

## O Cuidado nos CAPS numa Região de Saúde Maranhense

Care in a Psycho-social Care Centre in a Health Care Region in Maranhão, Brazil

El Cuidado en los CAPS en una Región de Salud Maranhense

**Karenn Cynthia Santos Silva Borges**

Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil.

**Julia Marinho Rodrigues**

Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil.

**Laura Lamas Martins Gonçalves**

Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil.

**Polliana Carolina da Silva Souza**

Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil.

**Tadeu de Paula Souza**

Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil.

**Zeni Carvalho Lamy**

Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil.

---

**Resumo:** A partir da Reforma Psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial assumiram a função de serviços substitutivos e ordenadores da rede em saúde mental. O objetivo do presente estudo foi compreender o cuidado em saúde mental e as articulações com a rede de atenção à saúde na perspectiva dos profissionais dos CAPS. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada com profissionais de CAPS em uma região de saúde do nordeste brasileiro. Foi realizado um grupo focal e utilizado um questionário estruturado. Através da Análise de Conteúdo na modalidade Temática as falas foram agrupadas em três categorias: entre o preconizado e a prática; a articulação em rede; o usuário, ora sujeito, ora doente mental. Concluiu-se que a presença do CAPS, por si só, não garante um novo modelo de atenção. Faz-se necessário apoio das gestões municipais na consolidação do cuidado em rede, pactuação de fluxo do cuidado e supervisão clínico-institucional eficiente.

**Palavras-chave:** Reforma dos Serviços de Saúde; Desinstitucionalização; Serviços de Saúde Mental; Saúde Mental.

**Abstract:** As a result of the Psychiatric Reform, Psychosocial Care Centres (CAPS) assumed the tasks of alternative services and organising functions of the mental health network. The aim of this paper is to understand mental health care and its articulations with the health care network from the point of view of the CAPS professionals. This is a qualitative research carried out with CAPS professionals of a health care region in the Brazilian Northeast. A focus group was conducted and a structured questionnaire was used. Through Thematic Content Analysis, statements were grouped into three categories: the gap between recommended and actual practice; in-network articulation; the end-user as subject and as mental patient. We come to the conclusion that the presence of CAPS, per se, does not guarantee a new model of care. Municipal management support is needed for the consolidation of network care, care administration regulation and efficient clinical-institutional supervision.

**Keywords:** Health Care Services Reform; De-institutionalisation; Mental Health Services; Mental Health.

**Resumen:** A partir de la Reforma Psiquiátrica, los Centros de Atención Psicosocial asumieron la función de servicios sustitutivos y ordenadores de la red en salud mental. El objetivo del estudio fue comprender el cuidado en salud mental y las articulaciones con la red de atención a la salud en la perspectiva de los profesionales de los CAPS. Se trata de una investigación de abordaje cualitativo realizada con profesionales de CAPS en una región de salud del nordeste brasileño. Se realizó un grupo focal y se utilizó un cuestionario estructurado. A través del Análisis de Contenido en la modalidad Temática las palabras se agruparon en tres categorías: entre el preconizado y la práctica; la articulación en red; el usuario ora sujeto ora enfermo mental. Se concluyó que la presencia del CAPS, por sí, no garantiza un nuevo modelo de atención. Se hace necesario apoyo de las gestiones municipales en la consolidación del cuidado en red, pactación de flujo del cuidado y supervisión clínico-institucional eficiente.

**Palabras clave:** Reforma de los Servicios de Salud; Desinstitucionalización; Servicios de Salud Mental; Salud Mental.

---

## Introdução

O cuidado à saúde da população brasileira vem passando por um processo

de transformações desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que instituiu as bases legais para a

consolidação de um sistema universal, integral e equânime. No campo da saúde mental, esse cuidado tem sido reorientado, a partir da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica (RP) para um modelo de atenção substitutivo ao hospital psiquiátrico, em uma aposta na desinstitucionalização da loucura (Ballarin, Carvalho & Ferigato, 2010).

Em consonância com esse novo modelo de atenção, o movimento da RP possibilitou avanços no cenário da saúde mental, principalmente após a homologação da Lei 10.216/2001, que trata da proteção e dos direitos prioritários aos pacientes com transtornos mentais, sendo consolidada a partir de serviços e ações, com vistas a diminuir o sofrimento mental dos pacientes e familiares. Desde então, vem sendo efetivada uma rede assistencial substitutiva ao hospital psiquiátrico, articulada entre os diversos níveis de atenção, na tentativa de proporcionar autonomia aos sujeitos e possibilitar a configuração de um cuidado integral.

Entre os serviços substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (CECOS), os Leitos de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. Esses serviços têm

tomado o desafio da construção de um modelo de atenção aos pacientes com grave sofrimento psíquico que se faz articulado em rede: redes de atenção à saúde, redes intersetoriais, redes territoriais (Azevedo, Carvalho, Cordeiro, Costa, Silva & Filha, 2014; Franco & Júnior, 2004).

Os CAPS têm sido considerados como serviços estratégicos para a organização do cuidado em saúde mental, tendo como objetivo primar pelo acolhimento do sujeito em sofrimento mental e efetivar a Reabilitação Psicossocial engajada na própria comunidade. A implementação dos CAPS tem sido incentivada pelo Ministério da Saúde de forma que o número desses serviços só tem aumentado nos últimos anos, chegando a um total de 2209 CAPS implantados no ano de 2014 (Brasil, 2015).

