

## **Centro de Atenção Psicossocial [CAPS]: Ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil**

Tays Aparecida da Silva<sup>1</sup>; José Dionísio de Paula Júnior<sup>2</sup>; Ronaldo Chicre Araújo<sup>3</sup>.

1 - Discente do curso de graduação em Psicologia da Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC, Ubá, Minas Gerais, Brasil.

2- Enfermeiro. Doutor em Psicologia. Docente do curso de graduação em Psicologia da Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC, Ubá, Minas Gerais, Brasil.

3- Psicólogo. Doutor em Ciência da Religião. Docente do curso de graduação em Psicologia da Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC, Ubá, Minas Gerais, Brasil.

**RESUMO** - Este estudo teve como objetivo apresentar as ações desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial [CAPS, modalidade II], no ano de 2015, em município de Minas Gerais, propulsor do cuidado em liberdade e articulador de uma rede integrada para a saúde mental. Analisando as ações realizadas, podemos perceber que há uma conformidade entre a Política Nacional de Saúde Mental e as oferecidas pelo CAPS analisado, sendo elas: visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias com objetivo de integração na família e comunidade, oficinas terapêuticas, supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, supervisão de unidades hospitalares, desenvolvimento de ações intersetoriais, elaboração de projeto terapêutico singular e atendimento de usuários em crise.

**Palavras Chave:** Centros de Atenção Psicossocial, Psicologia, Saúde Mental.

## **Psychosocial Treatment Centers [CAPS]: actions undertaken in municipality of Minas Gerais State, Brazil**

**ABSTRACT** - The objective of this study was to present the actions developed at the *Psychosocial Treatment Centers* [CAPS, type II], in the year 2015, in municipality of Minas Gerais, shaft of care in freedom and articulador of an integrated network for mental health. Analyzing the actions performed, we can see that there is a consistency between the National Policy on Mental Health and those offered by the CAPS analyzed, they were: home care, family care, community activities with the objective of integration into family and community, therapeutic workshops, supervision and training of teams of primary care, supervision of hospital units, development of intersectorial actions, preparation of natural therapeutic and service users in crisis.

**Keywords:** *Psychosocial Treatment Centers* [CAPS], Psychology, Mental Health.

**Endereço para correspondência:** Tays Aparecida da Silva.

R. Santa Magna 80, Bairro Eldorado, Ubá, Minas Gerais, Brasil. Cep: 36500-000.

E-mail: tays.moura@yahoo.com.br

## **Introdução**

A lógica manicomial prediz a exclusão de um indivíduo do convívio social, diante disso, as internações em hospitais psiquiátricos promovem uma invisibilidade social com o enfraquecimento, fragilização e rompimento dos vínculos familiares. As ações dos hospitais psiquiátricos baseavam-se diretamente na cura do paciente, justificando a periculosidade do indivíduo com necessidade para sua institucionalização (Ferro, 2009; Torre & Amarante, 2001; Lancetti & Amarante, 2006).

Assim, nesse espaço de exclusão ocorre a mortificação da subjetividade, onde a doença mental é considerada um erro de razão e, portanto o alienado não tinha direito a escolha (Amarante, 1995a; Lancetti & Amarante, 2006). A atuação médica era centrada na doença, no quadro clínico e nos sintomas objetivos, desaparecendo toda história e individualidade do sujeito, essa inscrição no mundo patológico e não no social permitia somente ao médico exercer o seu saber sobre o corpo do doente e controla-lo a sua maneira (Rotelli, 1990). Surge assim um questionamento: os efeitos da cronicidade concebidos pela psiquiatria não são produção da própria institucionalização? Ora, em toda doença há a construção de uma subjetividade e por isso não se deve tratar o sintoma, mas sim o sujeito (Torre & Amarante, 2001).

Dessa forma, se fez necessário à invenção de outra instituição que levasse em conta o sofrimento e a existência em relação ao corpo social e rompesse com a conexão de causa e efeito (Rotelli, 1990). Nesse sentido, Franco Basaglia inicia a ruptura com o saber psiquiátrico e desconstrução das relações entre instituições, práticas e saberes em detrimento dos direitos e cidadania dos pacientes, com a ideia de colocar a doença entre parêntese e ocupar-se do sujeito (Amarante, 1995b; Ferro, 2009). Nessa ruptura surge a necessidade de superar o modelo de humanização dos hospitais psiquiátricos, o dispositivo psiquiátrico de tutela, a diferenciação daquele que trata e do que é tratado, o lugar de desvalorização do louco de não poder falar de si mesmo, a exclusão e periculosidade presentes no imaginário social, chegando à máxima expressão de fechamento dos hospitais psiquiátricos e substituição por serviços territoriais (Amarante, 1995b; Lancetti & Amarante, 2006).

