational resources of Centers for Psychosocial Care (CAPS). **Material and Methods:** This was an analytical study, with a quantitative approach. A self-administered questionnaire was used for data collection, with questions directed to the research purpose based on a validated questionnaire. The study subjects were five CAPS coordinators in the city of Campina Grande, PB. The data were collected between August and September 2014 and analyzed using Epi Info 3.3.2 software. **Results:** 60% of the coordinators are women, aged 30 to 50 years, and nurses; 80.0% of which have a graduate degree. The coordinators' profiles revealed little specific qualification in mental health, fragility in functional link, and work overload. We found CAPS with poor ambience and without their own building, and only one CAPS I showed proper structure and equipment for therapeutic workshops. We also found deficient human resources with a concentration of psychologists; disorganization of admittance and poor coordination in counter-reference. **Conclusion:** Poor ambience, lack of professionals and of organization in reference and counter-reference affect comprehensive care activities in mental health as teamwork, inter-sectorial actions and expanded view of psychosocial rehabilitation are needed.

DESCRIPTORS

Mental health. Psychosocial Care Centers. Nursing.

1. Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, Paraíba, Brasil.
2. Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.
3. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.
4. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Enfermeira do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.
5. Doutor em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.
6. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Caráúbas, Paraíba, Brasil.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, cujas diretrizes estão fundamentadas na Lei nº 10.216/2011, ganhou reconhecimento internacional pelo seu caráter inovador. Seu principal objetivo é a reestruturação da assistência psiquiátrica no país, substituindo o modelo centrado na atenção hospitalar pelo modelo de atenção territorial e de base comunitária¹

Os novos dispositivos substitutivos do manicômio consistem em serviços de atenção diária, abertos, com livre acesso aos usuários, família e comunidade, denominados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em cinco modalidades CAPS I e II, CAPS III, CAPSAD, CAPSi (CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes; CAPSAD - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000; CAPSi - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes).; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), subsidiados pelo Programa De volta para casa; e Centros de Convivência e Cultura².

Dentre os diferentes serviços substitutivos, enfocamos os CAPS, considerados pelo Ministério da Saúde como articuladores da rede de saúde mental¹. Surgem como uma possibilidade de assistência em uma proposta mais ampla de uma rede de cuidados em saúde mental, ou seja, a proposta de criação de um sistema de saúde que contemple a abordagem integral dos indivíduos e de suas famílias³.

Diante da reorganização e ampliação dos serviços públicos em saúde mental com base nessa nova proposta de atenção ao portador de transtorno mental, se faz mister avaliar esses espaços tanto no tocante às ações desenvolvidas quanto à estrutura física, recursos humanos, condições de trabalho, dentre outras a fim de verificar a efetivação da função de reabilitação psicossocial designada aos CAPS^{3,4}.

A partir desse olhar crítico aos CAPS, com base na relação entre avaliação e gestão em saúde, reforça-se o papel da avaliação no processo de gestão, o qual fornece elementos de conhecimento que subsidiam a

tomada de decisão, propiciando o aumento da eficiência, eficácia e efetividades das atividades desenvolvidas pelo serviço ou pela gestão⁵.

Avaliar é monitorar continuamente os serviços de saúde oferecidos, para detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços avaliados⁶. Ainda para o autor, a tríade estrutura, processo e resultado reflete exatamente a essência da qualidade da atenção à saúde e contribui para ajustar o curso do programa ou projeto ainda em andamento.

Apesar dos avanços legais, questionamentos emanam acerca da concretização do papel do CAPS, tendo em vista a complexidade dos mesmos à medida que agregam diferentes níveis de atenção em um único serviço com o objetivo de garantir o processo de reabilitação psicossocial de cada indivíduo, e não, reproduzirem a atenção ambulatorial crônica, na qual os usuários estagnam na terapêutica sem perspectivas de evolução no processo de reabilitação⁴.

Torna-se fundamental analisara operacionalização das ações nos CAPS, nas quais, cotidianamente, encontram obstáculos quanto à estrutura física inadequada, recursos materiais insuficientes, perfil inadequado dos recursos humanos, dentre outros; caracterizando-se como um desafio frente a grande demanda e as necessidades reais e subjetivas dos usuários⁷.