Novas estratégias como a valorização do cuidar e do pensar o processo saúde-doença tem permeado o campo da saúde mental. A valorização de tecnologias leves, tais como acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia têm incentivado uma ressignificação das práticas e dos serviços de saúde mental (Jorge, Pinto, Quinderé, Sousa & Cavalcante, 2011). O cuidado em saúde mental tem sido pautado na sensibilidade dos profissionais perceberem as necessidades dos usuários num processo

contínuo de respeito mútuo (Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky & Machado, 2009), em que o usuário é visto como um sujeito (Figueiró & Dimenstein, 2010) com seus desejos e não reduzido a uma doença. Para isso, é fundamental uma escuta qualificada e um processo de trabalho que possibilite trocas e compartilhamentos entre os diferentes profissionais que compõem a equipe de cuidado. Entretanto, ainda há muitos desafios a serem superados para a concretização de uma linha de cuidado que operacionalize a desinstitucionalização da loucura.

Estudos têm mostrado que, no campo da saúde mental, o objeto de trabalho ainda tem sido muitas vezes, a doença mental com todos os diagnósticos e prescrições de medicamentos, sendo necessária uma efetiva mudança para uma abordagem biopsicossocial que reconheça os fatores sociais como determinantes do processo saúde-doença e que valorize o trabalho interdisciplinar (Costa, Silveira, Viana & Kurimoto, 2012).

Para efetivar um cuidado em saúde mental substitutivo ao modelo manicomial tem sido necessário criar novos dispositivos de atenção na interface da saúde mental com a Atenção Básica. Tal articulação é fundamental para evitar o isolamento social e apoiar as famílias para que estas consigam lidar com os usuários

com transtornos mentais. A visão sistêmica e integral do indivíduo em seu contexto familiar e social é proporcionada através do trabalho interdisciplinar, ampliando os olhares para as reais necessidades locais, a partir da vinculação das equipes no território (Chiaverini, Gonçalves, Ballester, Tófoli, Chazan, Almeida & Fortes, 2011) e o Apoio Matricial tem sido um dos arranjos que visa articular os cuidados da Saúde Mental nos outros serviços de saúde da rede (Ballarin, Blanes & Ferigato, 2012; Cunha & Sousa Campos, 2011; Dantas & Nascimento, 2012; Dimenstein e cols., 2009; Jorge e cols., 2014; Onocko-Campos e cols., 2012).

Entretanto, não é suficiente que um território tenha vários dispositivos. É necessário que exista uma comunicação entre eles para que o cuidado aconteça. Esses serviços precisam construir nós no tecer essa rede e assim amarrar pontos que configurem efetivamente o cuidado integral dos sujeitos. Para que isso aconteça é essencial que os trabalhadores sejam de fato protagonistas no delinear da construção do cuidado integral (Chiaverini e cols., 2011).

No processo de consolidação do cuidado integral ao usuário com transtorno mental houve a necessidade de constituição de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS tem como objetivos justamente ampliar o acesso e

garantir a articulação e integração dos pontos de atenção no universo psicossocial, tendo no CAPS um importante dispositivo com a função de ordenação da rede (Leal & Antoni, 2011). A RAPS se configura enquanto uma das Redes Temáticas imprescindíveis para se compor uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) de uma região de saúde.

Tendo em vista esse desafio colocado para o CAPS no contexto das RAPS, perguntamo-nos: como, na percepção dos profissionais, os CAPS têm realizado o cuidado em saúde mental? Com que modelo de atenção tem operado suas práticas? Na percepção dos profissionais, os CAPS da região investigada têm dado conta de exercerem sua função de serviço substitutivo? São efetivamente ordenadores da rede de cuidado em saúde mental? Há articulação e integração com as equipes de saúde da família?

## **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa qualitativa, realizada no mês de maio de 2016. Incluiu quatro dos cinco CAPS de uma Região de Saúde do interior do Maranhão, nordeste brasileiro. Essa região é composta por 13 municípios - dos quais 31% estão na modalidade Gestão Plena de Saúde Municipal e os demais estão em

Gestão Plena da Atenção Básica - com uma população de 214.893 habitantes. Os CAPS pesquisados foram: três CAPS-I e um CAPS-II, sendo este no município polo e os demais em três pequenos municípios da região.

Foram realizadas visitas aos serviços para pactuação da pesquisa com os gestores e trabalhadores. A coleta de dados foi realizada com trabalhadores dos quatro CAPS mencionados em uma única etapa, no município pólo da região, através de um grupo focal. Foi utilizado um questionário estruturado com questões relativas às características sociodemográficas como idade, sexo, cor/raça, religião, escolaridade e características relacionadas ao trabalho no CAPS e um roteiro para o grupo focal. O grupo focal teve duração de 107 minutos, foi gravado e posteriormente transcrito, perfazendo um total de 53 páginas. As falas foram tomadas como falas de um coletivo.