Assim, percebemos a reforma psiquiátrica como um processo político e social complexo, composta de diversos atores e militâncias (Pitta, 2011). Esse cenário diz respeito ao processo de desinstitucionalização que não se reduz a desospitalização, pois não se restringe ao fechamento de hospitais psiquiátricos, mas a uma desconstrução de todo conceito

de tratamento centrado na doença, violência e mortificação. Com essa visão, o doente torna sujeito desejante e político, construtor de projetos e subjetividade, além de protagonista de sua própria vida, e não apenas um objeto do saber psiquiátrico e corpo institucional, passando a ter direitos e assistência efetiva fora dos “cativeiros” (Amarante, 1995a; Torre & Amarante, 2001).

Dessa forma, se não houver clareza de todas essas mudanças, para além das instituições, corre o risco de se continuar reproduzindo a lógica manicomial mesmo nos novos dispositivos territoriais (Torre & Amarante, 2001). Pois, os serviços substitutivos não garantem a superação do “desejo de manicômio”, descrito por Alverga e Dimenstein (2006) como um desejo que atinge usuários, familiares e técnicos no sentido de classificar, dominar, oprimir, hierarquizar e controlar.

No Brasil, todo esse processo ganhou maior visibilidade nos fins dos anos 60, com o apoio de profissionais, usuários, familiares, sindicatos, associações e militantes dos Direitos Humanos (Pitta, 2011). Hoje em dia, poucos ousam defender explicitamente o manicômio como espaço de tratamento em saúde mental, mesmo que na prática tentem boicotar o cuidado em serviços comunitários (Pitta, 2011).

Como exemplo dos avanços alcançados, podemos citar a aprovação da Lei nº 10.216 em 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Entre outras providências, essa Lei veda a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições de características asilares, visando a reinserção social e o tratamento, preferencialmente, em centros comunitários de saúde mental (Brasil, 2001).

Diante de todos esses processos de normatização da assistência, a implantação da Rede de Atenção Psicossocial vem sendo realizada em todo território nacional, mesmo que de modo não linear e simétrico (Pitta, 2011). Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde [MS], o Brasil tem denotado uma significativa expansão na implantação dos Centros de Atenção Psicossocial [CAPS], apresentando no ano de 1998 um total de 148 CAPS habilitados e em dezembro de 2014 esse número aumenta para 2.209, revelando uma ampliação das ofertas de cuidado em serviços de base territorial (Ministério da Saúde, 2015). Esses dados são considerados indicadores positivos, pois vários estudos nacionais e internacionais já apontam uma maior efetividade no tratamento de pessoas com transtornos mentais em serviços territoriais, se comparadas àquelas tratadas em privação de liberdade

(Pitta, 2011). Além de outros estudos avaliativos que denotam avanços na assistência à saúde mental, ainda que se encontrem fragilidades e desafios a serem enfrentados (Tomasi *et al.*, 2010; Oliveira *et al.*, 2014; Luzio & L'Abbate, 2009).

Nesse contexto de fechamento dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços de base territorial, faz-se necessário analisar as ações dos CAPS frente ao complexo cenário brasileiro.

Considerando que o CAPS tornou-se o elemento central do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e viabilizador dos princípios da atual Política Nacional de Saúde Mental e dos direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais e/ou usuários de álcool e outras drogas.

Assim, o presente estudo tem como objetivo apresentar as ações desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial [CAPS, modalidade II], no ano de 2015, em município de Minas Gerais, propulsor do cuidado em liberdade e articulador de uma rede integrada para a saúde mental.

## **Método**

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo exploratório, com base em fonte de dados secundários consultados no Tabulador para Windows (*TabWin*), a fim de verificar os procedimentos realizados pelo CAPS II do município de Ubá, Minas Gerais, Brasil. Os dados foram coletados por discente do curso de graduação em Psicologia, da Fundação Presidente Antônio Carlos -FUPAC, entre os meses de abril e junho de 2016. Este estudo não apresenta conflitos de interesse.

