
CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL: COMPARACIÓN ENTRE EL TRABAJO OFRECIDO Y LA LEGISLACIÓN¹

Patricia Elizabeth Sanz de Alvarez²

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Ernestina Rosendo

Universidad del Salvador (USAL), Argentina

João Carlos Alchieri

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Brasil

RESUMEN. Los Centros de Atención Psicosocial fueron idealizados para reemplazar las prácticas asilares predominantes en los hospitales psiquiátricos. La evaluación de las prácticas realizadas en dichos servicios se torna fundamental para intentar dar garantías sobre la calidad del cuidado ofrecido a los usuarios y alcanzar los objetivos del movimiento de Reforma Psiquiátrica brasileña. Teniendo en cuenta estos aspectos, el objetivo es describir y analizar el tratamiento psicosocial ofrecido en cuatro Centros de Atención Psicosocial de una ciudad en el noreste de Brasil. Se trata de una investigación cualitativa de triangulación metodológica que utilizó el análisis documental de la legislación vigente y el análisis de contenido temático (Minayo, 2009) de las entrevistas realizadas con profesionales de los servicios, con la ayuda del software QDA MINER. Fue observado que los procesos de trabajo se apoyan en pilares asilares: atención centrada en el médico y prescripción psicofarmacológica, así como también la dificultad de los servicios en llevar a cabo actividades en el territorio y centradas en los derechos de los usuarios. Sobre el plan de cuidados se percibe un distanciamiento entre las prácticas diarias de los profesionales y las normativas postuladas.

Palabras-clave: Salud colectiva; centros de atención psicosocial; evaluación en salud.

PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS: WORK OFFERED COMPARED TO LEGISLATION

ABSTRACT. Psychosocial Care Centers were developed as an alternative to the asylum model of mental health care predominant in psychiatric hospitals. The evaluation of service delivery is essential for ensuring quality of care and achieving the goals of the Brazilian psychiatric reform. In view of the above, this study aims to assess and describe the psychosocial treatment provided by four Psychosocial Care Centers in a municipality in the northeast of Brazil. The study used a qualitative research design and methodological triangulation based on documentary analysis of existing legislation and a thematic analysis (Minayo, 2009) of interviews conducted with managers of the centers with the aid of the software package QDA Miner. The findings show that the work processes in place in the centers investigated by this study are grounded in the asylum model of mental health care and a doctor-centered and psychopharmacological approach. This in turn hinders the services' capacity to plan activities focusing on users' rights. With respect to the therapeutic plan, the findings show that there is a gap between the daily practice of health professionals and the standards and regulations envisaged by the legislation.

Keywords: Public health; psychosocial care centers; health evaluation.

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O TRABALHO OFERTADO COMPARADO COM A LEGISLAÇÃO

RESUMO. Os Centros de Atenção Psicossocial foram idealizados para substituir as práticas asilares predominantes nos hospitais psiquiátricos. A avaliação das práticas realizadas nesses serviços tornou-se fundamental na tentativa de garantir a qualidade da assistência ofertada aos usuários e de alcançar as

¹ *Apoio e financiamento:* Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, BEX 9702/13-0

² *E-mail:* patriciaesanz@gmail.com

metas do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Considerando tais aspectos o objetivo é descrever e analisar o tratamento psicossocial oferecido em quatro centros de atenção psicossocial de um município do nordeste brasileiro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de triangulação metodológica que utilizou a análise documental da legislação vigente e a análise de conteúdo temático (Minayo, 2009) de entrevistas realizadas com profissionais dos serviços, com auxílio do software QDA MINER. Observaram-se processos de trabalho apoiados em pilares asilares: médico centrado e psicofarmacológico e dificuldade dos serviços em planejar ações desenvolvidas no território e focadas nos direitos dos usuários. No plano do cuidado foi percebido o distanciamento entre as práticas cotidianas dos profissionais e as normativas postuladas.

Palavras-chave: Saúde coletiva; centros de atenção psicossocial; avaliação em saúde.

Introducción

Los Centros de Atención Psicossocial (CAPS) son dispositivos estratégicos en la consolidación de los cambios operados en la Salud Mental, que promueven la inclusión social de los usuarios del Sistema Único de Salud pública (SUS) con experiencias de sufrimiento psíquico. El uso de la palabra “usuario” en este trabajo, en detrimento de la palabra “paciente”, se relaciona con nuestro modo de concebir a la salud como un derecho humano y social, regulado por relaciones de ciudadanía. El concepto de usuario incluye, no sólo la perspectiva biológica, sino también la psicossocial. Abarca el individuo en todas sus dimensiones, independientemente de la presencia o ausencia de una enfermedad y se refiere a la persona que recibe el tratamiento, prevención o promoción de la salud (Saito, Zoboli, Schweitzer & Maeda, 2013). En ese sentido, los usuarios accionan sus derechos de ciudadanía para acceder a los Servicios de salud.

La Constitución Federal Brasileira, promulgada en 1988, establece en el artículo 196 que la salud es un derecho de todos y deber del Estado. Si bien la constitución define los principios y directrices del Sistema Único de Salud, el detalle de su funcionamiento práctico culminó en 1990 al promulgarse la Ley 8080 (Ministério da Saúde, 2004). El artículo 3º de esta ley incorpora un concepto propio y ampliado de salud, considerando que ésta depende de varios factores que la determinan y condicionan, a saber: el medio físico (las condiciones geográficas, el agua, la alimentación, el tipo de vivienda, etc.); el medio socioeconómico y cultural (la ocupación, renta, nivel educacional, etc.); los factores biológicos (edad, sexo, herencia genética, etc.); y las oportunidades de acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. El cumplimiento de esta legislación y la responsabilidad social asumida por el Estado implica formular e implementar políticas públicas, económicas y sociales que garanticen el acceso de individuos y grupos a las acciones y servicios de salud, un conjunto de propuestas sistematizadas en planes, programas y proyectos destinados a la reforma del sistema de salud, para poder garantizar el acceso universal y la integralidad de las acciones.