Foram critérios de inclusão no estudo ser profissional do CAPS da referida Região de Saúde. O convite foi realizado para todos os profissionais dos CAPS I e CAPS II da Região. Participaram do grupo focal todas aquelas que aceitaram participar, num total de sete profissionais: uma psiquiatra, uma enfermeira, uma pedagoga, duas assistentes sociais e duas psicólogas.

Foi realizada Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática (Bardin, 2011).

## **Resultados e Discussão**

Participaram do grupo focal apenas profissionais do sexo feminino. A faixa etária variou de 22 a 66 anos e elas pertencem a distintas categorias profissionais. Algumas com especialização em saúde mental e em outras áreas da saúde.

As falas das trabalhadoras no grupo focal foram agrupadas em três categorias: entre o preconizado e a prática; a articulação em rede; o usuário ora sujeito ora doente mental.

### **Entre o preconizado e a prática**

As profissionais consideram o CAPS como um lugar de acolhimento com cuidado humanizado, abrangendo aspectos que possam oferecer mais qualidade de vida aos usuários. O CAPS é entendido como um local em que os usuários encontram apoio e o cuidado ofertado implica em um esforço em dimensionar o usuário em sua integralidade, fazendo referência a aspectos pessoais, familiares e sociais incluídos no processo de cuidado.

As falas indicam, entretanto, muitas dificuldades no compartilhamento do

cuidado através de reuniões de equipe ou de discussões de caso. Foram apontadas discrepâncias entre o que sabem que está preconizado e o que acontece efetivamente no cotidiano dos serviços: relataram não haver rotina de reuniões de equipe ou reuniões sem planejamento, assim como oficinas terapêuticas improvisadas, sem discussões posteriores e sem considerar o perfil singular dos usuários.

“A gente faz um atendimento como se fosse clínico, onde a gente senta: ‘tá aqui o psicólogo, tá aqui o paciente, fala aí’, e não é isso ...tem o todo desse paciente que não é visto (...) tem o especialista em saúde mental, a enfermeira, assistente social, mas não existe um trabalho, assim, de equipe; a gente fala isolado do caso.”

A partir dos relatos das profissionais, na maioria dos CAPS em que trabalham, as ações estão sendo realizadas de forma individualizada e fragmentada. A composição das equipes é multiprofissional, mas o processo de trabalho se dá de modo pouco interdisciplinar, ou seja, existe pouca troca de saberes e experiências gerando pouca interferência entre os diferentes saberes/disciplinas. É um dos principais desafios para uma assistência integral à saúde está, justamente, na necessária reorganização dos processos de trabalho (Franco & Junior, 2004).

“Termina sendo uma ação individualizada, né? Eu vejo dessa forma, porque assim, não é a mesma dificuldade que ela tem essa iniciativa que todo profissional tem de fazer, de acontecer, de pôr em prática o teu conhecimento, teu nível de conhecimento, tu busca lá, tu pesquisa, tu traz informações, mas termina batendo na tecla da questão de todos os profissionais sentarem e planejarem em conjunto as ações a serem colocadas em prática, né?”

Nos quatro CAPS, as reuniões de equipe, quando acontecem, se dão de forma espontânea e sem uma periodicidade definida. “Não é algo programado, é algo que foi necessário.”

“... não é um dia que a gente marcou, mas estamos todas nós lá, então é o dia que a gente senta prá discutir os pacientes... Não é planejado com data, não, tal dia, não. Todo dia de quarta-feira, quando dá, todo mundo tá junto, né?”

Essa falta de planejamento se reflete na dinâmica de muitos usuários no serviço: “É... aí eles ficam lá; eles lancham, eles dormem, fazem alguma coisinha ali quando acorda... muita coisa improvisada nos CAPS... Ai, vamos fazer alguma coisa porque não tem nada previsto, não tem material (...)”.

O mesmo parece acontecer com os grupos e/ou oficinas terapêuticas realizadas em alguns CAPS. Segundo os relatos,

esses grupos têm acontecido de forma improvisada, sem um planejamento ou acompanhamento compartilhado entre os profissionais da equipe e menos ainda com os usuários. Existe uma discrepância entre o que as profissionais sabem que deveria ser feito para a concretização do cuidado em saúde mental nos CAPS, nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, e as ações que de fato estão sendo realizadas. Em um dos CAPS, as profissionais referiram que estão com o objetivo de realização de reuniões da equipe multidisciplinar, pelo menos uma vez ao mês, para fazerem discussões e planejamento.

Outro ponto relevante para o cuidado em saúde mental é a realização de reuniões para construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

“Então assim, o que é que a gente faz? Principalmente a enfermeira é quem meio que faz esse papel de: ‘Ó, tem esses pacientes, né? Esses usuários e a gente precisa discutir a situação deles’. E aí a gente chega e: ‘Olha, a gente tem esse paciente aqui que hoje nós vamos sentar prá discutir esses pacientes’. Aí depois do atendimento, depois de tudo, a gente senta e vai ver qual caminho que a gente vai seguir, se é questão de medicamento, questão familiar...”