Dessa forma, na pesquisa foi utilizado o arquivo de definição "RAAS PSICOSSOCIAL.DEF", definindo como parâmetros de pesquisa: na linha, as ações realizadas; na coluna, o ano de atendimento; no incremento, as quantidades apresentadas e nas seleções disponíveis para filtro, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [CNES] do CAPS executor. Nessa busca foram verificadas as seguintes ações/procedimentos, realizados pelo CAPS II do município de Ubá (CNES: 2148633), no ano de 2015, descrito na tabela 1.

**Tabela 1 – Procedimentos do Centro de Atenção Psicossocial**

<b>Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada Frequência por ano de atendimento segundo Procedimento</b>	
<b>Procedimentos</b>	<b>Frequência/Ano 2015</b>
Atendimento em Oficina Terapêutica I – Saúde Mental	201
Atendimento em Oficina Terapêutica II – Saúde Mental	729
Atendimento Individual em psicoterapia	152
Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial	4182
Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial	4332
Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial	2690
Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial	110
Acolhimento inicial por Centro de Atenção Psicossocial	53
Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares	157
Ações de articulação de redes intra e intersetoriais	108
Fortalecimento do Protagonismo de Usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus familiares	1
Práticas Corporais em Centro de Atenção Psicossocial	2291
Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial	412
Atenção às situações de crise	85
Matriciamento de Equipes da Atenção Básica	294
Promoção de Contratualidade no território	350
Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares	54

A fim de verificar a descrição de cada procedimento em separado, bem como o tipo de ação englobada em cada código foi realizada consulta ao Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde [SIGTAB]. Sendo utilizados os seguintes parâmetros para pesquisa: no grupo, o código 03 de procedimentos clínicos; no subgrupo, o código 01 de consultas/atendimentos/acompanhamentos e na forma de organização, o código 08 de

atendimento/acompanhamento psicossocial. Dessa forma, conforme tabela 2, obtemos as seguintes descrições dos procedimentos realizados pelo CAPS II do município de Ubá:

**Tabela 2 – Descrição dos procedimentos realizados pelo Centro de Atenção Psicossocial**

<b>Procedimento</b>	<b>Descrição</b>
<b>Atendimento em Oficina Terapêutica I – Saúde Mental</b>	Atividade profissional em grupo (no mínimo 05 e no máximo 20 pacientes) de socialização, expressão e inserção social, com duração mínima de 02 horas executadas por profissional de nível médio; através de atividades como carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, entre outros, requerendo material de consumo específico de acordo com a natureza da oficina. As oficinas terapêuticas poderão também funcionar em espaços específicos, com a condição de supervisão e acompanhamento por profissional de saúde mental locado na unidade de saúde, a qual a oficina esta vinculada. A unidade de saúde para supervisionar este procedimento deverá contar com equipe composta de, no mínimo, 4 profissionais de nível superior, sendo pelo menos 1 da área de saúde mental.
<b>Atendimento em Oficina Terapêutica II – Saúde Mental</b>	Atividade profissional em grupo (no mínimo 05 e no máximo 20 pacientes) de socialização, expressão e inserção social. Com duração mínima de 02 horas executadas por equipe multiprofissional, ou profissionais de nível superior.
<b>Atendimento Individual em psicoterapia</b>	Consiste no atendimento psicoterápico realizado por profissional de saúde mental.
<b>Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</b>	Ação de hospitalidade diurna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular. Recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, visando ao manejo de situações de crise motivado por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais, incluídos aqueles por uso de drogas, e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidade de convivência. Objetivando a retomada, resgate, redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.
<b>Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</b>	Atendimento direcionado à pessoa que comporte diferentes modalidades, responda as necessidades de cada um incluindo os cuidados de clínica geral que visam à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derivam, promovam as capacidades dos sujeitos, de modo a tornar possível que eles se articulem com os recursos existentes na unidade e fora dela.
<b>Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial</b>	Ações desenvolvidas coletivamente que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.
<b>Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial</b>	Ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, sejam elas decorrentes ou não da relação direta com os usuários, que garanta a corresponsabilização no contexto do cuidado, propicie o compartilhamento de experiências e informações com vistas à sensibilizar, mobilizar e envolvê-los no acompanhamento das mais variadas situações de vida.
<b>Acolhimento inicial por Centro de Atenção Psicossocial</b>	Consiste no primeiro atendimento ofertado pelo CAPS para novos usuários, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo às situações de crise no território. O acolhimento consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.