Dessa forma, necessita-se avaliar constantemente os objetivos propostos para verificar se estão socialmente definidos e se estão de acordo com aspirações e expectativas dos técnicos da área e dos usuários⁸. Com base nesses pressupostos, o presente artigo teve como objetivo avaliar a estrutura organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) quanto às dimensões físicas, recursos humanos e materiais.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo analítico descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em Campina Grande, município localizado no estado da Paraíba, entre os meses de agosto e setembro de 2014.

A rede extra-hospitalar de serviços de saúde mental do município, conta com oito CAPS (um CAPS AD, dois CAPS I, um CAPS II, um CAPS III e três CAPSi), um Centro de Convivência e seis Residências Terapêuticas. Tomando-se por base a divisão administrativa do município, selecionaram-se cinco CAPS. Dois desses serviços substitutivos são

classificados como tipo I; um do tipo II e um do III, além de um CAPS AD. Os dois serviços substitutivos da modalidade CAPS I estão localizados nos distritos sanitários de Galante e São José da Mata, sendo referência para três municípios paraibanos circunvizinhos: Fagundes, Puxinanã e Boa Vista.

A população do estudo constituiu-se de todos os coordenadores dos cinco CAPS, sendo três enfermeiros, um psicólogo e um administrador de empresas, não havendo recusas ou perdas.

Utilizou-se, como instrumento de coleta de dados, um questionário auto-aplicado com perguntas direcionadas ao objetivo da pesquisa, baseado em questionário validado, para o estudo: Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil⁹. O contato com os coordenadores foi feito no serviço e o questionário aplicado em salas privativas nos CAPS, conforme preferência dos participantes.

Os dados foram duplamente digitados e submetidos à validação no subprograma *Validate* do Epi Info 3.5.4, utilizado, juntamente com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 17.0) para o processamento das análises estatísticas. Realizou-se a análise descritiva dos dados por meio de frequências absolutas e relativas.

Como referencial teórico, utilizou-se o modelo de avaliação proposto por Donabedian que diz respeito à estrutura, ao processo e ao resultado¹⁰. Neste estudo, particularmente, avaliou-se apenas uma dimensão: a estrutura. Essa avaliação foi feita a partir dos seguintes componentes: ambientes físicos, recursos humanos e materiais, conforme orientação da Portaria GM no 336/2002 do Ministério da Saúde.

Com vistas a atender aos aspectos éticos em pesquisa com seres humanos, esse estudo seguiu os requisitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP/UFRN), protocolo nº 719.435, em 30/05/2014; CAAE: 30409814.30000.5537.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos coordenadores dos CAPS estudados

Do total de coordenadores dos cinco CAPS avaliados, verificou-se que três são do sexo feminino e têm idade entre 30 e 50 anos (60,0%). Quanto à formação acadêmica, três são enfermeiros (60,0%), um é psicólogo (20,0%) e outro administrador (20,0%); quatro (80,0%)

possuem pós-graduação, sendo dois em nível *strictu sensu* e três *latu sensu*; com apenas um especialista na área de saúde mental.

No perfil dos coordenadores, destacou-se a pouca qualificação específica na área de saúde mental. Nesse sentido, pesquisa realizada em cinco CAPS de Goiânia (GO) também detectou o déficit de profissionais especialistas em saúde mental nos CAPS, levando-os a questionar qual a potência desses trabalhadores para a atuação no modelo de atenção psicossocial, visto que esta requer capacitação técnico-profissional para a superação do modelo manicomial¹¹.

No tocante à atuação no CAPS, três coordenadores desempenham suas atividades há pelo menos dois anos, sendo que dois deles já possuem 10 anos ou mais de trabalho nesse tipo/modalidade de serviço de atenção psicossocial. Quatro trabalham com carga horária integral (40 horas semanais) e um com 30 horas/semanal, estando, este último, vinculado ao CAPS AD e possuindo vínculo do tipo estatutário, com ingresso no serviço através de concurso público; os demais possuem contrato de trabalho caracterizado como “emergencial/temporário”, sendo que um deles se prolonga há dez anos. Verifica-se que nenhum dos coordenadores recebe gratificação por exercício no cargo.

Quanto à fragilidade do vínculo funcional, observou-se que os coordenadores contratados sob a rubrica “emergencial e temporária” apresentam tempo de trabalho no serviço de aproximadamente dois anos. Constata-se baixa rotatividade de profissionais no serviço o que favorece o vínculo com o usuário, familiar e a comunidade.