El modelo asistencial, substitutivo del modelo hospitalocéntrico, emerge en Brasil en un contexto histórico reformista, influenciado a nivel internacional por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina, de la cual participó junto con Argentina, Chile, México, Uruguay y Nicaragua (Declaración de Caracas, 1990). A nivel local, por la 1ª y 2ª Conferencia Nacional de Salud Mental-CNSM; realizadas en 1987 y 1992 y por la IX Conferencia Nacional de la Salud. Esta última constituyó un marco en el proceso de Reforma Psiquiátrica brasileña por la municipalización de la salud y por la adopción de conceptos como territorio, regionalización de las acciones de salud y equidad, derivados del ideario de la Reforma Sanitaria. Son estas las acciones que verdaderamente posibilitaron la ruptura con el Modelo Hospitalocéntrico (Ministério da Saúde, 2005).

De acuerdo con Yassui (2006), no es posible pensar en la estrategia implantada por la Reforma Psiquiátrica si no es articulada con el movimiento de Reforma Sanitaria, en diálogo con los movimientos internacionales de cambios por la superación del modelo manicomial. Las directrices de la Reforma Psiquiátrica, comprendidas como un conjunto de transformaciones en las prácticas, en los conocimientos y en los valores sociales y culturales, se inscribieron en la escena nacional como una política pública de Estado, por medio de la Política Nacional de Salud Mental, Alcohol y otras Drogas del SUS.

En 2001 fue firmada la Ley nº10.216 (Ministério da Saúde, 2004) que dispone sobre la garantía de derechos y la protección de las personas que sufren por trastornos mentales, re-direccionando el modelo asistencial de salud mental. Posteriormente ocurrieron considerables avances, como la implantación de servicios substitutivos que propiciaron el cuidado en red de las personas en sufrimiento psíquico por trastornos mentales o por uso de alcohol y otras drogas. Diez años después de la promulgación de la ley, el Decreto 3088 (D3088) (Portaria 3088, 2011) estableció el funcionamiento de la Red de Atención Psicosocial (RAPS), destacándose entre sus componentes el lugar estratégico del CAPS.

El Centro de Atención Psicosocial -CAPS- es uno de los frutos de la reorganización anteriormente presentada, cuando en 1987 fue lanzada la primera instancia intermedia entre el Hospital Psiquiátrico y el Ambulatorio de Salud Mental. Los CAPS fueron legitimados en 2002, por el Decreto Ministerial 336 (D336) (Ministério da Saúde, 2004), como un servicio de atención diaria funcionando según la lógica del territorio. Lo que significa incluir en la estructura de funcionamiento de los CAPS, esencialmente extra-hospitalarios, a la familia, la comunidad y las instituciones integradas a la estrategia de salud mental a través de la educación permanente de sus profesionales, de pasantías, proyectos de extensión universitaria y de investigación (Costa-Rosa, Luzio, & Yasuí, 2001). En el citado decreto se describen tres tipos diferentes: los CAPS I, CAPS II y CAPS III y en las modalidades Trastorno Mental (TM) y Alcohol y Drogas (AD) definidos de acuerdo al orden creciente de su porte/complejidad y abarcamiento poblacional. El tratamiento ofrecido puede ser diario o intensivo, semanal o semi intensivo o mensual o no intensivo. Además, los CAPS III TM, cuentan con camas para el acogimiento de los usuarios con trastorno mental en estado de crisis y funcionan las 24 horas. Mientras que, en el caso de los CAPS III AD, se facilita la desintoxicación también con acogimiento nocturno, inclusive los feriados y fines de semana.

En 2011, por medio de la promulgación del D3088 (Portaria 3088, 2011), que instituye la RAPS con el propósito de crear, ampliar y articular los puntos de atención a la salud para las personas con sufrimiento mental en el ámbito del SUS los CAPS pasaron a ser considerados como puntos de atención psicosocial especializada. Pero, a pesar de ser considerados una conquista social, Bandeira, Pitta y Mercier (1999) alertaban sobre indicios de la insuficiencia y dificultades de estos servicios en consolidar una práctica eficiente que ayude a los pacientes a vivir satisfactoriamente en la comunidad. Organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y locales, como el Ministerio de Salud, han propuesto que se realicen evaluaciones permanentes con el propósito de ofrecer parámetros que permitan evaluar la efectividad de los servicios substitutivos.

La mayor parte de los estudios realizados corresponden a la región Sur y Sudeste de Brasil y evalúan el proceso de trabajo y la asistencia ofrecida a los usuarios (Silva, Melo, & Esperidião, 2012). Algunos autores han afirmado que, a pesar de las dificultades cotidianas, los profesionales desarrollan un trabajo de calidad, creyendo en los resultados positivos de la asistencia por ellos promovida (Mielke, Kantorski, Jardim, & Olschowski, 2009). Muchos otros, han identificado que aunque haya algunas actividades/principios de la reforma psiquiátrica en los servicios substitutivos, todavía existe una valorización de las actividades médico-centradas y alejadas de los principios reformistas (Duarte, Nasí, Camatta, & Scheneider, 2012). Considerando que la evaluación resulta fundamental para garantizar la calidad de la asistencia y alcanzar las metas de la Reforma Psiquiátrica brasileña y que son escasos los datos sobre la realidad del noreste del país, este trabajo tiene por objetivo caracterizar el tratamiento ofrecido a los usuarios adultos de cuatro Centros de Atención Psicosocial localizados en un municipio del noreste brasileño y analizar la pertinencia de los resultados con las normativas vigentes en Salud Mental.