<b>Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou familiares</b>	<p>Atenção prestada no local de morada da pessoa e/ou familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações, acompanhamento do caso e/ou situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento, que vise à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derive, que garanta a continuidade do cuidado. Envolve ações de promoção, prevenção e assistência.</p>
<b>Ações de articulação de redes intra e intersetoriais</b>	<p>Estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como os recursos comunitários presentes no território.</p>
<b>Fortalecimento do Protagonismo de Usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus familiares</b>	<p>Atividades que fomentem a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos, a apropriação e a defesa de direitos, e a criação de formas associativas de organização.</p>
<b>Práticas Corporais em Centro de Atenção Psicossocial</b>	<p>Estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora e os aspectos somáticos e posturais da pessoa, compreendidos como fundamentais ao processo de construção da autonomia, promoção e prevenção em saúde.</p>
<b>Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial</b>	<p>Estratégias ou atividades que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários, favorecendo a construção e utilização de processos motores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura.</p>
<b>Atenção às situações de crise</b>	<p>Ações desenvolvidas para o manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos, podendo ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família, favorecendo a construção da preservação de vínculos.</p>
<b>Matriciamento de Equipes da Atenção Básica</b>	<p>Apoio presencial sistemático às equipes de atenção básica que ofereça suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.</p>
<b>Promoção de Contratualidade no território</b>	<p>Acompanhamento de usuários em contextos reais de vida – cenários de vida cotidiana – casa, trabalho; iniciativas de geração de renda/empreendimentos solidários; contextos familiares, sociais e comunitários-territoriais, mediando relações para a criação de novos campos de negociação e diálogo que garantam e propiciem a participação de usuários em igualdade de oportunidades com a ampliação de redes sociais e a autonomia.</p>
<b>Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares</b>	<p>Apoio presencial sistemático às equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, incluindo UPA, SAMU, salas de estabilização e os serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas que ofereça suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.</p>

## **Os Centros de Atenção Psicossocial**

Na década de 70 o Brasil experimentou um intenso aumento das internações psiquiátricas, com criação de grandes manicômios lucrativos e sustentados por recurso público. Os militantes, insatisfeitos, brigavam discretamente em congressos, associações, sindicatos, entre outros. No final da década de 70 esses movimentos, pelas reformas na Saúde Mental e também na assistência a Saúde no geral, caminharam em conjunto com os movimentos sociais. Na década de 80, cabe destacar o Congresso de Trabalhadores de Bauru como marco de articulação dos movimentos sociais, onde se pactuou o lema “por uma sociedade sem manicômios” e a I Conferência Nacional de Saúde Mental que foi tomada pela sociedade civil, representando o início de desconstrução da exclusão do louco e a prescrição da estratégia de desinstitucionalização (Pitta, 2011; Amarante, 1995b).

Dessa forma, em vários pontos do Brasil foram surgindo novos tipos, bem sucedidos, de cuidados em saúde mental. Como a inauguração do primeiro CAPS no Brasil, em 1997, na cidade de São Paulo, intitulado CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira; e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em São Paulo, marcando de forma radical a desinstitucionalização no país (Pitta, 2011; Amarante, 1995b).

Atualmente os CAPS são o “carro-chefe” da Reforma Psiquiátrica, diferenciando-se do manicômio pela qualidade de suas respostas e dependência de toda a rede (Miranda, Oliveira & Santos, 2014). Tem como objetivo ofertar cuidado para as pessoas com transtornos mentais de forma territorializada, visando à organização da rede de serviços de saúde mental do seu território, a construção de projetos terapêuticos singulares, o suporte à saúde mental na Atenção Básica e unidades hospitalares, entre outros. Sempre em busca de um modelo que priorize a reabilitação e a reintegração psicossocial do portador de transtorno mental, mediante acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Ministério da Saúde, 2004; Luzio & Yasui, 2010). Mediante tantas incumbências, os CAPS devem trabalhar de forma articulada com demais serviços, pois não podem se responsabilizar sozinho pela saúde mental. Cabe ressaltar que, às vezes, ele é representado como detentor do saber sobre a loucura, passando a realizar inúmeras tarefas e nunca recebendo apoio dos demais serviços, o que acarreta uma sensação de impotência por não conseguir responder sozinho as demandas (Miranda, Oliveira & Santos, 2014). Diante disso, percebe-se que as transformações trouxeram intervenções mais complexas e

interdisciplinares, para além do campo da saúde, exigindo uma reconstrução de práticas e saberes (Oliveira *et al.*, 2014; Luzio & Yasui, 2010).