A sobrecarga de trabalho pode ser claramente identificada ao se verificar que, apesar de quatro profissionais informarem cumprir 40 horas semanais nos CAPS, os mesmos atuam em outras atividades profissionais: dois como professores, um como profissional liberal e um como coordenador de enfermagem hospitalar. Estes exercem entre 20 e 30 horas de atividades extra CAPS, perfazendo, em uma semana, jornada de trabalho que pode variar entre 50 e 70 horas.

Em um estudo desenvolvido nos CAPS do Estado de Goiás¹², em 2010, observou-se a mesma realidade de precariedade dos contratos de trabalho dos profissionais. Diante deste cenário, torna-se imprescindível rever as condições dos vínculos empregatícios dos trabalhadores em saúde mental, logo que a qualidade das relações e condições de trabalho, incluindo a estabilidade, caracteriza-se como fundamental para incentivar os profissionais à qualificação, favorecer o trabalho em equipe e o vínculo com os usuários.

Caracterização da ambiência dos CAPS

Dos cinco CAPS analisados, três funcionam entre 8h e 18h, um entre 7h:30 e 16h:30 e apenas um oferece atendimento 24 horas (CAPS III).

Acrescenta-se ainda que a frequência dos usuários nos CAPS ocorre em conformidade ao seu projeto terapêutico, dessa forma, necessariamente, o horário de funcionamento desse serviço deve ser flexível e respeitado, uma vez que o projeto terapêutico compreende um conjunto de atendimentos que prioriza a particularidade de cada usuário de acordo com suas necessidades.

Todos oferecem pelo menos três refeições diárias: café, lanche da manhã, e almoço. As refeições noturnas (jantar e lanche da noite) são ofertadas apenas nos CAPS com funcionamento em horário integral. Em apenas uma unidade de CAPS I observa-se o preparo de um cardápio adaptado para portadores de hipertensão e diabetes, os demais não atendem essa especificidade de seus usuários. Essa condição está em concordância com os resultados encontrados em pesquisa realizada na Região Sul do Brasil, onde apenas 10% dos CAPS têm cardápio especial para hipertensos e 23,3% para diabéticos¹³.

Estudo desenvolvido em Porto Alegre, com o objetivo de avaliar o estado nutricional de pacientes com esquizofrenia atendidos em um CAPS, observou que além dos efeitos colaterais da medicação antipsicótica, o estilo de vida sedentário e as escolhas dietéticas inadequadas contribuem para maior risco de obesidade nesses pacientes, quando comparados a outros indivíduos¹⁴. É importante destacar que esses indicadores são fatores de risco tanto para as doenças cardiovasculares quanto para o desenvolvimento de síndromes metabólicas¹⁵.

No que diz respeito à estrutura física (ou espaço físico), de acordo com o Ministério de Saúde, os CAPS devem ter um espaço próprio e adequado para atender a demanda específica, oferecendo um ambiente 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 esportes¹⁶.

Em relação às características estudadas, verificou-se que a infraestrutura dos CAPS assemelha-se nas diferentes modalidades, diferindo apenas no que diz respeito ao número de salas para atendimento individual, que é maior em um dos CAPS I e, para atendimento coletivo, é superior no CAPS III (Tabela 1). Nenhuma unidade funciona em prédio próprio, portanto todas são alugadas pelo serviço municipal de

saúde, ou seja, não foram projetadas e construídas para tal fim. Destaca-se ainda, nesses serviços, a necessidade de restauração física, elétrica e hidráulica.

Problemas análogos foram relatados nos serviços da rede de atenção psicossocial em Natal (RN), onde a maioria das instalações apresentava-se sucateada; com problemas de infiltrações; instalações elétricas e hidráulicas antigas; espaço inadequado para o atendimento da demanda, que não é pequena, faltando salas para atendimentos individuais e grupais, dentre outros⁷.

Mesmo sendo observada a precariedade na estrutura dos CAPS visitados, verifica-se que todos os coordenadores consideram adequado o número de salas para a demanda dos atendimentos; assim como, a adequação para deficientes e disponibilidade de rampas de acesso. Por outro lado, no que se refere à estruturação e equipamento para as oficinas terapêuticas, apenas um CAPS I relatou adequação.

