

AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA E PROCESSO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL¹

Luciane Prado Kantorski*
Vanda Maria da Rosa Jardim**
André Luis Alves de Quevedo***

RESUMO

O objetivo deste artigo foi avaliar a estrutura e processo de Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. Consiste em um estudo descritivo realizado em trinta serviços a partir dos resultados obtidos dos questionários autoaplicados aos coordenadores. Os dados coletados de maio a junho de 2006 sofreram dupla digitação, limpeza, controle de qualidade e as análises foram realizadas nos softwares Epi Info 6.04 e Stata 7. Os resultados foram comparados aos parâmetros do Ministério da Saúde. A análise indicou que os Centros de Atenção Psicossocial estudados têm uma estrutura física adequada, contam com recursos humanos de acordo, e/ou superior, com o preconizado. Em relação aos recursos humanos, identifica-se, nos serviços, a presença de 100% de psicólogos, 93% de psiquiatras, e 76,7% de enfermeiros. No que se refere à alimentação, 94% dos serviços disponibilizam, ao menos, uma refeição diária. E apenas 50% dos serviços funcionam segundo a lógica do território. Avaliando os serviços do estudo em relação à estrutura e processo, concluímos que estes estão se adequando às diretrizes do Ministério da Saúde para a área temática de Saúde Mental, e apontam para sua sedimentação enquanto unidades de saúde dentro do processo de reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde Mental. Reabilitação. Avaliação de Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

O cuidado à pessoa em sofrimento psíquico passou por diversas transformações no mundo e na sociedade brasileira. Desde a concepção da loucura como “mal”, conseguiu-se chegar a um patamar em que se reconhece essa como um sofrimento que necessita de um cuidado ampliado no território, segundo a lógica da atenção psicossocial.

Esse prisma alcançou os diversos setores da organização social, incluindo as políticas de saúde pública, as quais transformaram o modelo de cuidado em saúde mental no país, no sentido de substituir uma psiquiatria centrada no hospital por um cuidado sustentado em serviços diversificados e comunitários, numa perspectiva de rede⁽¹⁾.

Tal reformulação, inicialmente, foi pautada na luta de trabalhadores e familiares, e, posteriormente, de diferentes setores da sociedade, que, após anos de acompanhamento do descaso e privação de direitos humanos à pessoa em sofrimento psíquico, pela instituição

manicomial, decidiram mudar a forma de enfrentar a loucura no espaço do cotidiano⁽²⁾.

A proposta espelhou-se no que se intitula reforma psiquiátrica. Esta propõe a superação do manicômio, por meio de serviços de base comunitária em rede, visando à construção da intervenção terapêutica no contexto social do indivíduo⁽³⁾. Esta modificação no modelo assistencial, por meio da abordagem focada na promoção e na reabilitação, busca romper com o modelo de segregação, propondo um cuidar em liberdade a pessoa em sofrimento psíquico⁽⁴⁾.

A Portaria GM nº 336/2002⁽⁵⁾, como norma legislativa, ganha ênfase dentro do processo de reforma psiquiátrica, uma vez que redireciona o financiamento em saúde mental, de um modelo hospitalar para um modelo comunitário. Do mesmo modo, define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), caracterizando estes como espaços substitutivos de cuidado em liberdade à pessoa em sofrimento psíquico, buscando concretizar a atenção psicossocial no Brasil, embasada no modelo de desinstitucionalização italiana.

¹Estudo extraído da Pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL), Edital Ministério de Ciência e Tecnologia-CNPq / Ministério da Saúde – SCTIE-DECIT / CT-Saúde 07/2005.

*Enfermeira, Doutora em Enfermagem (EERP/USP), Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem/UFPel. Pelotas/RS/BRA. E-mail: kantorski@uol.com.br

**Enfermeira, Doutora em Enfermagem (UFSC), Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem/UFPel. Pelotas/RS/BRA.

