



ARTIGO

CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DE FEIRA DE SANTANA-BA**STRUCTURAL CONDITIONS OF THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTRES OF FEIRA DE SANTANA-BA**GISLEIDE FERREIRA DE JESUS¹; THEREZA CHRISTINA BAHIA COELHO²

1 - Enfermeira pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil.

2 - Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador-BA, Brasil.

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) vêm apresentando, nos últimos anos, um expressivo crescimento, mas ainda persistem obstáculos estruturais à implantação desse importante dispositivo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), independentemente de outros problemas relativos à organização do cuidado em saúde mental. Este artigo objetivou caracterizar a estrutura dos cinco CAPS de um município nordestino, implantados a partir de 2002, descrevendo seus recursos físicos, humanos e a organização da assistência. A metodologia, quantitativa, descritiva, transversal e comparativa, analisou dados coletados por meio de questionários aplicados aos coordenadores de dois CAPS II, um CAPS III, um CAPS ad, e um CAPSi. Os resultados revelaram serviços territorializados, responsáveis por pacientes egressos do Hospital Especializado Lopes Rodrigues e das Residências Terapêuticas ou próprias. Observou-se no perfil das coordenações a formação não médica e, nas equipes técnicas, a multiprofissionalidade, com predominância de psiquiatras. Os espaços físicos contemplavam salas diversas e áreas externas, e cinco leitos psiquiátricos no CAPS III. A organização da atenção se articulava à Estratégia Saúde da Família e oferecia atendimento psicoterápico, medicamentoso, educação em saúde, atividades grupais, familiares, visitas domiciliares e oficinas terapêuticas. Os serviços foram considerados adequados às normas ministeriais e coerentes com a RPB, embora estudos de aprofundamento sejam ainda necessários.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Centro de Atenção Psicossocial, Avaliação de Estrutura, Organização da Atenção em Saúde.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Centers (CAPS) have shown a significant growth in recent years, but there are still structural barriers to the deployment of this important resource proposed by Brazilian Mental Health Reform (BMHR), regardless of other problems related to the mental health care organization. This article aimed to characterize the structure of five CAPS implanted since 2002 in a Northwest Region of Brazil, describing the inputs: physical, human and the assistance organization. The quantitative, descriptive, transversal and comparative methodology, analyzed data collected through questionnaires applied to the coordinators of two CAPS type II, one CAPS III, one CAPS for addictions, and one Infant CAPS. The results revealed territorialized services, open for egress patients from Lopes Rodrigues Specialized Hospital, therapy residences or home. It was observed a non-medical profile of coordination and a multiprofessional profile in technical teams, with a majority of psychiatrists. The physical spaces had different kinds of rooms, outdoors, and five psychiatric beds in CAPS III. The health care organization was linked to the Family Health Program and offered psychotherapy, medication, health education, group and family activities, home visits and therapeutic workshops. The services were considered according of to the Minister's standards and consistent with the BMHR, although further studies are still needed.

Keywords: Psychiatric Reform, Psychosocial Care Service, Structure Evaluation, Health Care Organization.

INTRODUÇÃO

A criação de alternativas assistenciais ao modelo hospitalar é uma conquista do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). De acordo com Amarante¹, a

RPB não se caracteriza, exclusivamente, por propostas de reorganização tecnocientífica e institucional, pois avança além disso, ao se apresentar como um processo contínuo, indutor de reflexões e transformações na atenção à saúde, na cultura e nos conceitos.



A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a partir da experiência de Santos, ainda na década de 90, é um marco no contexto da RPB, pois demonstrou a possibilidade de concretizar a proposta desse movimento. Entretanto, a RPB dá seu grande salto a partir de 2001, ano da promulgação da Lei 10.216, substituída da Lei 3.567 de Paulo Delgado, e da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Os CAPS, junto com outros dispositivos extra-hospitalares como o programa “De volta para Casa”, do Ministério da Saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e a Estratégia Saúde da Família passaram a conformar uma rede de base comunitária de atenção à saúde mental, mantendo os hospitais psiquiátricos como último recurso².

Nos anos 80, existiam oito CAPS no território brasileiro. Rapidamente, passaram de doze, em 1990, para 92, em 1996; 179, em 1999; e 689, em 2005². Segundo o Ministério da Saúde, até meados de 2013, o Brasil contava com 1.035 CAPS I, 475 CAPS II, 82 CAPS III, 196 CAPSi e 308 CAPSad. Além disso, outros serviços foram criados, principalmente para atender ao incremento do uso e abuso de drogas, em particular, do crack, tais como os Consultórios de Rua e outros Serviços de Abordagem Social na Rua³.