Metodología

El presente trabajo expone resultados parciales de una tesis doctoral³ que se sustenta en el paradigma cualitativo. El trabajo de campo se realizó en un municipio de aproximadamente 800.000

³ Tesis de doctorado en curso, corresponde a la primera autora bajo la dirección de la segunda y la co-dirección del tercer autor.

habitantes, que cuenta con una Red de Atención Psicosocial compuesta por 4 CAPS de adultos, 1 CAPS infantil, 1 Ambulatorio de Salud Mental, 2 Residencias Terapéuticas, 3 Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia, 3 equipos de consultorios de calle, 6 camas en Hospital General y Servicio Móvil de atención a las Urgencias. El escenario investigativo está compuesto por cuatro CAPS que atienden usuarios adultos siendo denominados Servicios 1, 2, 3 y 4 de acuerdo con la descripción presentada (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de los servicios investigados (S1, S2, S3 y S4)

Características	S1	S2	S3	S4
Tipo de Servicio	Trastorno Mental, acogimiento nocturno para atender crisis	Trastorno Mental	Alcohol y otras Drogas, acogimiento nocturno para atender crisis	Alcohol y otras Drogas
Usuarios activos	108	62	142	80

Fuente: Resultados de la investigación

Las principales leyes, decretos y otras fuentes teóricas secundarias fueron sometidas al análisis documental (Minayo, 2009) buscando la caracterización normativa del tratamiento integral a partir de dos dimensiones: la de acciones directas y la de acciones indirectas. Los datos de fuentes primarias se obtuvieron por medio de cuatro entrevistas semi dirigidas realizadas con los directores de los CAPS investigados. Las entrevistas fueron conducidas por la primera autora, duraron entre 60 y 120 minutos y fueron grabadas y transcritas íntegramente. Para facilitar la sistematización de los datos fue utilizado el software QDA Miner LiteV 1.4.3 (Hernández, 2008). A continuación, fue realizado el análisis de contenido temático (Minayo, 2009) por etapas: el análisis previo demandó la lectura fluctuante del corpus comunicacional, la interpretación y organización de los contenidos en núcleos de sentido; la codificación consistió en la identificación de palabras y expresiones que permitieron la organización de las categorías y el análisis final de los resultados. Las categorías de análisis, fundamentadas en las palabras de los informantes, se delimitaron en tres ejes: acciones realizadas, acciones no realizadas y dificultades en la realización de las acciones. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande del Norte, bajo el dictamen 510825/2014 y los participantes firmaron el Formulario de Consentimiento Informado.

Resultados y discusión

A partir de la lectura de la Ley de Salud Mental y de 18 Decretos del Ministerio de Salud sobre esa área – posteriores a la promulgación de la ley - fue seleccionado el material a ser analizado por ajustarse a los objetivos de investigación. Se excluyeron los decretos que no aportaban datos sobre las características del tratamiento en los CAPS y los que versaban sobre financiamiento, excepto el decreto 130/2012 (D130) (Portaria 130, 2012) que redefine los CAPS III AD y trata sobre el financiamiento de los mismos. El análisis permitió identificar las características normativas del tratamiento integral en dos dimensiones: la de acciones directas y la de acciones indirectas; entendiendo por acciones directas a las que siendo de responsabilidad de los profesionales, y pudiendo ser realizadas individualmente o en equipo, inciden directamente sobre el usuario (Tabla 2). En cuanto que las acciones indirectas son las relacionadas al funcionamiento y a la dinámica institucional, que siendo de responsabilidad compartida entre la dirección del servicio, el equipo de los profesionales y otras instituciones inciden indirectamente sobre el usuario.

Tabla 2. Acciones directas previstas en la legislación para el funcionamiento de los CAPS

Acciones Directas	Decreto 336/2002			Decreto 130/2012
	II TM	II AD	CAPS III TM	III AD
Régimen de tratamiento Intensivo, Semi-intensivo y no intensivo	X	X	X	
Atención individual (medicamentosa, psicoterapia, de orientación, entre otras)	X	X	X	X
Atención en grupo (psicoterapia, grupo operativo, actividades de soporte social, entre otras)	X	X	X	X
Atención en talleres terapéuticos coordinados por profesionales de nivel secundario o universitario	X	X	X	X
Visitas y atención a domicilio	X	X	X	X
Atención a la familia	X	X	X	X ^a
Actividades comunitarias enfocando la integración del enfermo mental en la comunidad y su integración familiar y social	X	X	X	X ^b
Asambleas semanales				X
Alimentación (1, 2 o 4 veces por día)	X	X	X	X
Acogimiento nocturno, feriados y fines de semana			X	X
Atención para desintoxicación		X		X ^c

Fuente. Resultados de la investigación.

^aIndividual y grupal ^b Incluye la expresión "actividades de rehabilitación psicosocial" ^c Incluye la expresión "Oferta de medicación asistida y dispensada"

Con relación a los datos recogidos en las entrevistas, los elementos constitutivos del tratamiento ofrecido en los CAPS fueron clasificados en tres categorías de análisis: las acciones realizadas, las acciones no realizadas (Tabla 3) y las dificultades que interfieren para que estas últimas no sean llevadas a cabo.