***Enfermeiro formado pela Faculdade de Enfermagem/UFPel.

Considerando que a avaliação é um processo sistemático e objetivo, que analisa a efetividade de uma determinada prática a partir de objetivos específicos, visando a dar uma nova orientação para a melhora de sua viabilidade⁽⁶⁾, a pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL)⁽⁷⁾ foi pautada pela necessidade de avaliar os CAPS, enquanto novas modalidades de atenção, acompanhando o trabalho de construção e efetivação de uma política pública baseada nos saberes e práticas de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, engajadas em reinserir o usuário na sociedade, e tornar uma realidade a humanização do cuidado.

Este artigo teve por objetivo avaliar a estrutura e processo de Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil, tendo como base os dados obtidos a partir de coordenadores dos serviços e os parâmetros do Ministério da Saúde, dentre eles, a Portaria GM nº 336/2002⁽⁵⁾.

METODOLOGIA

A pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL) constituiu-se de dois estudos, um qualitativo e um quantitativo. O estudo de avaliação quantitativa possui abordagem epidemiológica norteadas por Donabedian⁽⁶⁾, na análise da estrutura, do processo e do resultado. Segundo o autor, a avaliação acerca da qualidade da atenção pode orientar a exploração dirigida às estratégias mais efetivas em um processo de reestruturação dos serviços. Nesse sentido, o estudo quantitativo avaliou usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores. Neste artigo, discute-se o eixo de coordenadores em relação ao processo e à estrutura.

De um total de 102 CAPS cadastrados junto ao Ministério da Saúde no ano de 2005, na Região Sul do Brasil, foi sorteada aleatoriamente uma amostra de 30 CAPS, que respeitou a proporcionalidade de serviços por estado e por tipo de CAPS (I ou II), resultando em: 3 CAPS no Paraná; 9 em Santa Catarina e 18 no Rio Grande do Sul.

No instrumento, as questões referentes a aspectos da estrutura e do processo foram construídas a partir das orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde, dentre outras, a

Portaria GM nº 336/2002⁽⁵⁾. Os dados foram coletados por 14 entrevistadores, previamente treinados no período de 08 de maio a 20 de junho de 2006, sob a coordenação de dois supervisores.

Os coordenadores de 30 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de 30 municípios da Região Sul do Brasil, responderam a um questionário autoaplicado, buscando alcançar os seguintes objetivos específicos: identificar as condições estruturais relacionadas à área física, recursos humanos, materiais e aspectos de processo, como oferta de serviço e atuação no território nos CAPS da Região Sul do país.

Os questionários foram codificados pelo entrevistador, e os dados do campo sofreram dupla digitação, por digitadores independentes, no *software* EPI-INFO 6.04. A limpeza dos dados ocorreu por comparação dos dois arquivos, e avaliação de erros de amplitude e consistência. A base de dados foi utilizada para as correções necessárias, e as análises univariadas foram realizadas no *software* STATA 7.

O controle de qualidade foi realizado na aplicação dos instrumentos de coleta: por meio da checagem de cada entrevistador ao final da entrevista; na revisão realizada pelos supervisores ao receber o questionário; na replicação de 5% das entrevistas realizadas; na entrada de dados: por meio da dupla digitação, checagem e mapa de consistência. A discussão foi sustentada pelas orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde, dentre elas, a Portaria GM nº 336/2002⁽⁵⁾, e pela literatura vigente. O estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, tendo obedecido a todos os requisitos para sua aprovação, conforme Ofício 074/2005.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão dos dados, apresentaremos os resultados e discussão em estrutura e processo dos Centros de Atenção Psicossocial.

Avaliação de estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial

O Artigo 2º da Portaria GM nº 336/2002 do Ministério da Saúde relata que a natureza dos

Centros de Atenção Psicossocial deve ser jurídica pública, o que está de acordo com o resultado apontado pelos 30 coordenadores entrevistados. No Artigo 3º, que se refere à independência da área física específica dos CAPS da estrutura hospitalar, 100% dos coordenadores afirmam que os serviços seguem esta lógica.

A Portaria GM nº 336/2002 do Ministério da Saúde prevê os CAPS como serviços substitutivos, que realizam prioritariamente o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes, em sua área territorial. Ainda, esses dispositivos são distinguidos com base em seu tamanho, complexidade e abrangência populacional^(5, 8-11).