No estado da Bahia, a implantação da RPB foi retardada, em relação a estados como São Paulo e Rio Grande do Sul, mas, em 2006, já havia 83 CAPS, chegando em 2008 a 154, ou 0,72 CAPS/100.000 hab, enquanto a média brasileira era de 0,6, e o estado da Paraíba possuía a maior média, de 1,12. Apesar da expansão dos serviços observada, a RPB vem apresentando obstáculos ao seu pleno desenvolvimento, tais como: a não alocação de recursos obtidos com o fechamento dos hospitais nos serviços substitutivos; formação inadequada de profissionais para atuarem nos novos dispositivos de assistência; despreparo da comunidade e família para acolher os doentes mentais; moradias inadequadas; falta de atividades ocupacionais, suporte social, e acompanhamento médico freqüente. Estes problemas geram re-hospitalizações, denominadas "porta giratória"^{4,5,6}, ou simples abandono por falta de acesso aos novos serviços.

A regulamentação da atuação dos CAPS é preconizada pela portaria nº 336/GM, de 2002, que estabelece três modalidades de CAPS, I, II, III, diferenciadas pela abrangência populacional e nível de complexidade, e determina seu funcionamento independente da estrutura de um hospital geral, com estrutura física e equipes próprias⁷. Já a portaria nº 3.088/GM de 2011⁸, ao instituir a Rede de Atenção Psicossocial mantém as modalidades de CAPS existentes e busca articulá-las aos demais “pontos de atenção”.

Desse modo, o CAPS I é caracterizado por ser de pequeno porte, devendo estar presente em municípios com população de 20 a 70 mil habitantes. Este serviço deve funcionar em períodos diurnos, nos cinco dias úteis e incorporar uma clientela que apresenta transtornos severos e persistentes. O CAPS II é de médio porte, podendo ser inserido em municípios com população de mais de 50.000

habitantes. Esta modalidade é ainda subdividida em CAPS I e ad, os quais atuam com população específica, atendendo crianças e adolescentes portadoras de transtornos mentais e usuários de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), respectivamente. O CAPS III, possui uma capacidade maior e pode cobrir uma população com mais de 200.000 habitantes. Este apresenta a possibilidade de substituição do hospital psiquiátrico por funcionar 24 horas, durante todos os dias da semana, incluindo feriados, e pela inclusão de leitos no seu espaço para a internação da clientela como medida de repouso e/ou observação⁷.

No que se refere à estrutura física dos CAPS, estes deverão contar com um espaço mínimo constituído por consultórios para atividades individuais, salas para atividades grupais, espaços de convivência, oficinas, refeitório, sanitários e área externa. A presença de leitos é preconizada no CAPS ad, para desintoxicação, e no CAPS III, para internação não superior a sete dias seguidos, ou 30 dias intercalados⁹.

Sobre o ambiente físico adequado para portadores de patologias psíquicas, Botega¹⁰ aborda que este deve: favorecer a orientação temporal-espacial; ter um refeitório, já que os pacientes não estão restritos ao leito; uma área de lazer para participação em atividades físicas; e sala de estar com meios de comunicação no andar térreo, facilitando o acesso para área de lazer e refeitório.

Os procedimentos específicos dos CAPS são os atendimentos intensivos, oferecidos ao paciente que necessita de cuidados diários (até 25 dias no mês) podendo ser feito no domicílio; os cuidados semi-intensivos, para os pacientes que necessitam de uma atenção frequente (até 12 dias no mês); e não-intensivos são os cuidados prestados mensalmente ou quinzenalmente ao paciente (até 3 dias no mês). Estas noções não são vinculadas aos turnos, mas aos cuidados clínicos e projetos terapêuticos dos pacientes⁷.

Sobre os recursos humanos, a equipe de atuação nestes serviços deve ser composta por: médico psiquiatra; enfermeiro com formação em saúde mental; psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; pedagogo; enfermeiro; profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, educacional e artesão). As diferenças se referem à equipe mínima de atendimento de pacientes por turno e o limite máximo por dia⁷.

Independentemente da modalidade de CAPS, estes são projetados para o atendimento ambulatorial, aberto e diário. Sobre a organização da atenção prevê atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico e de orientação); em grupo (psicoterapia, atividade de suporte social, grupo operativo); oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atendimento à família; e atividades comunitárias para inserção social.

As assembléias e reuniões devem contar com a participação de familiares, usuários e convidados. Acolhimento noturno e o atendimento para desintoxicação devem fazer parte da assistência do CAPS III, CAPS II e CAPS ad; atendimentos domiciliares para CAPS III, CAPSi

e CAPS ad. Estes serviços devem trabalhar também com o atendimento em situação de crise e buscar se articular com os serviços de atenção básica⁷.

Aos CAPS, é preconizada a disponibilização de refeições aos usuários. Todos os CAPS com pacientes atendidos em um turno receberão uma refeição diária e, em dois turnos, duas refeições diárias. O CAPS III deve ofertar quatro refeições diárias para os pacientes que permanecem 24 horas no serviço. Cada serviço deve contar com um projeto terapêutico que inclua características da equipe, dos usuários e familiares e aspectos do território onde está inserido e com projetos terapêuticos individuais. Este projeto é realizado e revisado pelo técnico de referência, que é o profissional que acolheu o usuário no serviço⁷.