Segundo as profissionais, o que acontece são discussões sobre um ou outro usuário, geralmente aquele que por algum

motivo está tendo uma problemática maior e por isso mobiliza mais a equipe. Nessas situações, a discussão é partilhada por quem estiver no CAPS no momento e as decisões sobre a terapêutica a ser adotada seguem sem ou com pouca participação ativa do usuário. A anulação do usuário para a construção do seu próprio projeto terapêutico já determina o que seja terapêutico no ponto de vista da equipe, o que em muitos momentos não preencherá as necessidades ou expectativas desse usuário (Figueiró & Dimenstein, 2010).

A dinâmica de funcionamento do CAPS não possibilita que o usuário “construa junto” o fazer do dia-a-dia desses serviços, indicando o que apontam Figueiró & Dimenstein (2010); de que os CAPS muitas vezes funcionam como uma instituição propulsora da heterogestão: usuários não têm vez diante de uma equipe multiprofissional detentora do saber.

A proposta de construção de PTS de como compartilhado internamente pela equipe e desta com o usuário e sua família objetiva a corresponsabilização que e muda o enfoque passivo ocupado pelos usuários e sua família - do lugar de submetidos a um projeto definido exclusivamente pelos profissionais - para o lugar de participantes das propostas que visam resolver seus agravos à saúde (Pinto, Jorge, Pinto, Vasconcelos, Cavalcante & Flores, 2011).

Além dos PTS, as oficinas terapêuticas também chamam atenção. Para ser considerada como terapêutica, uma oficina deve possuir algumas características que se referem à comunicação e possibilitar ao usuário o sentimento de que ele está sendo acolhido pelo espaço, e tudo o que o compõe, ou seja; o outro e a equipe (Lappan-Botti & Labate, 2004).

Segundo Farias, Thofehn & Kantorski (2016), as oficinas propiciam a autonomia do sujeito ao proporcionar-lhe um espaço no qual, por meio de um processo educativo produzido pelas experiências, haja possibilidade de exteriorizar seus sentimentos e desorganizações em busca de reordená-los, ao mesmo tempo em envolva todas as áreas dinâmicas da vida: o trabalho e geração de renda, o lazer, a família, etc. As oficinas devem primar por objetivos claros e bem definidos, evitando atividades repetitivas e determinada por profissionais, sem considerar as necessidades dos envolvidos. Devem ter uma construção coletiva, para que não seja apenas um espaço de reprodução automatizada pelos usuários.

As profissionais referiram que faltam materiais básicos para o desenvolvimento das atividades em grupo. As oficinas são realizadas mesmo assim, mas questionam o modo como acontecem,



mostrando-se bastantes críticas. “Isso não existe. [risos] Não existe oficina na verdade, né? Não existe oficina...”. “Eu fico indignada é com as oficinas (...) Aquela coisa de... jornaizinhos sempre, né? Parece assim, parece uma cópia de cada CAPS, por que não tem oficinas mais sofisticadas?”

Para que o processo terapêutico ocorra, é necessária a disponibilização de meios pelos quais o usuário possa elaborar seus conteúdos, se expressarem e progredir no processo de autopercepção e autoconhecimento (Farias e cols., 2016). Entretanto, a partir das falas das profissionais, observa-se que esses serviços têm operado no limite da função substitutiva ao modelo manicomial: a falta de materiais, o improvisado, a desarticulação e a descontinuidade das ações tem sido uma rotina. “Então eu vejo, lá... eles ficam muito tempo ociosos, porque não tem material para as oficinas, e eles ficam muito... porque falta material para as oficinas e eles ficam lá...”

Recursos terapêuticos que são alicerces para a reinserção social e dispositivos de cuidado no cenário psicossocial vem sendo pouco ofertados pelos CAPS em parte por falta de investimento por parte dos gestores na política de saúde mental dos municípios. As profissionais descrevem o dia-a-dia dos

CAPS como uma rotina estática, “o mesmo de sempre”.

Costa, Figueiró & Freire (2014), problematizam uma cronificação do cotidiano e dos usuários nos CAPS, destacando que as práticas da tutela, da hierarquização entre usuários e profissionais e a não articulação entre serviços e sociedade contribuem para a institucionalização dos usuários nestes serviços. Outra crítica importante tem sido feita com relação ao CAPS como um serviço onde o campo de trabalho tem sido o seu interior. O CAPS deve ser um lugar de passagem, de produzir passagens, movimentos. Para evitar esse cenário, são necessárias a instrumentalização dos trabalhadores e de saúde mental, a sensibilização dos gestores de saúde e a permanente preocupação com a qualidade dos serviços oferecidos (Hirdes, 2009).

A desinstitucionalização da loucura exige uma ética que se opõe às relações institucionalizadas (Martinhago & Oliveira, 2015). As reflexões produzidas pelas profissionais reafirmam a importância de espaços de colocação em análise dos processos de trabalho e de suporte da gestão municipal, estadual e/ou federal para a efetivação de um modelo de atenção. A supervisão clínico - institucional ou o apoio institucional poderiam cumprir essa função, pois promovem discussão e reflexão sobre as

questões clínicas e institucionais nos serviços de saúde mental (Severo, L'Abbate & Onocko-Campos, 2014), colocando o processo de trabalho das equipes como caso em análise.