Segundo a Portaria GM nº 336/2002 do Ministério da Saúde, no Artigo 1º, complementado no Artigo 4º, CAPS I são serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; e CAPS II, serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.

Na literatura, relata-se que esses dispositivos devem oferecer aos usuários espaços de atenção em saúde mental, articulados com a atenção básica em saúde, hospitais; e, ainda, de suporte social, como: trabalho, lazer, lares abrigados, e atendimento dos assuntos previdenciários e de outros direitos^(3-5, 12).

Sabendo-se que os CAPS devem constituir-se como serviços comunitários de atenção diária e funcionar segundo a lógica do território, neste estudo, constatou-se, segundo os coordenadores, que 50% dos serviços não seguem esta organização.

Em nossa avaliação, tal fato é uma limitação importante, que necessita de avanço. Salientamos que utilizar o território, reconhecendo-o além do limite geográfico, incluindo sua dimensão afetiva, existencial, cultural, econômica, social, legislativa, política, entre outras⁽¹³⁾, gera possibilidades objetivas de o CAPS conhecer sua população adscrita, estabelecer vínculo, trabalhar com a lógica da vigilância em saúde, enfim, responder com ofertas mais adequadas às necessidades da população.

Na alínea 4.1 f da Portaria GM nº 336/2002, em que se lê que os CAPS devem funcionar no período de 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, observa-se, pelos dados obtidos, que apenas 60% dos serviços seguem essa lógica. Constata-se, ainda, que 36,7% presta atendimento no horário das 8h às 12h e das 14h às 18h, e 3,7% das 8h às 11:30h e das 13:30h às 16:30h.

Em relação ao horário de funcionamento do CAPS, em que é apontado que 36,7 % dos coordenadores e da equipe atendem à sua clientela no período das 8h às 12h e das 14h às 18h, avalia-se que esta interrupção do atendimento, no intervalo de almoço, compromete a continuidade do cuidado, especialmente daqueles usuários que porventura necessitem de uma atenção intensiva. Também salienta-se que o momento da refeição é de extrema importância na aquisição de hábitos saudáveis alimentares, comportamentais, de compartilhamento coletivo, e de convivência.

Nesse sentido, verifica-se que o CAPS tende a repetir a organização das unidades de saúde tradicionais, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios e centros de saúde, ao invés de diferenciar-se, justamente por ter de assumir um cuidado em saúde mental que tem em vista reinserir as pessoas na vida. E, essa lógica desse horário de funcionamento também se afirma, historicamente, nas primeiras normatizações legais da atenção psicossocial brasileira, como a Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, na qual se lê, no artigo 2.1, que os CAPS/NAPS podem estruturar seu funcionamento em um ou dois turnos de 4 horas. Essa determinação de funcionamento é atualizada na Portaria GM nº 336/2002⁵, normatizando o horário de atendimento para CAPS I e II no período de 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana.

Acerca das refeições, é estabelecido pela Portaria que os usuários que frequentam o CAPS em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; e os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. Na análise dos questionários, apareceu que 93,33% dos serviços oferecem alimentação, sendo que 73,08% disponibilizam café; 37,5%, lanche da manhã; 88,89% oferecem almoço; e 96,43%, lanche da tarde.

Segundo os coordenadores, nenhum dos CAPS I e II estudados oferece janta e lanche noturno, o que se justifica frente ao horário de funcionamento, conforme a Portaria GM nº 336/2002 do Ministério da Saúde e o tipo de CAPS. Ainda, apenas 10% dos CAPS têm cardápio especial para hipertensos e 23,3% para diabéticos.

A normatização ministerial preconiza uma equipe mínima para o funcionamento do CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) a 30 (trinta) usuários por turno, em regime de atendimento intensivo; e CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) a 45 (quarenta e cinco) usuários por turno, em atendimento intensivo. Em comparação aos dados obtidos, temos:

Tabela 1. Distribuição dos recursos humanos dos CAPS da Região Sul, conforme coordenadores, Brasil, 2006*.