Tabla 3. Acciones realizadas y no realizadas en los servicios investigados (S1, S2, S3 y S4)

Acciones	S1	S2	S3	S4
PTS	No	Si	No	No
Régimen de tratamiento	Si	Si	Si	Si
Atención Individual	Médica	Si	Si	Si
	Psicológica	No	No	No
	Asistencia Social	Si	Si	Si
Atención Grupal	Psicoterapia	No	Si	Si
	Grupo Operativo	No	Si	Si
	Talleres Terapéuticos	Si	Si	Si
Actividades de Soporte Social	Visitas a domicilio	No	Si	No
	Atención a la familia	Parcialmente	Si	Parcialmente
	Actividades comunitarias (rehabilitación, reinserción)	Parcialmente	Si	Parcialmente
	Acogimiento nocturno (a la crisis)	Parcialmente	No se aplica	Parcialmente
	Asambleas	Si	Si	No
Supervisión y capacitación de la Atención Básica (Apoyo Matricial)	No	Si	No	No

Fuente. Resultados de la investigación

Acciones que componen el tratamiento ofrecido en los caps

Es preciso destacar que en su texto la Ley de Salud Mental (Ministério da Saúde, 2004) no cita al CAPS como dispositivo, aunque se identifique una clara alusión a su perspectiva de funcionamiento en el párrafo único del art. 2, que se refiere al ámbito de la salud mental y al derecho de las personas de ser tratadas, preferencialmente, en servicios comunitarios de salud mental. Por lo tanto, la Ley 10.216 (Ministério da Saúde, 2004) no nos ofrece aportes sobre las acciones específicas que conforman el tratamiento en los CAPS.

La legislación que describe con mayor objetividad el tratamiento ofrecido en los CAPS, aunque denominándolo “asistencia prestada”, es el D336⁴. Comprendida como la dimensión de acciones directas (Cuadro 2) en ella se incluyen las actividades de: a) atención individual (medicamentosa, psicoterápica, de orientación, entre otros); b) atención grupal (psicoterapia, grupo operativo, actividades de soporte social, entre otras); c) atención en talleres terapéuticos; d) visitas a domicilio; e) atención a la familia; f) actividades comunitarias enfocando la integración del enfermo en la comunidad y su inserción familiar y social; g) alimentación proporcional al tiempo de permanencia; h) el acogimiento nocturno, inclusive en días feriados y fines de semana para reposo y/u observación en el caso de los CAPS III.

Con relación a la dimensión de las acciones indirectas, relacionadas a las condiciones necesarias para que el tratamiento en el CAPS sea llevado a cabo, fue identificado en el D3088 (Portaria 3088, 2011) un párrafo que indica que el modo de trabajo será realizado prioritariamente en espacios colectivos (grupos, asambleas de usuarios, reuniones diarias del equipo), de forma articulada con los otros puntos de atención de la RAPS y de las otras redes. También indica que el cuidado deberá ser desarrollado a través de Proyecto Terapéutico Singular (PTS), envolviendo en su construcción al equipo, al usuario y a su familia y que la responsabilidad por el cuidado será del CAPS o de los dispositivos asistenciales disponibles a nivel de la Atención Básica, garantizando el permanente proceso de cogestión y acompañamiento longitudinal del caso (Matriciamiento). Al ser diseñado de acuerdo con las necesidades de cada usuario, el PTS es la base de cualquier intervención, pues al considerar su modo de comprender la vida, su singularidad y subjetividad se configura en la interacción democrática y horizontal de los actores sociales que participan del proceso de cuidar (trabajadores/usuario/familia), apoyándose en el uso de las “tecnología de las relaciones” (Merhy, 1997).

Al analizar el D130 (Portaria 130, 2012) se identificaron dos dimensiones: la de funcionamiento del servicio, denominadas “características de funcionamiento” y la dimensión del tratamiento en sí mismo, denominado “Atención Integral al usuario”. Llama la atención la semejanza entre este decreto y el D336 (Ministério da Saúde, 2004) ya que a pesar de no incluir el término tratamiento fueron identificadas condiciones de total coincidencia, de coincidencia parcial y de desdoblamiento de las acciones descritas en éste último para llevar a cabo la Atención Integral. Con base en los puntos de acción del D336 (Ministério da Saúde, 2004) - citados anteriormente- y cotejados con los identificados en el D130 (Portaria 130, 2012) resultaron cuatro puntos que presentan total coincidencia: los que tratan sobre las opciones de atención grupal, talleres terapéuticos, alimentación proporcional al tiempo de permanencia y acogimiento nocturno. La coincidencia parcial, originada por el incremento de alguna palabra que amplía el objetivo o le otorga mayor precisión, fue identificada en dos puntos: las “visitas a domicilio” denominado “visitas y atenciones a domicilio” y la “atención a la familia” expresado como “atención a la familia, individual y grupal”. Con relación a los desdoblamientos, el primero se observó en el punto que se refiere a la “atención individual” especificando si se trataba de medicamentosa, psicoterápica y de orientación. En este caso, el D130 (Portaria 130, 2012) mantiene el mismo punto de acción retirando la especificación “medicamentosa” e incluyendo el denominado “oferta de medicación asistida y dispensada”.

El segundo desdoblamiento se identificó en el punto de “actividades comunitarias”, substituido en el D130 (Portaria 130, 2012) por “actividades de rehabilitación social”. Si el D336 (Ministério da Saúde, 2004) enfocaba la integración del usuario en la comunidad y su inserción familiar y social, el D130

⁴ El decreto 224 de 1992 (Ministério da Saúde, 2004), que establecía normas de actuación para los CAPS, que comenzaban de forma incipiente a surgir en Brasil, no se incluye en nuestro estudio pues optamos por analizar la legislación posterior a la promulgación de la Ley 20.216/2001.

(Portaria 130, 2012) se refiere a las acciones específicas de rescate y construcción de la autonomía: alfabetización o reintegración escolar, acceso a la vida cultural, manejo de dinero de uso corriente, autocuidado, manejo de medicación, inclusión por medio del trabajo y ampliación de redes sociales. El desdoblamiento en este punto se produce al introducir un nuevo objetivo de acción: estimular el protagonismo de los usuarios y familiares promoviendo actividades de participación social, tales como asambleas semanales, actividades de promoción, divulgación y debate de las Políticas Públicas y de defensa de sus derechos. Cabe recordar que, el D130 (Portaria 130, 2012) normativiza estas acciones que ya eran realizadas -o evitadas- en los servicios investigados, obedeciendo más a cuestiones de orden ideológica que estructural.