Os CAPS são regulamentados pela Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Ministério da Saúde, 2004). De acordo com a mesma, os CAPS podem ser do tipo I, em municípios com parâmetro populacional entre 20.000 e 70.000 habitantes e funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h; do tipo II, com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e funcionamento de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h, mas podendo funcionar em um terceiro período até 21h; e do tipo III, com população acima de 200.000 habitantes e funcionamento 24 horas, todos os dias, incluindo finais de semana e feriados. Além destes, existem os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas [CAPS AD] específicos para o cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas e Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil [CAPSi] destinados a atender crianças e adolescentes.

### **Caracterização da Rede de Atenção Psicossocial: Estado e Município**

A Rede de Atenção Psicossocial [RAPS] instituída pela Portaria n° 3088, de 23 de dezembro de 2011, tem como objetivos gerais ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e/ou com abuso de álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção da rede e garantir a articulação e integração da rede, visando o acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências. Sendo constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Centros de Convivência), Atenção Psicossocial Especializada (Centros de Atenção Psicossocial em suas modalidades), Atenção de Urgência e Emergência (Unidade de Pronto Atendimento [UPA], Serviço de Atendimento Móvel de Urgência [SAMU]), Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento Adulto, Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil e Comunidade Terapêutica), Atenção Hospitalar (leitos de saúde mental em hospital geral), Estratégias de Desinstitucionalização (Serviço Residencial Terapêutico e o Programa de Volta para Casa) e a Reabilitação Psicossocial (cooperativas sociais).

Em relação aos componentes da RAPS, foram verificados os seguintes serviços habilitados em Minas Gerais: 178 CAPS, sendo que dos 853 municípios somente 248 eram elegíveis para implantação, conforme os critérios populacionais, totalizando uma cobertura de 0,95 CAPS por 100 mil habitantes, o que é considerado um índice bom; 2 Equipes de Consultório na Rua na modalidade I, 10 equipes na modalidade II e apenas 1 na modalidade III; 2 Unidades de Acolhimento Adulto e 2 Unidades de Acolhimento Infantil; 69 Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados, perfazendo um total de 525 moradores, sendo que haviam 116 em funcionamento mas não habilitados; 42 hospitais de referência com leitos de saúde mental habilitados, totalizando 176 leitos; 623 beneficiários do Programa Volta para Casa e 77 iniciativas de trabalho de geração e renda do Componente de Reabilitação Psicossocial (Ministério da Saúde, 2015).

Há alguns desafios que precisam ser superados, pois Minas Gerais ainda conta com 13 hospitais psiquiátricos e um total de 1798 leitos SUS nesses hospitais. Essa situação denota que a RAPS precisa se esforçar e organizar o cuidado em saúde mental visando às estratégias de desinstitucionalização (Ministério da Saúde, 2015).

De acordo com o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [SCNES], o município de Ubá possui os seguintes componentes da RAPS: 19 equipes de Estratégia de Saúde da Família [ESF] e 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família [NASF], na rede de atenção básica em saúde; 1 CAPS II e 1 CAPS AD III na atenção especializada em saúde mental; uma Base Descentralizada do SAMU na atenção de Urgência e Emergência; 6 leitos de saúde mental localizados na Casa de Saúde Padre Damião, na atenção hospitalar.

O município pesquisado, no quesito de formação e educação permanente, participou de dois projetos financiados pelo Ministério da Saúde, no âmbito da saúde mental. Um deles foi o projeto “Caminhos do Cuidado” que se configura na qualificação de profissionais, da rede de Atenção Básica à Saúde, a trabalharem em conjunto com saúde mental, levando em conta a realidade local de cada território. E também o projeto “Percurso Formativo na Rede de Atenção Psicossocial”, sendo contemplado como rede visitante, no módulo de desinstitucionalização e sua rede receptora o município de Sorocaba/São Paulo. O intercâmbio teve como objetivo a troca de experiências e saberes entre os profissionais, conforme o módulo de formação (Ministério da Saúde, 2015; Minas Gerais, 2015).