As oficinas terapêuticas representam um instrumento importante de ressocialização e inserção individual em grupos, na medida em que propõem o trabalho, o agir e o pensar coletivos, conferidos por uma lógica inerente ao paradigma psicossocial que é respeitar a diversidade, a subjetividade e a capacidade de cada sujeito¹⁷.

Caracterização dos recursos humanos dos CAPS

A distribuição de recursos humanos nos CAPS reflete, ainda, uma situação de carência. Três unidades possuem um médico generalista e, nas outras duas, um psiquiatra. O psicólogo mostra-se como o profissional em maior número em todas as unidades, seguido por técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como técnicos administrativos e responsáveis pela segurança. Apenas dois CAPS contam com enfermeiros com formação em saúde mental. Os serviços não dispõem de terapeutas ocupacionais e são raros profissionais com outro tipo de formação, que não aquelas essenciais ao funcionamento básico da unidade, ao exemplo de fonoaudiólogo, educador físico e farmacêutico. Observou-se a presença de outros trabalhadores como: auxiliar de farmácia, recepcionista, digitador, auxiliar administrativo (Tabela II).

Faz-se necessário lembrar que está previsto na legislação, o quantitativo de profissionais para cada tipo de CAPS garantindo equipes mínimas diferenciadas, de acordo com a especificidade da demanda. Nesse sentido, recomendações ministeriais estabeleceram as equipes mínimas compostas por 9 profissionais em CAPS I, 12 profissionais no CAPS II, 11 profissionais no CAPSi e 12 profissionais no CAPSad².

É imprescindível a existência da equipe mínima para que o trabalho em um CAPS se efetive, pois os trabalhadores representam principal meio de ligação com a Atenção Básica, permitindo a realização da referência e contrarreferência, além do desenvolvimento do apoio matricial, aspectos essenciais à efetividade do serviço dentro do CAPS¹⁸.

Análise da dimensão organizacional dos CAPS

Três CAPS (dois do tipo I e um do tipo II) realizam a alta de usuários, como demonstrado na tabela II. Todos utilizam como critérios para a alta, o abandono do serviço ou a solicitação por parte do usuário/familiar (denominada “alta a pedido”), melhoria, ou transferência para outro serviço.

Na prática, os CAPS deixam revelar a desorganização das várias portas de entrada e a falta de portas de saída, de forma que a rede pretendida pelo Ministério da Saúde não é efetiva e a articulação entre os diversos serviços mostra-se frágil e burocrática. Essa situação implica no risco de institucionalização crônica e cronificada em outras instâncias da rede de saúde mental, reproduzindo o modelo manicomial do qual se quer escapar¹⁹.

Todos os coordenadores informaram realizar articulação com recursos do território no qual o CAPS está adscrito. Identificou-se uma heterogeneidade no processo de articulação dos serviços com as diferentes instâncias do setor saúde. Assim, apesar de estratégico, o CAPS necessita estar integrado por uma rede de cuidados capaz de atender a complexidade das demandas de inclusão, que se fazem necessárias para que seus objetivos sejam atingidos²⁰.

Na proposta da Reforma Psiquiátrica, a implantação da Rede Integral de Atenção em Saúde Mental mostra-se como indispensável para alcançar a reabilitação dos usuários. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de ações da política de saúde e do fortalecimento da intersetorialidade oferecendo recursos para o trabalho junto ao território.

No presente estudo, as instâncias mencionadas foram: para o CAPS I - Estratégia Saúde da Família, doações da comunidade, igreja, conselho tutelar e ministério público; para o CAPS II - Instituição de Ensino Superior (IES) de natureza pública e privada, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e hospital geral; para o CAPS III - centro de convivência, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Setor Jurídico da Família; e, ainda para os CAPS II e III - Instituição de Ensino Superior (IES) de natureza pública. Constata-se, portanto, que a universidade é a organização com a qual

se faz mais articulação, tendo em vista que as mesmas oferecem clínicas escola e funcionam como campos de estágio para os alunos dos cursos de graduação em Medicina e Enfermagem.

Entende-se, portanto, que as parcerias intersetoriais são necessárias para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, pois as necessidades dos sujeitos com transtorno mental transcendem o aspecto meramente biomédico e incluem outras dimensões como o acesso à educação, ao emprego, ao trabalho, à habitação, à segurança, ao lazer, à cultura, à alimentação, à vida em liberdade na sociedade, entre outros. Assim, o cuidado em saúde mental, no território, exige dos profissionais de saúde, em geral, ações pautadas especialmente na diretriz da integralidade, pois requer que essas ações sejam eminentemente centradas no usuário (mais do que suas demandas, atender suas necessidades e buscar concretizar seus projetos de vida)²¹.