Sobre la legislación analizada entendemos que aun cuando el D130 (Portaria 130, 2012) no se pronuncie sobre la modalidad de tratamiento a ser ofrecido y el D336 (Ministério da Saúde, 2004) omita la indicación de realizar asambleas en los CAPS de trastorno mental, pudiendo ser mejorada y adaptada a las reales necesidades de los usuarios, percibimos que orienta al ofrecimiento de un cuidado integral en salud mental construido por medio de un conjunto de acciones directas e indirectas, realizadas individual o colectivamente, por el equipo de profesionales de CAPS en articulación con otros dispositivos de la RAPS y de otras redes de asistencia, con el objetivo de dispensar cuidados consensuados en salud a los que así lo requieran. Por "cuidados consensuados en salud" consideramos la participación activa del usuario en el trazado de su propio PTS, en contraposición a la simple aceptación formal o tácita de un esquema prefijado. También consideramos que el tratamiento ofrecido en el CAPS debería corresponder al PTS o referirse a una parcela de éste último que podría ser aún de mayor alcance. Y entendemos que el tratamiento previsto en la legislación orienta a los CAPS a ofrecerlo en una perspectiva que se aproxima de la noción de línea de cuidado propuesta por Cecilio y Merhy (2003) al representar el producto de una tecnología de gestión de la asistencia capaz de producir integralidad (cuidado y promoción de la salud, incluyendo la prevención de ocurrencias y agravamientos).

Las acciones realizadas, las no realizadas y las dificultades de realizar acciones en los caps

Complementando lo discutido anteriormente y considerando que todo tratamiento realizado en el contexto de la RAPS en general y en los CAPS en particular, debe estructurarse a partir de la construcción del PTS y por considerarlo medular ante cualquier intervención, por él encabezamos nuestro análisis.

El D3088 (Portaria 3088, 2011) indica que el cuidado en los CAPS será desarrollado a través de PTS, construido con la participación del equipo, del usuario y de su familia. A pesar de su importancia fue observado que en la mayoría de los servicios investigados las acciones se realizan sin contar con él ya que en el caso del S1 la *"actividad [PTS] no se encuentra establecida en [su]... rutina"* y en el caso del S3 se encuentran *"pensando en la construcción del PTS, que es urgente y necesario. Pero el médico que lo hizo una vez ya no trabaja más [allí]"*. En algunos casos se confunde el PTS con otros conceptos, como el de Contrato Terapéutico, anunciándole en el momento de iniciar su tratamiento, las normas que el usuario deberá cumplir. Además de explicarles: *"todo lo que forma parte de su PTS, especialmente la cuestión de las faltas"* (S4).

En el S2 refrendan su importancia: *"un tratamiento basado en un PTS, conformado por varias intervenciones uni y multidisciplinarias o interdisciplinarias, que confluyen en un único objetivo: el de la reinserción social"* (S2). La importancia de estas afirmaciones se asienta en suponer a priori la existencia del PTS en ese servicio y en una mirada diferenciada del informante que percibe un tratamiento integral superando la terapéutica medicamentosa. Una mirada que comprende que la reinserción del usuario debe operarse de dentro del servicio hacia afuera, lo que resulta de suma importancia, para no caer en el error anti reformista de pensar que el usuario debe ser rehabilitado de puertas adentro del servicio y cuando esté rehabilitado le serían abiertas las puertas para que pudiese reinsertarse en la sociedad: *"Nosotros pensamos el PTS de una forma más completa, pues el tratamiento no es solamente medicamentoso"* (S2) y *"trabajamos realmente con la finalidad de la reinserción. Cuando organizamos el PTS discutiendo algún caso siempre pensamos incluir esa persona en actividades que no sean específicamente dentro del servicio. Entonces la idea de reinserción es de dentro hacia afuera"* (S2).

Pero, a pesar del énfasis otorgado, se advierte la dificultad del equipo en incluir al usuario en una reunión específica donde se discuta su proyecto terapéutico. De modo que, la inclusión del PTS en las acciones desarrolladas, no garantizan en sí mismo la calidad del servicio prestado, pudiendo darnos indicios de un trabajo protocolar que cumple apenas con exigencias externas. La dinámica de la mayoría de los servicios, (des) orientada por el PTS, provoca reflexiones sobre el modelo de las prácticas de cuidado ofrecidas en los servicios y sobre cuáles serían los parámetros utilizados para decidir el rumbo del tratamiento a ser ofrecido sin contemplar el derecho de participación del propio usuario y su familia.

Sobre la atención individual el Ministerio de Salud se refiere a la atención médica, psicoterápica y de orientación, entre otras (Ministério da Saúde, 2013). Pudimos identificar que en todos los servicios se realiza atención médica psiquiátrica (y clínica en el caso de los CAPS-AD) y que los usuarios reciben orientación del Asistente Social. Ya en lo que respecta a la atención psicoterápica individual, a pesar de ser una práctica incluida en la legislación, no se realiza en la mayoría de los servicios. La intervención individual del psicólogo parece haber sido substituida por la “escucha calificada” (S1, S2, S3) realizada por profesionales del equipo, sean o no psicólogos. Contrariamente, el Servicio 4 se muestra favorable a la continuidad de esa práctica alegando que no es necesario dejar de lado las actividades grupales orientadas por el modelo de atención psicosocial, para continuar con una práctica necesaria y de probada eficacia como las intervenciones de psicoterapia breve.