Profissional	Número (p)	Porcentagem
Médico generalista (1-2)	12	40%
Psiquiatra (1-4)	28	93,3%
Enfermeiro generalista (1-2)	23	76,7%
Enfermeiro com formação em saúde mental (1-2)	8	26,6%
Psicólogo (1-7)	30	100%
Assistente social (1-2)	26	86,7%
Terapeuta ocupacional (1-4)	19	63,3%
Pedagogo (1-3)	8	26,6%
Téc./Aux. de enfermagem (1-5)	25	83,3%
Téc. administrativo (1-4)	23	76,6%
Téc. educacional/ocupacional (1)	5	16,7%
Artesão (1-3)	9	30%

*Profissionais listados conforme a Portaria GM nº 336/2002 do Ministério da Saúde
Fonte: CAPSUL, 2006.

No que se refere aos recursos humanos, especificamente ao profissional médico, segundo a Portaria GM nº 336/2002, CAPS I deve contar com médico com formação em saúde mental, e o CAPS II com médico psiquiatra. No estudo, encontrou-se a presença de médico psiquiatra em 93,3% dos CAPS, o que extrapola numericamente o exigido pela Portaria. No entanto, em relação à carga horária, há limites nesse dado, tendo em vista que, apesar da maior parte dos CAPS contar com médico psiquiatra, e os demais com médico generalista, o tempo que este profissional fica efetivamente no serviço, assim como os demais profissionais, neste recorte, não foi avaliado.

Com relação ao profissional enfermeiro, esperava-se encontrar 50% de enfermeiro generalista (CAPS I) e 50% com formação em saúde mental (CAPS II). No estudo, temos que 76,7% dos serviços têm de um a dois enfermeiros, enquanto que apenas 26,8% têm

enfermeiro com formação em saúde mental. Ressalta-se, ainda, a categoria profissional da psicologia, que se sobressai sobre os demais profissionais, apresentando 100% de psicólogos nos CAPS (1 a 7 profissionais por serviço).

Em relação à estrutura física, aproximadamente 36,7% dos coordenadores desconhecem a área física dos serviços que coordenam. Entre os 19 CAPS que referiram área física, os valores apresentaram uma média de 287,48 m², variando entre 170 e 658,44 m². Entre os coordenadores, 40% referiram que o número de salas está adequado à demanda dos serviços.

Quanto ao espaço físico para a realização de oficinas estruturadas e equipadas nos CAPS da Região Sul, os coordenadores responderam que, em seus serviços, 63,3% estão adequados. A tabela 2 apresenta a distribuição de salas disponíveis nos CAPS, conforme sua utilização

Tabela 2. Disponibilidade de salas de atividades, conforme coordenadores, nos CAPS da Região Sul, Brasil, 2006.

Salas	Número (p)	Porcentagem (%)
Sala de atendimento individual e coletivo (3-12)	30	100%
Sala de atendimento individual (1-7)	30	100%
Sala para atividades coletivas (1-5)	30	100%
Salas de enfermagem/procedimento (1-2)	28	93,3%
Leito (1-3)	18	59,9%
Banheiro (1-7)	30	100%
Cozinha (1)	30	100%
Refeitório (1-2)	28	93,3%

Fonte: CAPSUL, 2006.

Quanto à adequação da estrutura física para portadores de necessidades especiais, nos 30 serviços estudados, apenas 33,3% têm sua infraestrutura adequada, o que se confirma pela presença de rampa em apenas 40% dos CAPS. Ainda na estrutura, segundo os coordenadores, 83,3% dos CAPS têm pátio; 46,7% contam com horta; 67,7% dizem ter jardim; 20,0% têm área para atividades; e 16,7% têm área externa coberta no espaço físico do serviço.