Em um estudo sobre a avaliação de um CAPS, a equipe apontou que para a organização do trabalho há a necessidade de capacitação e supervisão em equipe por alguém de fora do serviço (Shneider, Camata, Nasi, Adamoli & Katorski, 2009). Para Campos, Figueiredo, Pereira Junior & Castro (2014), o apoio institucional busca fugir à tendência comum de gerência que intervém sobre trabalhadores, partindo do pressuposto que as funções de gestão são exercidas entre sujeitos. Os trabalhadores são protagonistas do cenário de trabalho sendo convidados a refletir sobre a prática assistencial. Assim, o apoio institucional se constitui de momentos regulares de supervisão clínica e de momentos de oficinas que ampliam a capacidade de planejamento constituindo-se como uma ferramenta importante num processo contínuo de mudança do “fazer” na instituição CAPS (Santos – Filho, 2008).

### **A articulação em Rede**

A articulação com a rede de atenção primária é incipiente e frágil. Entretanto, o CAPS já comparece como

serviço de referência para as equipes da AB.

“Lá onde a gente trabalha não tem [articulação]. O máximo que a gente tem, é por exemplo, como eu te falei, um passo pequeno dado nessas questões de planejamento, de orientação com os agentes de saúde, mas as equipes de atenção básica, a não ser quando é um paciente em crise que tá lá, aí eles entram em contato com a gente, já que somos referência pra fazer uma visita, ou avaliar um paciente”.

Conforme relatado, esse contato se dá mediante uma situação de crise de algum usuário no território que, uma vez encaminhado para o CAPS passa a ser responsabilidade apenas desse. Além disso, muitos usuários que precisam de um acompanhamento ambulatorial ou mesmo de um acompanhamento pela equipe de atenção básica, acabam sendo atendidos no CAPS. Nesse contexto, o CAPS funciona como ambulatório de saúde mental, sem um acompanhamento contínuo. “Então, assim, tem dia que a gente chega lá e tem inúmeros pacientes prá gente atender de forma clínica... Tipo assim, ambulatório, né? ...é uma outra questão é que a maioria dos usuários de CAPS, usam CAPS como ambulatório (...).”

Essa prática aumenta em muito a demanda para esses serviços. Além disso, a

portaria 3088/2011 não contempla ambulatórios de psiquiatria como dispositivo de saúde mental, tendo como foco o cuidado na atenção básica, pois o ambulatório não dá conta da demanda a médio e longo prazo. Daí a importância fundamental da articulação das equipes de saúde mental com a atenção básica (Ribeiro & Inglez – Dias, 2011).

Estudos sobre a saúde mental na atenção primária brasileira identificam que os desencontros entre as equipes são causados pela falta de capacitação dos trabalhadores da rede básica acrescido de uma rede de apoio desarticulada que supervaloriza a assistência especializada (Onocko-Campos e cols., 2012; Ribeiro & Inglez-Dias, 2011). Tal desarticulação e a importância inserção da assistência em saúde mental na Atenção Básica (AB) vêm sendo apontadas como uns dos desafios fundamentais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica e para a descentralização do cuidado (Ballarin e cols., 2010; Costa, Colungnati & Rozani, 2015; Dantas & Oda, 2014; Dimenstein, Santos, Brito, Severo & Morais, 2005; Figueiredo & Onocko-Campos, 2009). Desafio este que extrapola, em alguns aspectos, a governabilidade dos próprios CAPS, exigindo medidas de gestão dos diferentes entes federados que permitam inserir os CAPS num modelo de gestão em rede.

Um dos efeitos dessa desarticulação é que muitas demandas de saúde mental que chegam à AB não necessitam de uma atenção especializada (Figueiredo & Onocko-Campos, 2009; Onocko-Campos & Gama, 2010; Onocko-Campos, Gama, Ferrer, Santos, Stafanello & Trapé, 2011). Daí a importância do trabalho de apoio matricial ofertado tanto por equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) como por profissionais dos CAPS, que poderiam exercer essa função de apoio à AB e de pactuação de encaminhamentos (Cunha & Sousa Campos, 2011; Dimenstein e cols., 2009; Jorge, Vasconcelos, Neto, Gondim & Simões, 2014; Pinto, Jorge, Vasconcelos, Sampaio, Bastos & Sampaio, 2012; Ribeiro & Inglez – Dias, 2011; Sousa, Jorge, Barros, Vasconcelos & Quinderé, 2011).

Como os municípios são pequenos, profissionais de diferentes serviços se conhecem e muitos trabalham em mais de um serviço da região. Assim, os profissionais dos CAPS referiram não haver problemas quanto à troca de informações, encaminhamentos e sobre o conhecimento dos demais serviços existentes no território. “[...] com relação à Rede nós não temos problemas de encaminhamentos, de ter essa informação, né, esse feedback”.

A partir das falas das profissionais, constatamos que a rede de saúde mental no campo de estudo se restringe aos CAPS, que trabalham de forma isolada e desarticulada com os demais serviços, sendo o contato com a atenção básica, hospital geral e hospital psiquiátrico feito através de encaminhamento, prevalecendo ainda um trabalho na lógica da referência e contra-referência, o que não garante a efetiva articulação do cuidado. O conhecimento dos diferentes pontos da rede difere da articulação do cuidado realizada através de discussão de casos com ênfase na responsabilização pelos usuários (Chiaverini e cols., 2011). Se considerarmos que para a efetivação de uma rede de cuidados é essencial a troca de saberes e a pactuação entre serviços, a região estudada tem muitos desafios a serem enfrentados.