## **Registro das ações dos Centros de Atenção Psicossocial**

Segundo a Portaria GM n° 3.462, de 11 de novembro de 2010, é de responsabilidade da gestão do estabelecimento a alimentação dos Bancos de Dados Nacionais do SCNES e do Sistema de Informação Ambulatorial [SIA/SUS] e a falta de registros e/ou atualização nesses sistemas pode determinar a suspensão de recursos federais de custeio dos estabelecimentos. Em 22 de agosto de 2012 foi publicada a Portaria n° 854 que alterou alguns procedimentos da Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, no dia 08 de abril de 2016, o Ministério da Saúde lançou a Nota Técnica n° 037/2016 solicitando a mobilização para melhoria dos procedimentos dos CAPS no SIA/SUS. A mesma esclarece que a Portaria n° 854, de 22 de agosto de 2012, readequou os procedimentos e instrumentos de coleta de dados dos CAPS, valorizando aspectos como intersetorialidade, integralidade do cuidado e o papel da coordenação/matriciamento atribuído aos CAPS na RAPS, criando procedimentos como redução de danos, reabilitação psicossocial, promoção de protagonismo de usuários e outros. Estabelecendo como instrumento de coleta para os procedimentos de CAPS o Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde [RAAS], o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado [BPA/I] e o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado [BPA/C].

A Nota Técnica n° 037/2016 também solicita o esforço dos gestores e profissionais dos CAPS no sentido de: adequar às práticas dos CAPS visando à oferta de cuidado integral, promoção de protagonismo dos usuários, atuação intersetorial e comunitária, além de articulação com outros pontos da rede; comprovar o funcionamento do CAPS por meio da alimentação regular dos procedimentos no SIA/SUS (RAAS, BPA-C e BPA-I); acompanhar o relatório gerencial do SIA/SUS para verificar possíveis erros e problemas que podem comprometer a aprovação dos registros enviados; além de monitorar as ações oferecidas pelo serviço por meio do SIA/SUS (Tabnet ou Tabwin).

## **Resultado e Discussão**

Analisando as ações realizadas, no ano de 2015, pelo CAPS II do município de Ubá, a Portaria n° 336/2002 e a Resolução SES/MG n° 4946/2015, podemos perceber que há uma conformidade entre as ações estabelecidas pelas últimas e as oferecidas pelo CAPS analisado, sendo elas: visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias com objetivo de integração na família e comunidade, oficinas terapêuticas, supervisão e capacitação das

equipes de atenção básica, supervisão de unidades hospitalares, desenvolvimento de ações intersetoriais, elaboração de projeto terapêutico singular e atendimento de usuários em crise.

Dessa forma, foram verificados alguns procedimentos realizados com maior frequência, nos quais se destacaram: as ações de atendimento individual, acolhimento diurno e atendimento em grupo dos pacientes no CAPS. Assim, podemos sinalizar esses procedimentos como grandes pontos fortes do CAPS analisado, pois os usuários inseridos nessas ações, em um regime mais intensivo, provavelmente tenderão a diminuir a medicação, reduzir as crises e conseqüentemente as intercorrências que levam as internações hospitalares (Tomasi *et al.*, 2010).

Portanto, esses avanços denotam que é possível ter uma nova forma de assistência, com cuidado individualizado, práticas intersetoriais, promoção do cuidado no território e inserção social que evitam a reprodução das marcas da cultura asilar e das práticas criadoras de cronicidades (Neto & Amarante, 2013).

Entretanto, também foram elencados alguns pontos que obtiveram uma menor frequência, como: fortalecimento do protagonismo dos usuários, acolhimento inicial e matriciamento das equipes dos pontos da urgência, emergência e serviços hospitalares.