Sabe-se que o espaço físico influencia no atendimento prestado. Nesse sentido, pensa-se a ambiência que se refere ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que proporciona atenção acolhedora, resolutiva e humana. A ambiência na arquitetura dos espaços da saúde vai além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, considera as situações que são construídas.⁽¹⁴⁾

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, a estrutura física mínima em que um CAPS deve operar configura-se em: consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); salas para atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; refeitório; sanitários; área externa para oficinas, recreação e esportes. No estudo quantitativo da pesquisa de avaliação de CAPS da Região Sul do Brasil, segundo os coordenadores, os serviços analisados apresentam tais espaços em sua estrutura física.

Quanto às salas de atendimento que aparecem relacionadas na tabela 2, deste artigo, vê-se que os CAPS estão trabalhando com grupos, oficinas

e não somente com atendimentos individuais, o que os caracteriza como serviços de saúde comunitária que procuram ampliar e otimizar os instrumentos de trabalho.

No que se refere à utilização de outros espaços da comunidade pelo CAPS, os coordenadores afirmaram que, em 18 dos 30 serviços, existem atividades desenvolvidas no território. Essa inclusão está distribuída da seguinte forma: ginásio e quadra poliesportiva (50%), salão de festas (36,7%), atelier de arte (13,3%), Centro de Tradições Gaúchas/CTG (6,7%) e academia (3,3%).

Pensando na articulação com o território, 70% dos coordenadores referiram que existem relações formais ou informais com diferentes setores e serviços da sociedade. Entre eles, rede básica, 96,7%; outras instâncias de articulação, serviços de saúde (Pronto Atendimento, Hospital Geral, Hospital de Custódia, Hospital Psiquiátrico, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU, Unidades Básicas de Saúde/UBS, outros Centros de Atenção Psicossocial/CAPS, Estratégia Saúde da Família/ESF, Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS e equipes matriciais), 30%; Instituições públicas e privadas (Instituto Nacional do Seguro Social/INSS, Conselho Tutelar, Fórum, Promotoria, Brigada Militar, Judiciário, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria de Assistência Social, Câmara de Vereadores, Comissão Municipal de Saúde Mental, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Secretaria de Habitação, e

demais secretarias, universidades, escolas, Cursos Técnicos, Rede de Profissionalização: Serviço Social do Comércio/SESC, Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial/SENAC, Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial/SENAI, Site Nacional de Empregos/SINE; Clubes em geral), 36,7%.

Quanto aos mecanismos para evitar internações em hospitais psiquiátricos, 20 serviços (66,7%) apontaram realizar tais estratégias, sendo que os locais de encaminhamento na crise são: pronto socorro (20%), internação em hospital geral (16,7%) e emergência psiquiátrica (6,7%).

Ainda, constatou-se que 100% das Secretarias de Saúde, e/ou os CAPS, fornecem as medicações prescritas (psicofármacos), sendo que os medicamentos mais distribuídos são: 100% (Clorpromazina; Haloperidol; Carbamazepina; Amitriptilina; Biperideno), de 93,3% a 96,7% (Fenobarbital; Fenitoína;

Diazepan; Carbonato de lítio; Prometazina; Imipramina).

Avaliação de processo dos Centros de Atenção Psicossocial

No Artigo 4º da Portaria GM nº 336/2002, são citadas as atividades que devem ser oferecidas nos CAPS, a saber: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade, e sua inserção familiar e social. No estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil, foram apontadas pelos coordenadores as seguintes atividades (Tab.3):

Tabela 3. Oferta de serviços realizados pelos CAPS da Região Sul do Brasil, 2006*.

Atividade proposta	Número (p)	Porcentagem (%)
Atendimento individual no serviço	30	100%
Atendimento individual no domicílio	28	93,3%
Atendimento individual psicoterápico	30	100%
Atendimento em grupos via psicoterapia	22	81,48%
Atendimento em grupos via grupo operativo	21	80,77%
Atendimento em grupos via atividades de suporte social (Cidadania/Educação/Fam.)	4	13,3%
Atendimento em oficinas terapêuticas	30	100%
Atendimento de orientação à família	29	96,67%
Atendimento em grupos à família	23	76,67%
Realização de assembleias	21	71%
Realização de Visita Domiciliar	29	96,7%

*Atividades propostas pela Portaria GM nº 336/2002 do Ministério da Saúde
Fonte: CAPSUL, 2006.