Nesse sentido, não só os CAPS, mas as redes vivas que se criam em cada realidade entrariam no foco da análise, ultrapassando as lógicas normativas instituídas para se debruçarem sobre as relações reais que se desencadeiam entre serviços e usuários e entre estes e suas demais conexões com seu mundo²².

Com relação à internação psiquiátrica, verificou-se que três CAPS (I e II) realizavam o processo de referência, sendo que o do tipo I referencia tanto para o Hospital Geral quanto para o Psiquiátrico, enquanto que o tipo II, apenas para este último. Os coordenadores relatam que tanto o fluxo de referência quanto de contrarreferência não estão ainda satisfatoriamente organizados.

Em um estudo desenvolvido na Região Metropolitana de Porto Alegre, no período de fevereiro a julho de 2012, observou-se que em relação à avaliação do processo de referência, 29% avaliaram como ruim esse 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, uma vez que 71% dos serviços avaliaram o processo como bom e 19%, como muito bom. Apenas 10% o avaliaram como ruim²³.

Todos os coordenadores afirmaram que existe atendimento individualizado no domicílio e no serviço, assim como o atendimento de orientação à família, além do uso de mecanismos para evitar internações em situações de crise. Da mesma forma, em todas as unidades estudadas, são realizadas visitas domiciliares, semanalmente, com o objetivo de acompanhar as situações crônicas e agudas.

No tocante à disponibilidade do transporte para

a realização da visita domiciliar, a gestão municipal disponibiliza, em regime de escala semanal, conforme planejamento das demandas apresentadas pelo CAPS, contemplando os referidos serviços da seguinte maneira: CAPS III disponibilizado três vezes por semana; nos demais, no máximo de dois dias. Estudo realizado com profissionais de saúde mental na Região Sul do Brasil, também aponta a questão do transporte como uma justificativa para a ineficácia das visitas domiciliares e a pouca inserção do serviço no território²⁴.

A mesma situação foi observada em outro estudo realizado no município de Natal/RN, reportando-se à exigência das visitas e atendimentos domiciliares. Neste município tais ações encontravam-se bastante prejudicadas por razões operacionais e de logística, entre as quais, destacava-se a falta de um meio de transporte para realizar o deslocamento da equipe, existindo um único veículo disponível para todas as modalidades de CAPS no município em estudo⁷.

No que se refere à atividade de acolhimento, verifica-se que a modalidade diurna é ofertada em todos os CAPS, enquanto que a noturna, apenas no CAPS III, o qual presta atendimento 24 horas. Entretanto, constatou-se que para três unidades (I, II e AD) o acolhimento se realiza com agendamento prévio (hora marcada).

Esse fato torna-se preocupante, uma vez que passa a caracterizar o próprio acolhimento como uma barreira para a entrada do usuário no serviço substitutivo em situação de emergências psiquiátricas que, portanto, não podem ser previstas. Quando o acolhimento não se efetiva, conseqüentemente, o usuário tem problemas de acesso ao atendimento desejado, o que impõe aos usuários o retorno frequente aos serviços de saúde, já que sua necessidade não foi suprida no primeiro momento.

A compreensão teórica de acesso discutida aqui parte do entendimento de que a simples disponibilidade de um serviço ou programa em um determinado local não garante sua efetiva utilização, como também o entende Fekete²⁵. Acrescenta-se que as experiências dos usuários, em relação à recusa de atendimento em dia não agendado e à baixa resolutividade dos serviços, têm levado a uma inversão do sistema, determinando um aumento da procura dos serviços de urgência e emergência psiquiátricos com problemas de saúde que poderiam ser resolvidos no âmbito da Atenção Básica²⁶.

Nessa perspectiva, verificou-se a presença de barreiras na estruturação dos serviços substitutivos avaliados, repercutindo na acessibilidade organizacional, geográfica e econômica²⁵.