Os aspectos estruturais dos serviços de saúde afetam a qualidade dos serviços de saúde, daí a necessidade de se avaliar as novas abordagens assistenciais propostas em saúde mental, fornecendo bases mais sólidas para a tomada de decisões e acompanhamento destes serviços. De acordo com Minayo, Assis e Souza¹¹, estrutura dos serviços de saúde refere-se aos recursos físicos, humanos, materiais, financeiros e às formas de organização da atenção. Os recursos físicos e materiais fazem referência ao estabelecimento em si (prédio) e sua localização, aos espaços existentes em seu interior, dentre outras coisas. Sobre os recursos humanos, são informações básicas a quantidade de trabalhadores de saúde, a qualificação e carga horária de trabalho.

Para cumprir com o objetivo geral de caracterizar a estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Feira de Santana-BA, no ano de 2007, este estudo objetivou: identificar os recursos físicos, materiais e humanos; descrever a organização da assistência; e avaliar os componentes estruturais dos CAPS em relação aos dispositivos normativos do Ministério da Saúde e à proposta de atenção da RPB.

METODOLOGIA

O desenho da pesquisa foi do tipo transversal, comparativo, descritivo, e pode ser entendido como um estudo avaliativo normativo, considerando-se avaliação como num julgamento sobre dada intervenção ou parte dela e instrumento para a tomada de decisões¹².

A rede municipal de atenção à saúde mental de Feira de Santana, cidade localizada a 105 Km² da capital da Bahia, Salvador, e com uma população de 571.997 habitantes, em 2007, encontrava-se, naquele momento, em reformulação de um processo que se iniciara em julho de 2002. As ações tiveram início com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), do Programa “De Volta Para Casa”, e com base no compromisso assumido de desinstitucionalizar o Hospital Especializado Lopes Rodrigues – HELR. O programa “De Volta pra Casa” caracterizava-se por um auxílio-reabilitação, no valor de R\$ 240, 00 (duzentos e quarenta reais), pagos por

um período de um ano, sujeito a renovação. No município de Feira, em 2005, eram beneficiados por este programa, 59 portadores de sofrimento psíquico¹³.

O CAPS ad foi o primeiro a ser implantado, em 26 de setembro de 2003, destinado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas. Em 18 de julho de 2004, entrou em funcionamento o CAPS II Silvio Luiz Santos Marques (CAPS II – SM), apto a atender pessoas com sofrimento psíquico a partir de 18 anos de idade. No ano de 2005, foram implantados o CAPSi Osvaldo Brasileiro Franco, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com até 18 anos de idade, com transtornos mentais e comportamentais, e o segundo CAPS II, o Oscar Marques (CAPS II – OM). O CAPS III não teve o tempo de funcionamento informado pelo entrevistado, mas o fato é que, em 2005, Feira de Santana era o município brasileiro com maior cobertura desse dispositivo de cuidado - 1,04 CAPS/100.000 hab.⁷.

Desse modo, a rede de atenção à saúde mental era constituída, no ano estudado, pelo HELR, pelos cinco CAPS, além de SRT e lares abrigados. As SRT são casas localizadas no espaço urbano, que abrigam portadores de transtornos mentais egressos de hospitais psiquiátricos ou casas de custódia. Em Feira de Santana, existiam em funcionamento, em 2006, 10 SRT abrigando 49 beneficiados. Estes serviços estavam articulados aos CAPS II e III, que eram suas unidades de referência. Além disso, os CAPS estavam territorializados, conforme se observa na Tabela 1¹³.

Tabela 1 - Territorialização dos CAPS de Feira de Santana, 2006.

CAPS	USF	UBS	Policlínicas
CAPS II Drº Silvio Luis Santos Marques	26	6	0
CAPS II Oscar Marques	24	3	1
CAPS III João Carlos Lopes Cavalcante	24	5	2
Total	74	14	3
CAPSi Osvaldo Brasileiro Franco	74	14	5
CAPSad Drº Gutemberg de Almeida	74	14	5

Fonte: Feira de Santana, 2006¹³.

As fontes de dados primários, quantitativos e qualitativos, foram as entrevistas realizadas com instrumentos de coleta estruturados, fruto de versão modificada de um questionário produzido pela equipe do projeto de “Avaliação dos CAPS da região Sul” (CAPSUL)¹⁴. Com o objetivo de testar a validade do questionário, foi realizada uma pesquisa piloto no CAPS de outra cidade baiana, que não aquela do estudo, para verificação de possíveis falhas, como questões complexas, imprecisas e/ou desnecessárias, e que mostrou-se de grande valia.