A rede de atenção à saúde é composta por diversos serviços que se dispõem num território, esses serviços precisam estar integrados e, para tanto, a comunicação entre eles é fundamental (Chiaverini e cols., 2011). Assim, uma rede de cuidados não pode ser definida somente pelo existir de serviços num determinado espaço, mas deve haver uma integração da forma que os profissionais compartilham os passos para a consolidação do cuidado ao sujeito. O compartilhamento pode ser facilitado com

o uso de algumas tecnologias, tais como os Projetos Terapêuticos Singulares (Brasil, 2009). A constituição e articulação da rede de atenção à saúde mental é fundamental, pois muitos trabalhadores alegam não saber o que fazer e nem para onde encaminhar quando se deparam com casos de saúde mental (Tanaka & Ribeiro, 2009). O olhar para o cuidado em saúde mental na perspectiva de uma rede que precisa ir além das instituições instituídas agregando diferentes estratégias de cuidado.

Entretanto, a expectativa de que a gestão da RAPS será articulada pela própria equipe do CAPS pode ter como contrapartida a desresponsabilização dos gestores na sua importante função de indução da articulação da rede. Corre-se o risco de supor que uma rede será efetivada única exclusivamente através da implementação de serviços especializados. Ao contrário, a dependência dos governos municipais de capacidade altamente desigual na organização do modelo comunitário é uma restrição importante (Ribeiro & Inglês-Dias, 2011). Para que os CAPS funcionem efetivamente como referência para outros municípios pequenos de uma mesma região de saúde, é fundamental a articulação entre CAPS e Atenção Básica desses municípios, o que implica na organização do fluxo da RAPS também através de mecanismos legais

como o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) que regulamenta o processo de regionalização das redes desde o decreto 7508/11 (Decreto nº 7.508, 2011).

### **O usuário ora sujeito, ora doente mental**

A forma como as profissionais relataram perceber os usuários sob seus cuidados indica que ora o usuário é percebido como um cidadão, capaz de ser participativo em seu tratamento, tendo potencialidades reconhecidas, ora é visto como um ser à margem das decisões importantes de seu próprio tratamento.

As profissionais afirmaram que os usuários devem ser vistos como cidadãos, capazes de tomar decisões importantes. “[...] até que ponto aquele usuário tem um potencial prá gente não tá fazendo só aquelas mesmices de sempre... E de que realmente que o paciente entre e consiga sair [...].”

“[...] eu digo assim, aqui ele só sabe fazer isso... por serem pessoas que tiveram surto, mas que tinham uma vida social, tinham uma vida profissional, então, eles desenvolveram bem a coordenação motora, outros já seguem... tem uma leitura muito boa, então trabalhar a partir de temas, com uma temática e graduar o nível de dificuldade dentro dessa temática

para que cada um seja contemplado dentro das suas necessidades.”

“É, como eu falei no início a ressocialização, questão social de doentes mentais é difícil, porque tem um, a sociedade é muito preconceituosa... Então eu acho que a questão social do CAPS, ela começa a fluir quando a sociedade, a família, ela começa a aceitar.”

As falas sobre os usuários dos CAPS, apontam que o preconceito envolve funcionários, familiares e sociedade: “(...) porque ninguém quer ser visto entrando num CAPS (...)”.

“Então, assim, há uma discriminação desse usuário pelos próprios funcionários, não falo às vezes de um psicólogo, de um psiquiatra, mas assim, às vezes há essa discriminação de achar que aquele usuário que vai tá ali tem algum problema, ele... pelos próprios profissionais ali, ele é discriminado (...). Olha, eu vejo sempre a doença assim, no meu atendimento eu sempre olho no meu paciente a doença.”

A descrição a seguir traz a narrativa de um trabalhador sobre um pai às voltas com o preconceito das pessoas com a filha e o modo como ele lida com essa questão social.

“Inclusive um dia, uma paciente me procurou, porque o pai dela foi, ela foi no dentista com o pai dela e a primeira coisa que ele falou pro dentista que ela era

doida. Então eu conversando com ele, ele disse que pra evitar que as pessoas zombem da filha dele, “qual o motivo?”, aí ele já diz logo. Só que isso causa um sofrimento muito grande pra ela e ela é uma pessoa que é usuária do CAPS, mas ela é muito, ela é assim muito esclarecida, muito lúcida, né?”

A profissional apontou então que via no CAPS a função de acolher o sofrimento também da família, que precisa ser apoiada na construção de um modo de lidar o estigma que o transtorno mental traz para usuários e familiares, sem reproduzi-lo. “Então, essa questão familiar, ela deve ser trabalhada, porque precisa de um estudo, eles precisam muitas vezes. Não todos, mas é por desconhecerem muitas coisas da saúde mental, porque nem todos é desde a infância...”