Igualmente segundo os coordenadores, as principais oficinas terapêuticas realizadas nos serviços são: artes (86,7%), higiene e cuidados especiais (80%), música (63,3%), geração de renda (56,7%), dança (46,7%), estudo/cultura/comunicação (26,7%) e exercícios/passeios/diversão (13,3%). Quanto ao

transporte para a realização das visitas domiciliares, em 20 dos serviços, 90,0%, há referência de tal meio de transporte para essa atividade.

Com relação ao atendimento à família, os coordenadores destacam o trabalho com grupo de familiares, explicitando os seus enfoques: espaço

de discussão do manejo do usuário (73,3%); abordagem do tratamento do usuário (73,3%); ênfase em apoio psicológico estimulando interação da família e do usuário (76,67%); abordagem na patologia do usuário (70%).

Discutindo as atividades desenvolvidas pelo CAPS no atendimento à família, verifica-se que os serviços trabalham com o familiar num enfoque voltado ao cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, secundarizando as demandas específicas, sofrimentos e sobrecarga do familiar. Assim, o familiar ao invés de ser igualmente considerado como protagonista neste processo é visto como um instrumento de extensão do cuidado àquele que sofre psiquicamente, limitando-se a possibilidade de olhar para esta família e suas vivências frente ao sofrimento psíquico.

Nesse sentido, faz-se necessário avançar nas práticas de atenção às famílias das pessoas em sofrimento psíquico, reconhecendo-as, primeiramente, como sujeitos, e não somente cuidadores, tecendo outros diálogos para uma produção de saúde efetiva⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados de estrutura dos CAPS da Região Sul do Brasil, tendo como parâmetro de avaliação a normatização do Ministério da Saúde, como a Portaria GM nº 336/2002, pode-se afirmar que os Centros de

Atenção Psicossocial avaliados estão adequados com relação à sua estrutura física e recursos humanos. Referente ao processo, o atendimento ao usuário mostrou-se eficaz, sendo que o cuidado à família ainda precisa ser direcionado ao cuidador. Assim, os serviços estudados apresentam-se, em sua grande maioria, condizentes às diretrizes da Coordenação Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, a qual preconiza a atenção psicossocial como forma de cuidar e tratar a pessoa em sofrimento psíquico no território brasileiro.

Ressalta-se que as Portarias e Leis vigentes que regem a saúde mental, com vistas à Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial, são mais recentes que o Sistema Único de Saúde (SUS); contudo, sinalizam para uma sedimentação de seus serviços, repensando suas práticas, com vistas a um melhor cuidado prestado à pessoa em sofrimento psíquico, qualificando, assim, a saúde da população como um todo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e ao Ministério da Saúde pelo apoio financeiro, o qual propiciou a realização da Pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL), da qual os dados deste artigo foram extraídos.

ASSESSMENT OF THE STRUCTURE AND PROCESS OF PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS OF SOUTHERN BRAZIL

ABSTRACT

The objective of this article was to evaluate the structure and process of Psychosocial Care Centers from Southern Brazil. It consists of a descriptive study conducted in thirty services, from the results of self-applied questionnaires to the coordinators. The data collected from May to June of 2006, suffered double typing, cleaning, quality control and the analysis were performed in Epi Info 6.04 software and Stata 7. The results were compared to the Ministry of Health parameters. The analysis indicated that the Psychosocial Care Centers studied, have an adequate physical infrastructure, count in accordance with human resources, and/or higher, with the recommendations. In relation to human resources in duty, it is identified the presence of 100% of psychologists, 93% of psychiatrists and 76.7% of nurses. And when it comes to feeding 94% of services provide at least one meal daily. Only 50% of services operate on the logic of territory. Assessing the services of the study in relation the structure and process we find that they are adapting to the Ministry of Health guidelines for the area of Mental Health, and they point to its sedimentation as health units in the process of psychiatric reform.

Keywords: Mental Health. Rehabilitation. Health Services Evaluation.