Após o pré-teste, procedeu-se à coleta de dados no campo do estudo, por meio de entrevistas agendadas em contatos prévios com os sujeitos do estudo, que foram os cinco coordenadores dos CAPS do município de Feira de Santana-BA, designado no Plano Diretor de Regionalização (PDR), de 2005, como município polo da macrorregião Centro Leste da Bahia¹⁵.

A análise dos dados da pesquisa ocorreu em três etapas: tabulação dos dados; análise estatística simples; triangulação com dados qualitativos e interpretação crítica dos dados em confronto com a literatura pesquisada. A primeira parte da análise considerou o objetivo de descrever a estrutura dos serviços e agrupou os dados dos cinco questionários nas categorias recursos humanos, objetos, meios e organização da assistência. No segundo momento, foram comparadas as categorias operacionais com as normas legais e institucionais previstas, e depois analisadas em relação com a proposta da RPB. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), registrado sob número 064/2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Teixeira¹⁶, a mudança no modelo de atenção à saúde reclama processos de trabalho que incluam novos propósitos, novas estruturas e meios, adequados ao novo perfil dos sujeitos, profissionais e usuário, e das relações estabelecidas entre si.

Em 2007, existiam 8.120 pacientes inscritos nos cinco CAPS de Feira de Santana. O Gráfico 1 ilustra a seguinte distribuição: no CAPS III existiam 2.300 pacientes inscritos (28,32%); seguido do CAPS ad com 1.964 (24,2%); CAPS II com 1.928 (23,74%); CAPS II SM com 1.383 (17,03%) e CAPSi, com 545 pacientes inscritos (6,7%).

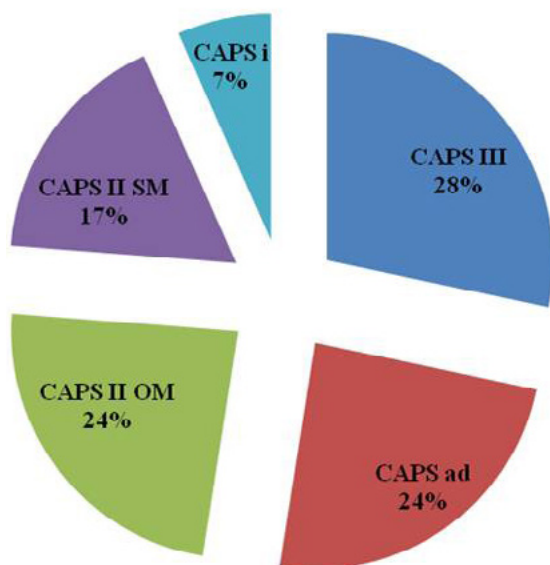


Gráfico 1 – Distribuição dos usuários inscritos nos CAPS de Feira de Santana, Bahia, em 2007 (%).

As coordenadoras dos cinco CAPS eram todas do sexo feminino, duas com graduação em enfermagem, duas em psicologia, e uma em pedagogia. Todas possuíam algum tipo de pós-graduação, sendo que uma apresentava mestrado de saúde coletiva, em andamento, quatro tinham especializações na área de saúde mental, e três possuíam especializações em auditoria e saúde pública (CAPS II OM), enfermagem médica-cirúrgica e residência na área médica-cirúrgica (CAPS II SM).

Sobre o tempo de coordenação, duas dirigentes possuíam menos de 10 meses no cargo, enquanto duas já atuavam entre 10 a 30 meses; e uma estava há mais de 30 meses na coordenação do serviço. Todas desempenhavam funções de supervisão, administração de pessoal e recursos materiais, atividades educativas, elaboração de normas, rotinas e do plano de atividades anual. Três realizavam atividades de assistência (dupla função). Entretanto, não foi possível saber se ambas as funções estavam previstas na carga horária do profissional.

Os profissionais técnicos de cada modalidade de CAPS se diferenciavam, quantitativamente e qualitativamente, atendendo à norma e ao projeto terapêutico do serviço. Quanto aos profissionais graduados, observou-se nas equipes maior quantidade de psiquiatras, seguida de psicólogos. Apenas no CAPS III esta relação era inversa (Tabela 2).

Verificando a relação do profissional psiquiatra com o psicólogo, observa-se que nos CAPSad e OM era de 1:1, e no CAPS III representava 2:1, lembrando que, pela norma, o segundo profissional fará parte da equipe dos CAPS, a depender do projeto terapêutico do serviço. A relação enfermeiro/psiquiatra era de 1:1 nos CAPSi e III.

Essas relações eram inversas àquelas encontradas em uma avaliação efetuada na cidade de São Paulo¹⁷, no mesmo período em que a média de psicólogos por CAPS era de quatro, enquanto em Feira era de 2,8. Já, em São Paulo, a média de psiquiatras por CAPS era de 2,5 por CAPS, enquanto Feira possuía 3,6. A incompletude das equipes em 70% dos CAPS pesquisados e a ausência de psiquiatras em um terço dos serviços diurnos foram consideradas pelo CREMESP¹⁸ como um problema que comprometia a implantação da política nacional de saúde mental.