No que diz respeito à realização de apenas uma ação voltada para o fortalecimento do protagonismo dos usuários no CAPS analisado, podemos considerar que a participação social é muito recente no nosso país, garantida legalmente no ano de 1990 pela Lei nº 8.142. Além disso, encontra-se a dificuldade de fomentar o protagonismo de um “usuário de saúde mental” marcado pela exclusão e incapacidade de gerir sua própria vida. O que indica a necessidade de mais debates e pesquisas em torno da participação que é possível e desejável nessa área, no âmbito do SUS. Em pesquisa, realizada no Rio Grande do Sul, foi apontado que há processos que constroem o protagonismo e mantém a passividade dos usuários, com certo enrijecimento e hierarquização entre os profissionais e os usuários; entretanto, também foi relatado que existem espaços participativos potentes, mas que ainda não foram percebidas as riquezas que produzem. De qualquer forma, o indicativo analisado nos faz apurar a necessidade de espaços participativos dos usuários, tanto para que eles sejam protagonistas de suas próprias vidas quanto para que a sociedade seja capaz de acolher a diferença radical da loucura (Costa & Paulon, 2012).

Em relação ao acolhimento inicial, um estudo verificou que há dificuldades dos profissionais em acolherem e escutarem o sofrimento alheio, levando muitas vezes a uma prescrição de medicamentos como forma de diminuir a angústia ou o choro do usuário

(Minóia & Minozzo, 2015). Porém, outro estudo demonstrou que os profissionais não possuem a mesma percepção sobre a definição de acolhimento, alguns restringiram o conceito a uma mera triagem (Scheibelb & Ferreira, 2011). Dessa forma, interroga-se até qual ponto o acolhimento inicial no CAPS analisado foi realizado de forma insuficiente ou se houve um sub-registro dessa ação por razões de equívocos na caracterização do procedimento.

No que diz respeito às ações de matriciamento, podemos considerar que sua realização de forma efetiva promove uma organização da atenção á saúde no SUS, atuação multiprofissional, ligação entre os diversos serviços e consequente ampliação e potencialização do cuidado perante os casos clínicos em saúde mental (Silva & Dimenstein, 2014; Pinto *et al.*, 2012) Em relação a essa ação na urgência e emergência, podemos ponderar que o SAMU tem apresentado dificuldades em cumprir o seu papel mediante as solicitações de apoio á equipe do CAPS (Silva & Dimenstein, 2014).

Diante desses entraves os usuários podem deparar com fragmentações no fluxo da atenção que, muitas vezes, podem ser somados a baixa cobertura dos serviços de saúde que caracterizam ainda mais a fragmentação do cuidado (Pinto *et al.*, 2012).

Cabe ressaltar, que existe uma dificuldade em avaliar a totalidade da qualidade oferecida pelos serviços de saúde mental. Pois há aspectos subjetivos, envolvidos em todo o processo, que perpassam as análises dos procedimentos realizados pelos serviços (Oliveira *et al.*, 2014; Luzio & Yasui, 2010).

### **Considerações finais**

Assim, as ações do Centro de Atenção Psicossocial [CAPS, modalidade II], estão em conformidade com os princípios da atual Política Nacional de Saúde Mental, com desenvolvimento de ações intersetoriais, multidisciplinares, de promoção e prevenção de agravos, além de assistência aos usuários em crise. Enfim, o Centro de Atenção Psicossocial [CAPS, modalidade II] tem oferecido ações indispensáveis ao novo modelo assistencial, contribuindo para a ruptura do paradigma psiquiátrico.

## Referências

- Alverga, A.R., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 299-316.
- Amarante, P. (1995a). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Caderno de Saúde Pública*, 11(3), 491-494.
- Amarante, P. (1995b). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brasil. (2001). *Lei Federal n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Recuperado em 7 de maio de 2016, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)
- Costa, D.F.C., & Paulon, S.M. (2012). Participação social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em Debate*, 36(95), 572-582.
- Ferro, L.F. (2009). Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos – construindo no presente um futuro sem manicômios. *Psicologia e Ciência da Profissão*, 29(4), 752-767.
- Lancetti, A., & Amarante, P. (2006). Saúde Mental e saúde coletiva. In G.W.S. Campos, M.C.S. Minayo, M. Akerman, M. Jr. Drumond, & Y.M. Carvalho (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 615-633). São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz.
- Luzio, C.A., & L'Abatte, S. (2009). A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 105-116.
- Luzio, C.A., & Yasui, S. (2010). Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 17-26.
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Recuperado em 16 maio, 2016, de [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)
- Minas Gerais. (2015). *Projeto Caminhos do Cuidado em Minas Gerais: Relatório Final*. Recuperado em 4 julho, 2016, de <http://www.caminhosdocuidado.org/>
- Ministério da Saúde. (2015). *Saúde Mental em Dados*. Recuperado em 9 maio, 2016, de [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)
- Minóia, N.P., & Minozzo, F. (2015). Acolhimento em saúde mental: operando mudanças na atenção primária à saúde. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 35(4), 1340-1349.
- Miranda, L., Oliveira, T.F.K., Santos, C.B.T. (2014). Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 34(3), 592-611.