Al afirmar que la escucha calificada pueda substituir la intervención individual del psicólogo, puede indicarnos el desconocimiento de los entrevistados tanto sobre la escucha calificada como del propio alcance de la intervención psicológica. Si bien la escucha calificada puede ser considerada una tecnología leve (Merhy, 1997), que se apoya en la relación dialógica, el vínculo y el acogimiento, tiene por objetivo la apertura del trabajador para escuchar las reales necesidades de salud del usuario. De ningún modo puede substituir las prácticas psicoterápicas que de modo individual o grupal resultan de innegable valor en el campo de la salud mental.

Sobre la atención grupal a los usuarios, el Ministerio de Salud se refiere a dispositivos terapéuticos como la psicoterapia grupal, el grupo operativo y las actividades de soporte social que incluye la visita a domicilio y asambleas entre otros. Sobre la *Psicoterapia grupal* la investigación nos permitió identificar que son realizadas en todos los servicios excepto en el S1. La dedicación prácticamente exclusiva de éste último en la atención de los usuarios en crisis y el ofrecimiento de acogimiento nocturno, y el apartamiento del resto de los usuarios para actividades grupales fuera del servicio, puede ser uno de los motivos para que dichas acciones no sean realizadas. Las dificultades también podrían deberse a la perspectiva teórica de las psicólogas que forman parte del cuadro y su preferencia por el contacto individual “uno a uno”.

Probablemente, por las razones ya expuestas, las acciones en la modalidad de *Grupo operativo* (GO) tampoco sean implementadas en el S1. En los otros servicios los grupos operativos si son realizados, si bien se identificaron diferencias e inconsistencias en cuanto a su conceptualización: “es el momento reservado para los agendamientos: si necesitan que les entregemos medicamentos, de una consulta con el psiquiatra y esas cosas” (S3). Además de percibir en la cita anterior el (des)conocimiento sobre el GO, se advierte en S4 un cierto descompás entre sus objetivos y los del propio tratamiento al advertir una actitud paternalista y tutorial orientando las acciones, que consisten en preguntarles los viernes qué es lo que van a hacer el fin de semana, registrar las respuestas obtenidas y el lunes verificar el nivel de cumplimiento entre lo previsto y lo conseguido. La técnica de los GO fue sistematizada por el psiquiatra argentino Pichón-Rivière y representa un instrumento de transformación de la realidad, ya que actúa como espacio privilegiado para la formación de vínculos, identificaciones y diferenciaciones, se trabaja con la subjetividad y la singularidad de cada uno de sus miembros (Bastos, 2010). Inexistente en el S1 y vaciado de significación en los S3 y S4, la investigación permite aseverar que, por sus características, el GO representa un dispositivo que permitiría redefinir los espacios relacionales ampliando los modos de producir “actos en salud” (Merhy, 2003) y resultaría adecuado para la consecución del PTS, al proporcionar a los usuarios – entre otras cosas- un espacio para el establecimiento de vínculos y la elaboración de proyectos de cambio. En la metamorfosis y en la ausencia del GO en los CAPS investigados se advierte la presencia de una tensión relacional entre las acciones tutelares restrictivas y las acciones libertadoras y restauradoras de derechos de ciudadanía, que obstaculizan la configuración de la integralidad.

Los *Talleres Terapéuticos* (TT) se realizan diariamente bajo la coordinación de uno o más profesionales o monitores con el fin de traer el sujeto en crisis, desintegrado y aislado de regreso al medio social mediante la rehabilitación psicosocial. Los talleres son tecnologías valiosas donde el trabajo y la expresión artística representan espacios de socialización y de interacción, (re) construcción y (re) inserción, ya que el sujeto tiene la libertad de expresarse y de hacer frente a sus miedos e inseguridades. Con mayor o menor oferta, los Talleres Terapéuticos, se realizaban en la mayoría de Servicios investigados (S1, S2, S3). El S1 ofrecía Talleres de Danza, Pintura y Artesanías realizados fuera de la institución, por medio de un convenio con un Instituto de Enseñanza Federal que aportaba las instalaciones edilicias y los materiales, mientras que eran los profesionales de los CAPS quienes los llevaban a cabo. Esta innovación, proveniente de acuerdos intersectoriales, resulta positiva al promover la inclusión de los usuarios en nuevos y des-estigmatizados contextos. En el S2 los Talleres se realizan internamente, en este caso la reinserción de los usuarios parece ser el objetivo mayor. Inclusión y resocialización fueron términos empleados para dimensionar el alcance de la expresión Reinserción “*No es porque él [usuario] esté adentro del servicio que no va a estar siendo resocializado, nosotros entendemos que esa resocialización va más allá y aquí dentro también lo podemos hacer ... (S2)*”.

A pesar de ser realizados en la mayoría de los servicios, los Talleres Terapéuticos cuentan con la participación de los usuarios que se encuentran presentes en la modalidad de tratamiento intensivo, semi intensivo y no intensivo; observándose una laguna en el planeamiento de esas acciones para los usuarios de los S1 y S3, que por ser CAPS III reciben usuarios en crisis brindándoles el uso de cama. Se comprende que el acceso a los Talleres Terapéuticos representa un derecho y que, por ser parte del tratamiento, debería ser garantido se encuentre o no el usuario en situación de crisis. Ya que la posibilidad de insertarse en actividades de talleres puede representar un recurso estratégico en la recuperación del usuario y superación de la crisis una vez que se haya estabilizado el cuadro crítico.