A análise do número de profissionais de nível superior por pacientes cadastrados, mostrou as seguintes relações: no CAPSad, 1 profissional para 196 pacientes; CAPS II SM, 1:148; CAPS II OM, 1:126; CAPS III, 1:106 e CAPSi, 1:45. Essas proporções se mostram coerentes com a maior atenção que pacientes mais graves, crianças e adolescentes, devem receber.

O número de profissionais nas áreas de assistência social, psicologia, terapia ocupacional e pedagogia encontrava-se equilibrado entre os CAPS. O CAPS III possuía um número maior de psiquiatras (seis), enfermeiros generalistas (4) e técnicos e auxiliares de enfermagem (14), o que é explicado pela sua complexidade e funcionamento ininterrupto. No CAPSad a equipe contava com um médico clínico, um professor de educação física, dois oficinairos, um musicoterapeuta, e três estagiários da área de enfermagem.

TABELA 2 - Distribuição de profissionais de nível superior nos CAPS de Feira de Santana, em 2007.

Profissionais de nível superior	CAPS										
	CAPSad		CAPS II OM		CAPSi		CAPS III		CAPS II SM		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Médico clínico	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Psiquiatra	2	20	3	27,4	2	16,7	6	30	5	38,5	18
Psicólogo	2	20	3	27,4	3	25	3	15	3	23,1	14
Enfermeiro com formação em SM	0	0	0	0	1	8,3	2	10	1	7,7	4
Enfermeiro generalista	1	10	1	9,1	1	8,3	4	20	1	7,7	8
Assistente social	1	10	1	9,1	1	8,3	1	5	1	7,7	5
Pedagogo	0	0	1	9,1	1	8,3	1	5	1	7,7	4
Terapeuta ocupacional	1	10	2	18,2	1	8,3	2	10	1	7,7	7
Outros	2	20	1	9,1	2	16,7	1	5	0	0	6
Total	10	100	11	100	12	100	20	100	13	100	66

O CAPSi, que deve contar com uma equipe composta por psiquiatra ou um neuropediatra, podendo incluir o fonoaudiólogo, possuía essas três categorias e um psiquiatra a mais, além de um técnico educacional. As equipes do CAPS II OM e o CAPS II SM CE possuíam, respectivamente, cinco e três psiquiatras, quando o mínimo recomendado era de apenas um. Existia ainda um artista no CAPS II OM. Ou seja, as equipes dos dois serviços estavam quantitativamente adequadas e além do proposto pela norma.

Em termos qualitativos, a conjugação de novos saberes e tecnologias com a introdução de novas categorias profissionais possibilita a redefinição do objeto de trabalho em saúde, que passa a refletir no perfil dos novos “sujeitos”, quer enquanto indivíduo, quer enquanto coletivo (Teixeira, 2003). Dessa forma, considera-se que a multiprofissionalidade evidenciada nos CAPS deva contribuir para a introdução de novas formas de abordagem ao portador de sofrimento psíquico. Entretanto, apenas uma avaliação de processo e resultados poderá avançar no sentido desse conhecimento, constituindo-se a avaliação de estrutura como a base sob a qual se poderá produzir futuras análises.

Avaliando ainda a distribuição de recursos humanos, verificou-se uma maior proporção de profissionais de nível superior, em relação aos de nível médio, em quatro dos cinco CAPS, nas seguintes proporções: 10:06 (CAPSad); 11:6 (CAPS OM); 12:06 (CAPSi); 13:05 (CAPS SM). Já o CAPSi, com a proporção de 20:20, contava com mais do dobro de recursos humanos que os demais, em função, não tanto da maior clientela, mas do funcionamento de 24 horas.

Os CAPS de Feira de Santana funcionavam em espaços com área física independente de unidade hospitalar, conforme preconizado. Quanto à presença de leitos psiquiátricos, o CAPS III possuía cinco, pois efetuava acolhimento noturno, enquanto os demais contavam com uma ou duas macas para repouso e

observação. Os CAPS II OM, CAPSi e CAPS III apresentaram maior número de salas de atendimento individual, quatro cada, em comparação com os CAPSad e CAPS II SM, que tinham mais salas para abordagem em grupo. Somente no CAPS III, existia um consultório, além de nove salas para atendimento, seguido do CAPS II SM (8); CAPSi e CAPSad (7) e o CAPS II OM (6). Nesse último, não foi destacada a presença de sala para procedimento de enfermagem.

Sobre a adequação das salas à demanda de atendimento, quatro coordenadoras responderam que não consideravam satisfatório, nem adequado o acesso aos deficientes físicos, sendo colocado, por duas, a presença de rampas de acesso. Espaços terapêuticos como piscinas, hortas, varandas e jardins, foram encontrados em todas as unidades, sendo o CAPSi aquele que disponibilizava mais espaços externos de lazer.