Pesquisadores destacam que nos próprios

serviços tipicamente substitutivos, muitas vezes, as portas não estão abertas para acolher o seu próprio usuário em qualquer momento. O acolhimento, via de regra, mediante os achados do estudo, fica relegado em muitas situações, a ter que entrar em outras portas de cuidados não competentes para o que precisa²⁷. Concorda-se que a potencialidade desse serviço atingirá seu ápice quando todos os pacientes que o procurarem encontrarem resolução para suas necessidades, tornando-se um indicador de alta qualidade, ao mesmo tempo em que visa oferecer reabilitação e benefícios a todos que as utiliza.

Nesses casos, ocorre o que se denomina de transinstitucionalização dos usuários, que se caracteriza por um processo de nomadismo sem produção de vínculo, em qualquer local de cuidado²⁷. Consta-se que a efetivação do acolhimento depara-se com entraves cotidianos, no que se refere à dinâmica de trabalho, centrada no modelo tradicional e à ausência de estrutura física adequada dos CAPS avaliados no Município de Campina Grande/PB.

Quanto à dispensa de medicamentos, esta é realizada rotineiramente em todas as unidades de CAPS, sendo que apenas o CAPS I possui medicação de urgência/emergência. Essa assimetria administrativa chama à atenção, sobretudo, por ser o CAPS III o único que realiza atendimento em tempo integral. Todos ofertam atendimento psicoterápico e de educação em saúde; realizam assembleias com os usuários e familiares com o objetivo de discutir o planejamento das atividades desenvolvidas pelos CAPS; atividades grupais; contam com associação de usuários; realizam manejo do usuário em situações de crise, como surto, agitação psicomotora, risco de agressão a outros ou a si mesmo; atendem e acolhem pessoas em risco de suicídio.

Os atendimentos tanto individuais quanto grupais são preconizados na legislação em saúde mental, em atenção aos objetivos do CAPS que trata da reinserção social do usuário pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, através de ações intersetoriais, criando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas².

À exceção do CAPS III, todos realizam triagem; e de uma unidade do CAPS I, todos desenvolvem atividades grupais (operativo, psicoterapia, psicoeducação e prevenção de recaída). Embora todos os coordenadores tenham afirmado que atendem indivíduos em risco de suicídio, em três CAPS (I, III e AD) considera-se que não existe estrutura adequada para esse tipo de atendimento.

Esse dado contraria as recomendações da Portaria 1.876/2006/MS que institui as Diretrizes

Nacionais para Prevenção do Suicídio²⁸, uma vez que, em seu art. 2º recomenda a organização de linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas.

Calcula-se que 50% das pessoas que se suicidaram procuraram ajuda profissional no prazo de um mês antes do ato, oferecendo uma oportunidade clara de prevenção²⁹. Ainda para esses autores, os profissionais não estão capacitados para lidar com as situações de suicídio e não conseguem dimensionar a gravidade do problema, assim como não percebem a possibilidade de agir em parceria com outros setores.

CONCLUSÃO

Confrontando-se o que preconiza a Portaria 336/2002 com a realidade dos CAPS I, II, III e AD no município cenário deste estudo, ressalta-se que sobre o horário de funcionamento destes, atende-se o que estabelece a supracitada portaria. Em contrapartida, observam-se deficiências no que se refere aos recursos humanos; os déficits focam-se na ausência de profissional médico e enfermeiro com formação em saúde mental nos serviços em que há a exigência destes profissionais, a exemplo do CAPS I na primeira situação e do CAPS II na segunda. Além disso, observou-se a concentração de profissionais psicólogos em todos os tipos de CAPS em comparação as demais profissões de nível superior contrariando as recomendações da Política Nacional de Saúde Mental.

A carência quanto aos recursos humanos, seja na formação específica em saúde mental, seja na composição das equipes mínimas implicam diretamente

na assistência prestada ao usuário de transtorno mental, tendo em vista que a concretização da assistência integral em saúde mental pressupõe trabalho em equipe fortalecido, articulado e integrado aos demais setores com base na visão ampliada de cuidado e reabilitação psicossocial.

Quanto às formas de contratação dos profissionais de saúde, os resultados evidenciam a existência de contrato temporário, terceirização, contrariando os princípios doutrinários consagrados constitucionalmente, nos quais a inserção nos serviços públicos deverá acontecer através do concurso público. Na síntese das dimensões, a indisponibilidade de transporte durante todos os dias da semana interfere na realização das visitas domiciliares, atividades assistenciais, dentre outras. Além disso, a falta de organização do fluxo de referência e contrarreferência afetam as ações de saúde, desintegrando as partes favorecendo a permanência do olhar reducionista da biomedicina.