Vale ressaltar que serviços de saúde mental são estigmatizados pela própria rede de saúde a qual pertencem e isso acontece devido à clientela que esses serviços atendem. Dessa forma, a saúde mental é marcada num contexto histórico de rejeição, estigma e discriminação, o que pode acabar sendo reproduzido pela própria equipe. Para fazer frente a esse desafio, parece fundamental que as equipes tenham espaços para colocar em análise suas falas, percepções e condutas de modo a não reproduzir esses preconceitos com os usuários, já que tem o mandato social

justamente de trabalhar para a reinserção social dessas pessoas. As equipes reproduzem, muitas vezes, as dificuldades dos próprios familiares em lidar com essa situação de saúde, num misto de proteção, tutela e exposição. A supervisão clínico-institucional ou o apoio institucional seriam potentes aliados.

### **Considerações Finais**

Muito se avançou ao considerarmos a proposta da Reforma Psiquiátrica pautada na desinstitucionalização como processo e a Reabilitação Psicossocial como diretriz do cuidado em saúde mental. Entretanto, essa pesquisa, realizada em um estado do interior do nordeste brasileiro, permitiu a identificação de muitos desafios a serem superados para que haja um efetivo trabalho para além dos muros do CAPS, uma rede de cuidado articulada e integrada incorporando as equipes de saúde da família para a prática do cuidado psicossocial e um trabalho intersetorial.

Fica evidente que a implementação de serviços como o CAPS não é garantia por si só para a implementação de um novo modelo de atenção. Não basta implementar serviços para se implementar novos modelos. Para que isso se efetive é necessário apoio das gestões municipais, estadual e/ou federal na consolidação de arranjos de articulação do cuidado em rede

dentro de um projeto regional e interfederativo de consolidação da RAPS, com investimento em supervisão clínico-institucional, apoio institucional, espaços de pactuação de fluxo do cuidado e estratégias de educação permanente. Espera-se que essa pesquisa propicie reflexão no pensar e no agir das práticas do trabalho em saúde mental, contribuindo para novas práticas de gestão e atenção.

### Referências

- Azevedo, E.B., Carvalho, R.N., Cordeiro, R.C., Costa, L.F.P., Silva, P.M.C., Filha, M.O.F. (2014). Tecendo práticas intersetoriais em saúde mental para pessoas em sofrimento Psíquico. *Revista de Enfermagem, UFSM*. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13562>. Acessado em 05/05/2017.
- Ballarin, M.L.G.S., Blanes, L.S., Ferigato, S.H. (2012). Matrix support: a study on the perspective of mental health professionals. *Interface – (Botucatu)*, 16 (42), 767-778.
- Ballarin, M.L.G.S., Carvalho, F.B., Ferigato, S.H. (2010). *Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental*. O mundo da Saúde, São Paulo.
- Bardin L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições, 70.
- Brasil. *Decreto nº 7.508*, de 28 de junho de 2011. (2011). Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF. Diário Oficial da União 28 jun. 2011; Seção 2, p.1.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos território: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

- Campos G.W.S, Figueiredo M.D, Pereira Júnior N., Castro C.P. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*, 18 Supl 1, 983-995.
- Chiaverini, D.H., Gonçalves, D.A., Ballester, D., Tófoli, L.F., Chazan, L.F., Almeida, N., Fortes, S. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. (2011). Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Costa, A., Silveira, M., Vianna, P., Kurimoto, T.S. (2012). Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Revista Portuguesa de Enfermagem em Saúde Mental*. (7), 47-53.
- Costa, M.G.S.G., Figueiró, R.A., Freire, F.H.M.A. (2014). O Fenômeno da Cronificação nos Centros de Atenção Psicossocial: Um Estudo de Caso. *Temas em Psicologia*. 22 (4), 839-851.
- Costa, P.H.A., Colungnati, F.A.B., Rozani, T.M. (2015); Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*. 20(10), 3243-3253.
- Cunha, G.T., de Sousa Campos, G.W. (2011). Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade* 20(4), 961-970.
- Dantas, C.R., Oda, A.M.G.R., (2014). Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis*. 24 (4), 1127-1179.
- Dimenstein, M., Severo, A.K., Brito M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde & Sociedade* 18(1), 63-74.
- Dimenstein, M., Santos, Y.F., Brito, M., Severo, A.K., Moraes, C. (2005). Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família. *Mental*, [online] (5), 23-41. Recuperado em 8 de junho de 2017 em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v3n5/v3n5a03.pdf>.
- Farias, I.D., Thofehn, M.B., Kantorski, L.P. (2016). A oficina terapêutica como espaço relacional na atenção psicossocial/The therapeutic workshop as relational space in psychosocial care/El taller terapéutico como espacio relacional en la atención psicossocial. *Revista*