Os CAPS trabalhavam com projetos terapêuticos e com planos terapêuticos individuais. Os usuários possuíam como técnico de referência, em todos os serviços, o enfermeiro, o terapeuta ocupacional, o assistente social e o psicólogo. O médico atuava nessa atividade em três CAPS. As modalidades de atendimento preconizadas para todos CAPS eram o atendimentos ambulatorial individualizado, o psicoterápico, de educação em saúde, e o atendimento em grupos.

As Visitas Domiciliares (VD) previstas para os CAPSad, CAPSi e CAPS III podiam ser executadas por todos, sendo que, no CAPSi, eram feitas quando necessário, e no CAPS III, somente nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Dois serviços as faziam semanalmente; um, mensalmente, e em dois, conforme necessidade. Os objetivos apontados para a realização das VD incluíam a busca e o acompanhamento de situações agudas.

O assistente social realizava VD em todos os CAPS, o enfermeiro, o terapeuta ocupacional e o psicólogo, em quatro, o médico, em dois, e o técnico de enfermagem, também

em dois serviços. Todos os CAPS realizavam assistência farmacêutica com orientações quanto à eficácia da medicação e efeitos colaterais, avaliação da necessidade de novas receitas, e quanto à eficácia do medicamento (em três dos CAPS). Nos CAPS, também se fazia o manejo do usuário em situação de surto e agitação psicomotora, com uso de medicação.

Silveira¹⁹, ao analisar a prática ambulatorial do psiquiatra de uma instituição pública da Bahia, observou a tendência para o encurtamento do tempo de consulta, proporcional ao tempo de serviço do psiquiatra e tratamento farmacológico em 100% dos 136 casos estudados. A menor participação dos psiquiatras dos CAPS em atividades intramuros clássicas mostra-se preocupante na medida em que mantém o modelo de atenção engessado no formato médico-assistencial-curativista. Ou seja, a não realização de VD pelo psiquiatra é um indicativo da permanência das antigas práticas no novo dispositivo.

Sobre a organização da oferta, apenas o CAPS III funcionava 24h, atuando os demais em regime diurno das 7:00 às 19:00. Estes serviços possuíam todos, como principais critérios de acesso: a faixa etária; ser morador do município; e ter diagnóstico compatível. Além desses critérios, outros mencionaram o território (4); a gravidade (2) e a existência de encaminhamento (2) como elementos de priorização do acesso. A triagem, feita através da avaliação da indicação, reencaminhamento e agendamento, era realizada em todos os serviços pelo enfermeiro, assistente social e psicólogo, sendo, em quatro serviços, referido o terapeuta ocupacional e, em três, o psiquiatra.

O acesso, como categoria central para análise das inter-relações nos serviços de saúde está relacionado à disponibilidade de recursos, aos serviços produzidos e às características da população, estando a utilização de serviços de saúde influenciada por fatores sociais, culturais e organizacionais, como a distribuição e localização da oferta, acomodação, características das práticas e outros²⁰.

Para Franco, Bueno e Merhy²¹, o acolhimento constitui um processo intercessor onde se encontram o usuário e o trabalhador de saúde, e onde se opera uma prática clínica fundamentada em processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que objetivam produzir relações de escuta e responsabilização, em processo usuário-centrado. O acolhimento em todos os CAPS era feito em turno diurno. Em dois estabelecimentos, a consulta era agendada, com hora marcada e, em três, o acesso dos usuários era livre, por ordem de chegada. O acolhimento noturno não foi mencionado no CAPS III, apesar de preconizado para este serviço. Em todos os CAPS, participavam do acolhimento: o enfermeiro, o terapeuta ocupacional, o psicólogo e o assistente social. Em dois, o pedagogo. O musicoterapeuta, só no CAPSad e o fonoaudiólogo, no CAPSi.

As atividades grupais realizadas no serviço incluíam as de caráter operativo em dois CAPS e atividades de suporte social, em quatro serviços. As oficinas terapêuticas

funcionavam como forma de recuperação da autonomia e independência do portador de sofrimento psíquico, possibilitando o desempenho dos papéis familiar, social e profissional. Os serviços ofereceram um total de dezoito tipos de oficinas terapêuticas. No CAPS II OM, houve uma oferta maior destas atividades, 61,11% (11), em comparação com o CAPS II SM, 44,4% (8), o CAPSad, 39% (7), o CAPS III, 27,8% (5) e CAPS I, 22,2% (4). Foram referidos, em todos os serviços: oficinas de arte e música, higiene, cuidados corporais e culinária; em quatro, mente e leitura; geração de renda, em dois, sendo esta oficina, no CAPSi, dirigida para os pais. Além destas, o CAPSad montou oficina de teatro e jardinagem; o CAPS II OM, de jogos e memória, embalagem, pintura em tela, homens, cultura e leitura; e o CAPS II SM, de mente e leitura, produção livre, fuxico e bordado. A diversidade de atividades grupais foi compatível com a referida para São Paulo¹⁷.