Entre las actividades de Soporte Social identificamos las *Visitas a domicilio*, dispositivo comprendido como un conjunto de actividades de salud volcadas tanto para el cuidado como para la educación y la asistencia (Mattos, 1995). Por medio de las visitas domiciliarias, los profesionales tienen la oportunidad de justificar sus intervenciones con base en la experiencia de la realidad, vivenciada juntamente con la familia. En el S1, la visita a domicilio es asociada a la figura del Asistente Social como si fuera una función restringida a dicho profesional. En consecuencia, la reciente incorporación de un nuevo asistente social resultaría promisorio para la realización de esa práctica: “*Ahora vamos a retomarlas... La llegada de una asistente social nos proporcionó oxígeno*” (S1). Algunos autores afirman que las visitas a domicilio han permitido el acercamiento y la participación de la familia y del equipo para el cuidado en salud mental (Schrank & Olschowsky, 2007). Pero a pesar de la importancia y las potencialidades que reviste, la visita a domicilio no se encuentra entre una de las acciones efectivamente realizadas en la mayoría de los servicios investigados.

La *Atención a la Familia*, contemplada por la política de salud mental, les ofrece soporte y apoyo para que puedan ejercer sus funciones y responsabilidades junto su familiar. La ley 10.216/2001 (Ministério da Saúde, 2004) lo normativiza en sus artículos 2º y 3º obedeciendo a un cambio de paradigma, de abordajes que culpabilizaban a la familia por la condición patológica de su familiar. El paradigma de la desinstitucionalización no concibe el desamparo de los usuarios, siendo necesaria la implantación de servicios comunitarios que tengan por objetivo el cuidado y el apoyo a sus familias (Amarante, 2003). Lo que advertimos en nuestra investigación fueron diferencias substanciales en el modo de comprender el dispositivo de atención a la familia por parte de nuestros informantes.

En el S1 y el S3 se ofrece la “escucha a la familia” de acuerdo con la demanda, es decir, cuando la familia se acerca al servicio y la solicita. Lo que nos lleva a los mismos cuestionamientos que manifestamos al discutir la “escucha calificada versus intervención psicológica”. En el S2 las acciones se realizan mensualmente, basadas en el presupuesto psicosocioeducativo de que “a cuidar se aprende cuidando” (S2) y, por lo tanto, es necesario cuidar de quien cuida. Así, los familiares son considerados colaboradores en las prácticas de cuidados ofrecidas a los usuarios, siendo un claro ejemplo de Clínica Ampliada (Campos, 2003) al promover el bienestar de los familiares por medio de la socialización de sus dificultades y también de las estrategias que emplean para enfrentarlas. En el Servicio 4 se realiza un Grupo de familiares del que puede participar cualquier persona adscrita al territorio de actuación del servicio que tenga un miembro de su familia afectado por problemas de alcohol y drogas.

Las diferencias identificadas entre los servicios podrían estar asociadas a los referenciales teóricos de nuestros informantes, generando o limitando el potencial del dispositivo e incidiendo positiva o negativamente en el tratamiento y en el modo de cuidado ofrecido a los usuarios. Defendemos que ese cuidado sea ofrecido independientemente del referencial teórico, ya que para ofrecer atención a las familias es necesario que el profesional esté seguro y consciente de que el trabajo con familias no puede ser estático, porque la familia no lo es, ella se mueve de acuerdo con su ciclo, con su ritmo de vida y con su historia (Waidman & Elsen, 2006).

Sobre las *Actividades Comunitarias* advertimos diferencias importantes entre el Decreto 336/2002 (Ministério da Saúde, 2004) y el 130/2012 (Portaria 130, 2012). Mientras que para el primero – dirigido a los CAPS en general- se dirigen a la integración del usuario en la comunidad y su inserción familiar y social; el segundo substituye el término ‘actividades comunitarias’ por ‘actividades de rehabilitación social’. Y explicita la necesidad de estimular el protagonismo de los usuarios y sus familiares participando de actividades sociales, asambleas semanales, actividades de promoción, divulgación y debate de las Políticas Públicas y de defensa de sus derechos. Esto implica superar los límites del servicio, que si bien podrían ofrecer seguridad y protección a técnicos y a usuarios, pero que también podría representar la falta de disponibilidad de los primeros en derrumbar los muros internos que les impiden transitar el territorio, articulándose con otros dispositivos en la consolidación de un tratamiento integral, además de reforzar ideas asilares de autoabastecimiento y de aislamiento: *“Para algunos usuarios éste continúa siendo el mejor lugar para estar... este espacio... representa para ellos una seguridad”* (S1). Salir con los usuarios y/o acompañarlos en su tránsito por la red no son prácticas instaladas en los Servicios 1, 3 y 4, percibiéndose la tendencia de los profesionales de sentirse cómodos con las acciones intramuros. En el caso del Servicio 1, que ofrece talleres fuera del servicio, no ha sido posible garantizar la disposición de más de tres técnicos que se identifican con ese estilo de intervenciones. También advertimos diferencias en las expectativas que nuestros informantes manifestaron tener sobre las posibilidades de rehabilitación de los usuarios, resultando con mejor pronóstico los que se encuentran en sufrimiento por el abuso de sustancias que aquellos que sufren de trastorno mental, ya que *“... no todos conseguirían dar ese paso”* (S1). Cabe destacar, que las diferencias conceptuales identificadas entre los entrevistados ocasionan siempre diferencias metodológicas en la implementación de las prácticas y procesos de trabajo que repercuten en el tratamiento del usuario.

Las *Asambleas* tienen el objetivo de incluir a los usuarios en la gestión del cotidiano institucional, siendo fundamental que ellos se sientan corresponsables por la administración del espacio que utilizan y por el tratamiento que reciben (Camargo, 2004). De ese modo, la asamblea promueve la horizontalidad de las relaciones de poder dentro del tratamiento, que es uno de los objetivos del proceso de rehabilitación social. La efectiva realización de las asambleas en los S1 y S2 parece resguardar el ejercicio pleno de la ciudadanía de usuarios y familiares. Como dispositivo, la asamblea ha servido como importante analizador de las instituciones y sus prácticas en salud: *“Es un momento de mucha información, muy rico, de intercambios, muy político también, porque nosotros vamos a estar oyendo la opinión del usuario sobre nuestro servicio, es un momento también de oír críticas y de recibir elogios.”* (S1). Entretanto, a pesar de las especificaciones encontradas en el art. 7 inciso II D3088 (Portaria 3088, 2011) y Art. 6 inciso 9 D130 (Portaria 130, 2012) específico de AD, las Asambleas no se realizan en los Servicios 3 y 4: *“En agosto [de 2014] van a cumplirse 2 años que no hacemos asambleas”* (S4). Cabe destacar la particular situación de este último servicio, que fue clausurado por inadecuaciones técnicas y permaneció más de 1 año sin actividad asistencial hasta ser nuevamente habilitado. Pero al momento de ser realizada la entrevista, ya contaba con 6 meses de reapertura sin haber integrado las asambleas al Servicio.