Neto, M.L.A., & Amarante, P.D.C. (2013). O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 33(4), 964-975.

Nota técnica n. 037 (2016, 08 abril). Solicita mobilização para melhoria dos registros de procedimentos dos Centros de Atenção Psicossocial no SIA-SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF.

Oliveira, M.A.F., Cestari, T.Y., Pereira, M.O., Pinho, P.H., Gonçalves, R.M.D.A., & Claro, H.G. (2014). Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. *Saúde Debate*, 38(101), 368-378.

Pinto, A.G.A., Jorge, M.S.B., Vasconcelos, M.G.F., Sampaio, J.J.C., Lima, G.P., Bastos, V.C., & Sampaio, H.A.C. (2012). Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 653-660.

Pitta, A.M.F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589.

Portaria n. 336 (2002, 19 fevereiro). Regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF.

Portaria n. 3462 (2010, 11 novembro). Estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF.

Portaria n. 3088 (2011, 23 dezembro). 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. *Diário Oficial da União*, nº 251, Brasília-DF.

Portaria n. 854 (2012, 22 agosto). Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF.

Resolução n. 4946 (2015, 13 outubro). Estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão do incentivo financeiro mensal para os Centros de Atenção Psicossocial em suas diversas modalidades. *Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais*, Belo Horizonte-MG.

Rotelli, F. (1990). A instituição inventada. In F. Rotelli., O. Leonardis, D. Mauri, & C. Risio. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

Scheibel, A., & Ferreira, L.H. (2011). Acolhimento no CAPS: Reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(4), 966-983.

SCNES - Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (n.d.). *Estabelecimento de Saúde do Município de Ubá*. Recuperado em 17 maio, 2016, de [http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=31&VCodMunicipio=316990&NomeEstado=MINAS%20GERAIS](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=31&VCodMunicipio=316990&NomeEstado=MINAS%20GERAIS)

SIGTAB - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (n.d.). *Consulta de Procedimentos*. Recuperado em 18 maio, 2016, de <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

Silva, M.L.B., & Dimenstein, M.D.B. (2014). Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(3), 31-46.

TabWin - Tabulador para Windows (n.d.). *Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada*. Recuperado em 19 maio, 2016, de arquivo C:\TabWin\SIA\PA\*.DBC

Tomasi, E., Facchini, L.A., Piccini, R.X., Thumé, E., Silva, R.A., Gonçalves, H., & Silva, S.M. (2010). Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Caderno de Saúde Pública*, 26(4), 807-815.

Torre, E.H.G., & Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 73-85.

tays.moura - Yahoo Mail x Submissões Ativas x

https://revistaptp.unb.br/index.php/ptp/author

# PSICOLOGIA: TEORIA E PESQUISA

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL ANTERIORES NOTÍCIAS

Capa > [Último](#) > [Autor](#) > [Submissões Ativas](#)

## SUBMISSÕES ATIVAS

ATIVO ARQUIVO

ID	INÍCIO ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
3734	07-04	EE	da Silva, Paula Junier, Araújo	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): AÇÕES...	Aguardando designação

1 a 1 de 1 itens

**INICIAR NOVA SUBMISSÃO**  
CLIQUE AQUI para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

ISSN: 1806-3446

**USUÁRIO**  
 Legado como: [dsonato](#)  
 Meu perfil: [Meu perfil](#)  
[Perfil](#)  
[Sair do sistema](#)

**AUTOR**  
[Submissões](#)  
[Ativo \(1\)](#)  
[Arquivo \(0\)](#)  
[Nova submissão](#)

**CONTEÚDO DA REVISTA**  
 Pesquisa  
  
 Todos  
  
 Procura:  
[Por Edição](#)  
[Por Autor](#)  
[Por título](#)  
[Outras revistas](#)

**INFORMAÇÕES**  
[Para leitores](#)  
[Para Autores](#)  
[Para Bibliotecários](#)

[Ajuda do sistema](#)

OPEN JOURNAL SYSTEMS

POR 12:41  
PTB2 17/09/2016