Foram referidos grupos de familiares nos quais eram trabalhados temas relativos ao tratamento do paciente, e aberto espaço para sugestões sobre o serviço, o manejo e a patologia. A atuação em base comunitária favorece a reinserção social e deve articular recursos do território para garantia dos direitos do usuário do serviço. O CAPS ad e CAPSi utilizavam como espaços comunitários, para atividades extramuros, um ginásio que servia tanto como salão de festas quanto para oficinas de futsal. A articulação com recursos do território se deu, principalmente, com a Secretaria de Ação Social (4); escolas e o Conselho Tutelar (3) (Tabela 2).

Tabela 3 - Recursos institucionais de apoio referidos pelos CAPS de FSA-BA, em 2007.

Recursos de Apoio Referidos	Nº de CAPS
Atenção Básica (PSF/UBS)	5
Secretaria de Ação Social	4
Serviços Residenciais Terapêuticos	4
Promotora pública	4
Orientação e encaminhamento de benefícios	4
Conselho Tutelar	3
Escolas	3
Polícia (Civil, Militar e Federal)	2
Juizado da Infância e Juventude	1
Centros de Recuperação	1
Alcoólicos Anônimos	1
Ouvidoria	1
Suporte Jurídico	1
CMS, Controle social, Conselho Gestor	1

A relação dos CAPS com as UBS possibilita o monitoramento de usuários que recebem alta, a não exclusão social e a diminuição da estigmatização da loucura²². Os CAPS referenciaram os pacientes para outras instituições de atendimento psiquiátrico, como as unidades básicas e emergência psiquiátrica (4); o hospital psiquiátrico e atendimento especializado (3) e o hospital geral (1). Três CAPS indicaram as unidades básicas e o atendimento especializado como serviços que utilizavam a contra-referência. O apoio matricial foi mencionado espontaneamente pelo coordenador do CAPS II SM, como um assessoramento em saúde mental feito às UBS e outros serviços.

Entretanto, é necessário ponderar que a proporção desses referenciamentos e a qualidade e intensidade das relações com as unidades básicas não pôde ser captada pela metodologia em função das limitações do desenho de pesquisa. Por outro lado, a diversidade de serviços governamentais e comunitários referidos sugere uma adequação às diretrizes da política de saúde mental em curso, naquele momento.

Os serviços realizavam avaliação do usuário do ponto de vista clínico, social e psicológico. A alta ocorria, em todos os CAPS, nos casos de melhora e transferência para outro serviço. Em quatro CAPS foram mencionados, como motivos de alta não programada, a não adesão do usuário/familiar ao tratamento, o abandono sem justificativa e a alta solicitada por variadas situações.

Obteve-se que o CAPS III disponibilizava quatro refeições (café da manhã, almoço, jantar e lanche noturno), dois CAPS ofertavam três refeições, um CAPS, duas refeições e um proporcionava apenas uma refeição. Nos CAPS III e II SM, as refeições eram destinadas a pacientes intensivos. A existência de protocolos de funcionamento interno e de prontuário único individualizado foi mencionada em todos os serviços, sendo que, em quatro, todos os profissionais registrariam, nele, suas atividades.

Eram realizadas, em todos os CAPS, e sem participação de entidades organizadas da comunidade, reuniões semanais, e assembleias, com participações da equipe, familiares e usuários, que ocorriam em três serviços, semanalmente. No CAPS II SM, as reuniões eram bimestral e, no CAPS I, trimestral. Também, em todos, com exceção do CAPS II OM, ocorriam avaliações em equipe, do seguinte modo: o CAPS ad verificava pontos positivos e negativos do que foi realizado, planejamento do serviço e protocolos de funcionamento; o CAPS III, a evolução dos usuários, participação nas atividades, reinserção no mercado de trabalho, e participação da família; o CAPS II SM suspendia as atividades do serviço para discussão, levantamento de problemas e proposta de sugestões.

Os resultados apresentados dão conta de uma rede de atenção à saúde mental municipal organizada de acordo com os parâmetros estabelecidos normativamente no âmbito federal. A avaliação torna-se imperativa em dispositivos novos, para verificar os efeitos das práticas, adequando-se a oferta às necessidades e problemas de saúde. As necessidades

foram estabelecidas por atividades de planejamento prévias e com ampla participação comunitária, segundo o plano de saúde municipal de 2006¹³.

A questão se coloca em termos da continuidade desses serviços que, no ano de 2016, ainda permaneciam os mesmos, em que pese a duplicação da rede de atenção nesse período. Já em 2009-2010, um estudo censitário²³ com 77 trabalhadores dos CAPS de Feira apontou queixa de cansaço mental em 48,6%, transtornos mentais comuns (TMC) em 29,6%, sendo que 55,6% não estavam satisfeitos com o tipo de contrato de trabalho estabelecido. Desse modo, novas investigações de atualização da rede de atenção à saúde mental tornam-se necessárias, não apenas em termos estruturais, mas de aprofundamento do conhecimento sobre os modos de seu funcionamento e adequação aos propósitos que a orienta.