- Uruguaya de Enfermería* 11(2), 1-13.
- Figueiredo, M.D., Onocko-Campos R. (2009). Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), 129-138.
- Figueiró, R.D.A., Dimenstein, M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?(2010). *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(2), 431-446. Recuperado em 14/05/17, disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922010000800015>.
- Franco, T.B., Júnior, H.M.M. (2004). Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*; São Paulo. Recuperado em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASSIST%CANCIA%20%C0%20SA%DADE%20-%20T%FAlio.pdf>.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305.
- Jorge, M.S.B., Pinto, D.M., Quinderé, P.H.D., Sousa, F.S.P., Cavalcante, C.M.(2011) Promoção da Saúde Mental – Tecnologia do Cuidado: vínculo, acolhimento, coresponsabilização e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(7), 3051-3060.
- Jorge, M.S.B, Vasconcelos, M.G.F., Neto, J.P.M., Gondim, L.G.F., Simões, E.C.P. (2014) Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. *Psicologia Teoria e Prática*, 16 (2), 63-74.
- Lappann-Botti, N.C., Labate, R.C. (2004). Oficinas em saúde mental: a representação dos usuários dos serviços de saúde mental. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 13 (4), 519-526.
- Leal, B.M., Antoni, C.D. (2013). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia*(40), 87-101.
- Martinago, F., Oliveira, W.F. (2015). (Des) institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saúde & Sociedade* 24 (4), 1273-1284.
- Mielke, F.B., Kantorski, L. P., Jardim, V.M.D.R., Olschowsky, A., Machado, M.S. (2009) O cuidado

- em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1),159-64.
- Onocko-Campos, R., Furtado, J.O., Passos, E., Ferrer, A.L., Miranda, L., Gama, C.A.P. (2009). Avaliação da rede centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 43 (1), 16-22.
- Onocko-Campos, R., Gama, C.A., Ferrer, A.L., Santos, D.V.D., Stefanello, S., Trapé, T.L., Porto, K. (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. 16(12),4643-4652.
- Onocko-Campos, R., Gama, C. Saúde mental na atenção básica. (2010). In: Campos, G.W.S., e cols. (Orgs). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. (pp. 221-246), São Paulo, Hucitec.
- Onocko-Campos. R. T., Campos, G.W.D.S., Ferrer, A. L., Corrêa, C.R.S., Madureira, P.R.D., Gama, C.A.P., Dantas, D.V., Nascimento, R. e cols. (2012). Avaliação da atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 46(1),43-50.
- Pinto, A.G.A., Jorge, M.S.B., Vasconcelos, M.G.F., Sampaio, J.J.C., Bastos, V.C, Sampaio, H.A.D.C. (2012). Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17 (3),653-660.
- Pinto, D.M., Jorge, M.S., Pinto, A.G., Vasconcelos, M.G., Cavalcante, C.M., Flores, A.Z., Andrade, A.S.(2011). Individual therapeutic project in an integral production of care: a collective construction. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20 (3), 493-302.
- Ribeiro, J.M, Inglez-Dias. (2011). As Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (12),4623-4633.
- Santos-Filho, S.B. (2008). Articulando planejamento e contratos de gestão na organização de serviços substitutivos de Saúde Mental: experiência do SUS em Belo Horizonte. *Saúde em debate*. 32(78/79/80), 172-181. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773019>. Acessado em 10 de junho de 2017.
- Severo, A.K.S., L'Abbate. S., Onocko-Campos, R.T. (2014). A supervisão

clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface* (Botucatu), 18(50), 545-556.

Shneider, J.F., Camata, M.W., Nasi, C., Adamoli, A.N., Kantorski, L.P. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial brasileiro. (2009). *Ciencia y Enfermeria XV [Internet]* (3), 91-100. Available from:

[http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art\\_10.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art_10.pdf).

Sousa, F.S.P., Jorge, M.S.B., Vasconcelos, M.G.F., Barros, M.M.M., Quinderé, P.H.D., Gondim L.G.F. (2011). Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. *Physis*, 21 (4), 1579-1599.

Tanaka, O.U., Ribeiro, L.R. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (2), 477-486.

---

**Karenn Cynthia Santos Silva Borges:** Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Maranhão (2005). Titulou-se Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estácio de Sá (2008), Especialista em Saúde da Família (2009) e Especialista em Gestão em Saúde

(2011) ambas pela Universidade Federal do Maranhão. Concluiu o Mestrado em Saúde da Família também pela Universidade Federal do Maranhão (2016).

**E-mail:** karenn51fk@gmail.com

**Julia Marinho Rodrigues:** Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão desde 2016. Residente em Saúde da Criança - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HU-UFMA (2017-2019).

**E-mail:** juliaa.marinho@hotmail.com

**Laura Lamas Martins Gonçalves:** Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2000), Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (2007), Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (2013). Bolsista PNPd/CAPES junto a Pós Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão.

**E-mail:** laulmg@gmail.com

**Polliana Carolina da Silva Souza:** Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

**E-mail:** polliana7@yahoo.com.br

**Tadeu de Paula Souza:** Graduado em Psicologia pela (UFF) desde 2005 e Mestre em Psicologia (UFF) desde 2007. Doutor

em Saúde Coletiva (UNICAMP) desde 2013. Professor Dr. da UFMA e Professor Colaborador da Pós-Graduação em Saúde Coletiva –UFMA, ambos desde 2015.

**E-mail:** tadeudepaula@gmail.com

**Zeni Carvalho Lamy:** Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (1982), Residência Médica em Pediatria (1985) - Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Título de Especialista em Pediatria com habilitação em Neonatologia pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Mestrado em Saúde da Criança (1995) e Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher (2000) - Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Professora Associada do Departamento de Saúde Pública da UFMA. Professora dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFMA) e em Saúde da Família (RENASF).

**E-mail:** zenilamy@gmail.com

---

**Enviado em:** 10/09/17 – **Aceito em:** 15/12/17

---