Além disso, sugere-se que se façam avaliação dos hábitos alimentares e o acompanhamento nutricional desses pacientes visando à prevenção de doenças associadas à obesidade, visto que há um déficit neste aspecto quanto ao cuidado integral do portador de transtorno mental.

Recomenda-se como prioridade da gestão, a presença de se investir em três aspectos fundamentais: o primeiro, trata-se de rever a forma de contratação dos profissionais de atenção à saúde Mental; o segundo, pretende otimizar os aspectos referentes aos processos de intersectorialidade, referência e contrarreferência, superando uma abordagem meramente biológica para uma abordagem integral, e por último, institucionalização de práticas mais articuladas quanto aos encaminhamentos e altas dos usuários.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Kantorski LP, Coimbra VCC, Silva EF, Guedes AC, Cortes JM, Santos F. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(4): 2059-66.
4. Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(1): 8-15.
5. Tanaka OU, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(4): 821-28.
6. Donabedian, A. The Quality of Medical Care. *Science* 200, 1978.
7. Santos RCA. Papeis e funções dos profissionais dos serviços e políticas de saúde Mental em Natal, Rio Grande do Norte (RN) [tese]. Universidade Federal do Rio grande do Norte (RN): Área de Concentração Enfermagem na Atenção à Saúde. 2014.
8. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260(12): 1743-1748.

9. Capsul. Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: Relatório/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Ministério da Saúde; Coordenação Luciane Prado Kantorski. Pelotas; 2007. p.437.
10. Donabedian A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un estudio introductorio. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1990.
11. Milhomem MAGC, Oliveira AGB. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. *Cogitare Enferm.* 2007; 12(1):101-8.
12. Silva NS, Esperidião E, Cavalcante ACG, Silva AC, Silva KKC. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis.* 2013; 22(4): 1142-151.
13. Kantorski LP, Jardim VMR, Quevedo ALA. Avaliação de estrutura e processo dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. *CiencCuidSaude.* 2013; 12(4): 728-35.
14. Zortéa K, Guimarães LR, Gama CS, Abreu PSB. Estado nutricional de pacientes com esquizofrenia frequentadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *J Bras Psiquiatr.* 2010; 59(2): 126-30.
15. Elkis H, Gama C, Suplicy H, Tambascia M, Bressan R, Lyra R, *et al.* Consenso Brasileiro sobre antipsicóticos de segunda geração e distúrbios metabólicos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 30(1): 77-85.
16. Ministério da Saúde (BR); Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
17. Azevedo DM; Miranda FAN. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Esc Anna Nery.* 2011; 15(2): 339-45.
18. Kantorski LP, Oliveira LCS, Antonacci MH, Júnior ST, Alves PF. Avaliação dos centros de atenção psicossocial na perspectiva dos Entrevistadores. *J Nurs Health.* 2012; 2(Suppl):S113-26.
19. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Cien Saúde Colet [Internet].* 2009 [acesso em 2011; 14(1):195-204.
20. Ministério da Saúde (BR); Secretaria de Atenção à Saúde; Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários, 2003.
21. Olschowsky A, Wetzel A, Schneider C, Fernando F, Pinho LB, Camatta MW. Avaliação das parcerias intersetoriais em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis.* 2014; 23(3): 591-99.
22. Merrhy EE. *et al.* Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. 2014 (Mimeo).
23. Leal BM, Antoni C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia.* 2013; 40:87-101.
24. Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no Território: contradições e potencialidades. *CiencCuidSaude.* 2010; 9(1): 28-35.
25. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Desenvolvimento gerencial de unidades de saúde do distrito sanitário - projeto Gerus. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1995.
26. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(1): 27-34.
27. Gomes MPC, Merhy ÉE. Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: rede unida, 2014. p.176.
28. Ministério da Saúde (Br); Secretaria de Atenção à Saúde; Organização PanAmericana de Saúde UNICAMP. Prevenção do suicídio: Manual de prevenção do suicídio para equipes de saúde mental. Brasília, outubro de 2006.
29. Mello MF. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007

Correspondência

Francisco de Sales Clementino
Rua João Machado, 412, Prata.
Campina Grande – Paraíba - Brasil
CEP: 58400-510
E-mail:fclementino67@yahoo.com.br