CONCLUSÃO

Em linhas gerais, os CAPS de Feira de Santana, no ano de 2007, apresentaram uma estrutura e organização da atenção adequada à proposta da RPB e ao preconizado pela legislação de saúde mental. Os serviços possuíam equipes com diversas categorias profissionais favorecendo a integração de diferentes saberes. Com relação aos trabalhadores de nível superior, os psiquiatras constituíram o segmento mais numeroso, com maior concentração de profissionais no CAPS III.

Os serviços se apoiavam, também, na realização de atividades grupais com variadas características e mostraram articulação com outros setores da sociedade, além de buscarem a inserção da família do usuário, na atenção. A interlocução destes dispositivos com as Equipes de Saúde da Família é essencial para o trabalho dos CAPS, na medida em que ambos trabalham de forma territorializada, entretanto, não foi possível conhecer em que medida se dava esta relação. A configuração de um novo paradigma de assistência à saúde requer mudanças associadas a processos políticos-gereciais, que possibilitem inovações nas formas de cuidar e gerir.

A avaliação de estrutura de dispositivos como os CAPS pode dar visibilidade ao modelo de atenção adotado. Entretanto, consideram-se necessárias pesquisas que enfoquem os processos de trabalho e suas tecnologias; que discutam as intersubjetividades e suas relações; que reflitam sobre as condições de trabalho e deem voz a usuários, familiares e profissionais de saúde, através de um processo democrático.

REFERÊNCIAS

1. Amarante, PDC. Loucura, Cultura e subjetividade conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica. In: Fleury, S (Org.). **Saúde e democracia a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 163-185.
2. Brasil. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: Conferência Regional de Reforma dos Serviços

- de Saúde Mental, 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>>. Acesso em 20 set. 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. **Outros Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psiocossocial.html>>. [2016jan6].
4. Fagundes P. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: algumas questões cruciais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** 1998; 47(4): 163-168.
5. Nick E, Oliveira SB. Tendências políticas de saúde mental no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** 1998; 47(11): 583-589.
6. Vianna PCM, Barros S. O papel das políticas sociais frente à reestruturação do modelo assistencial em saúde mental. **Rev Saúde Debate** 2005; 29(69): 27-35.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União** 2002; 20 fev.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** 2011; 23 dez.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília (DF); 2004. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> [2016jan6].
10. Botega, NJ. **Serviços de saúde mental no hospital geral**. São Paulo: Papyrus; 1995.
11. Minayo MCS, ASSIS SG, Souza, ER. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
12. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis J, Pineault R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZA. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 29-48.
13. Feira de Santana. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde Mental**. Disponível em: <<http://www.feiradesantana.ba.gov.br/saudemental/index.htm#>>. [2006out12].
14. Kantorski LP. Avaliação dos CAPS na região sul do Brasil (CAPSUL). Projeto de Pesquisa, 2005. Disponível em <<http://www.ufpel.edu.br/feo/capsul/capsul.php>>. [2006out25].
15. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Plano diretor de regionalização da assistência à saúde: desenho territorial**. Salvador: SESAB; 2005.
16. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Rev Saúde Debate** 2003; 27(65): 257-27.
17. Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública** 2009; 43(Supl.1): 8-15.
18. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo: uma contribuição do CREMESP para a saúde mental da comunidade**. São Paulo: CREMESP; 2010.
19. Silveira, TCBC. **A prática psiquiátrica em ambulatório de uma instituição pública: o caso do Juliano Moreira**. Salvador; 1996. [Mestrado Dissertação - Universidade Federal da Bahia]. Salvador, 1996.
20. Giovanella L, Fleury S. **Universidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise**. In: Eibenschutz C (Org). Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-197.
21. Franco TB, Bueno W, Merhy E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso em Betim (MG)**. In: Merhy EE. et al. (Orgs). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2006. p.37-54.
22. Ponte Filho AP. **Atividades desempenhadas por psicólogos nos Centros de atenção Psicossocial de Sobral-CE**. [Especialização Monografia - Universidade Estadual Vale do Acaraú: UVA]. Sobral, 2006.
23. Gomes DJ, Araújo TM, Santos KOB. Condições de trabalho e de saúde de trabalhadores em saúde mental em Feira de Santana, Bahia. **Rev Baiana Saúde Pública** 2011; 35(supl.1): 211-230.

Endereço para correspondência

Thereza Christina Bahia Coelho
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Av. Transnordestina, s. nº, Núcleo de Saúde Coletiva. Prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Campus da UEFS. CEP: 44.036-900. Feira de Santana-BA, Brasil.
Tel. 0**(75)3161-8095
E-mail: thereza.nusc@uefs.br