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA Y LOS PROCESOS DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE LA REGIÓN SUR DE BRASIL

RESUMEN

El objetivo de este artículo fue el de evaluar la estructura y el proceso de Centros de Atención Psicossocial de la

Región Sur de Brasil. Consiste en un estudio descriptivo realizado en treinta servicios a partir de los resultados obtenidos de los cuestionarios auto-aplicados a los coordinadores. Los datos recolectados de mayo a junio de 2006 sufrieron doble digitación, limpieza, control de calidad y los análisis fueron realizados en los softwares Epi Info 6.04 y Stata 7. Los resultados fueron comparados a los parámetros del Ministerio de la Salud. El análisis indicó que los Centros de Atención Psicosocial estudiados tienen una estructura física adecuada, cuentan con recursos humanos de acuerdo, y/o superior, con lo preconizado. En relación a los recursos humanos, se identifica, en los servicios, la presencia de 100% de psicólogos, 93% de psiquiatras y 76,7% de enfermeros. En lo que se refiere a la alimentación, 94% de los servicios disponen, al menos, una comida diaria. Y sólo 50% de los servicios funcionan según la lógica del territorio. Evaluando los servicios del estudio en relación a la estructura y proceso, concluimos que éstos están adecuándose a las directrices del Ministerio de la Salud para el área temática de Salud Mental, y apuntan para su sedimentación como unidades de salud dentro del proceso de reforma psiquiátrica.

Palabras clave: Salud Mental. Rehabilitación. Evaluación de Servicios de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc saúde colet*. 2011; 16(12):4579-89.
2. Amarante P, Diaz FS. Os movimentos sociais na Reforma Psiquiátrica. *Cad Bras Saúde Mental*. 2012; 4(8):83-95.
3. Dimenstein M, Amorim AKA, Araújo AC, Sales ALLF, Almeida CV, Almeida KS. Participación y redes de cuidado entre usuarios de servicios de salud mental en el nordeste brasileño: mapeando dispositivos de reinserción social. *Psicol Caribe*. 2012; 29(3):665-85.
4. Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Cienc cuid saude*. 2010; 9(1):28-35.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM no 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (DF); 2002.
6. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
7. Capsul. Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: Relatório/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Ministério da Saúde; Coordenação Luciane Prado Kantorski. Pelotas; 2007. 437p.
8. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 2011.
9. Ballarin MLGS, Miranda IMS, Fuentes ACRC. Centro de atenção psicossocial: panorama das publicações de 1997 a 2008. *Psicol cienc prof*. 2010; 30(4):726-37.
10. Kantorski LP, Jardim VR, Wetzel C, Olschowsky A, Schneider JF, Heck RM, et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Rev saúde pública*. 2009; 43(supl.1):29-35.
11. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H, et al. 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. *Cad saúde pública*. 2010; 26(4):807-15.
12. Henna ES, Abreu LC, Ferreira Neto ML, Reis AOA. Rede de atenção à saúde mental de base comunitária: a experiência de Santo André. *Rev bra. crescimento desenvolv hum*. 2008; 18(1):16-26.
13. Leão A, Barros S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saude soc*. 2012; 21(3):572-86.
14. Kantorski LP, VCCC, Silva ENF, Guedes AC, Cortes JM, Santos F. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(4):2059-66.
15. Tomasi E, Rodrigues JO, Feijó GP, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, et al. Sobrecarga em familiares de portadores de sofrimento psíquico que frequentam Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*. 2010; 34:159-67.
16. Quadros LCM, Gigante DP, Kantorski LP, Jardim VMR. Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(1):95-103.
17. Bandeira M, Calzavara MGP, Castro I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *J bras psiquiatr*. 2008; 57(2):98-104.
18. Kantorski LP, Machado RA, Lemões MAM, Quadros LCM, Coimbra VCC, Jardim VMR. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. *Cienc cuid saude*. 2012; 11(1):173-80.

Endereço para correspondência: Luciane Prado Kantorski. Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Enfermagem. Rua Gomes Carneiro, 01. CEP: 96010-610. Pelotas, Rio Grande do Sul.

Data de recebimento: 11/08/2010

Data de aprovação: 07/10/2013