La actividad de Apoyo Matricial es una metodología de gestión de trabajo desarrollada por Campos y Domitti (2007) que busca construir momentos relacionales y el intercambio de conocimientos entre profesionales de diferentes servicios implicados en el cuidado de usuarios. Promueve la comunicación entre los profesionales de la red y asegura que los equipos de la Atención Básica y los de CAPS se aúnan responsablemente en la garantía de la atención integral a los usuarios. Así, aumenta la posibilidad de llevar a cabo la Clínica Ampliada ofreciendo otros dispositivos de cuidado (consultas, visitas a domicilio, centros de convivencia, talleres terapéuticos, recreación, trabajo, actividades generadoras de

renta y sociabilización-reinserción) y posibilitando el cuidado de las diferentes necesidades que surjan en el curso de evolución del sufrimiento mental.

Identificamos que es escaso el conocimiento de los entrevistados sobre el Apoyo Matricial y, de hecho, no se realiza en los CAPS investigados a excepción del S2, que se muestra articulado a la Atención Básica por medio del Núcleo de Atención a la Salud de la Familia. Entendemos que las dificultades de articulación entre los servicios, entre éstos y la atención básica y otras instancias institucionales (intersectorialidad)- y hasta dificultades relacionales y comunicacionales que identificamos entre los propios miembros de los servicios, podrían disminuir al ser implantado el Apoyo Matricial. Otro aspecto a destacar es que su implantación no reforzaría la actual dependencia de los usuarios sobre el CAPS, como en el caso del S4 que asisten para consultar al psiquiatra y tener acceso a la prescripción medicamentosa: “*Ya le dimos el alta y ahora están con alta asistida por la falta de Matriciamiento*”. Por otra parte, resulta significativo el aislamiento de los Servicios 1, 3 y 4, evidenciado también por la renuencia en implantar un dispositivo de cuidado que, alineado a los objetivos de la ley de salud mental y de probada efectividad en la integralidad del cuidado, garantice el ejercicio de la co-gestión y el cuidado compartido entre la atención especializada y la atención básica.

Consideraciones finales

En los servicios que ofrecen acogimiento al usuario en crisis es notoria la lógica de funcionamiento ambulatorio guardando semejanzas con modelos previos a la reforma, restringidos a la evaluación psiquiátrica y el suministro de la medicación. Este hecho, asociado al frágil conocimiento de la mayoría de los profesionales sobre los marcos legales, teóricos y prácticos del campo de la salud mental, específicamente representados en los dispositivos que compondrían el tratamiento integral y la gestión de procesos de trabajo apoyados en los pilares asilares: médico centrado y psicofarmacológico, evidencia la dificultad de los servicios en planear sus actividades con foco en los derechos de los usuarios. Además de demostrar que en el terreno del cuidado existe un distanciamiento entre la práctica cotidiana de los profesionales y las normativas postuladas. Consideramos relevante efectivizar acciones de planeamiento estratégico (Onocko-Campos, 2001) y de supervisión clínico-institucional (Alvarez, 2014) de los procesos de trabajo en el contexto de los CAPS contribuyendo con la efectiva elaboración del PTS y con la propuesta de ofrecer un tratamiento integral de calidad para los usuarios. Como limitaciones del estudio destacamos el tamaño de la muestra de entrevistados y consideramos importante dar continuidad incluyendo al resto del equipo e investigando también sus percepciones respecto de los principios reformistas.

Referencias

- Alvarez, P. (2014). Supervisão clínico-institucional: refletindo os princípios da reforma psiquiátrica. In *Congresso Online - Gestão, Educação e Promoção da Saúde*, 3. Recuperado el 7 de julio, 2015, de http://www.convibra.org/upload/paper/2014/61/2014_61_9492.pdf
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In P. Amarante, P. (Org.), *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp. 45-66). Rio de Janeiro: Nau.
- Bandeira, M. B., Pitta, A. M., & Mercier, C. (1999). Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(6), 233-244.
- Bastos, A. B. B. I. (2010). A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo informação*, 14(14), 160-169. Recuperado el 03 de diciembre, 2015, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v14n14/v14n14a10.pdf>
- Camargo, A. C. S. P. (2004). *A vivência do caos: uma experiência de mudança em uma instituição de saúde mental*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Campos, G. W. S. (2003). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In Campos, G. W. S. *Saúde paidéia* (pp. 51-67). São Paulo, SP: Hucitec.
- Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.

- Cecílio, L. C. O. & Merhy, E. E. (2003). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 197-210). Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasuí, S. (2001). As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em debate*, 25(58), 12-25.
- Declaração de Caracas. (1990, 14 de novembro). Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas, Venezuela: OMS/OPAS.
- Duarte, E. O. S., Nasi, C., Camatta, M. W., & Schneider, J. F. (2012). Caracterização das práticas de assistência na rede de atenção em saúde mental: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 191-199.
- Hernández, A. R. C. (2008). Análise qualitativa usando o programa QDA Miner um exemplo aplicado de pesquisa: análise documental de textos de protesto. In H. Scarparo (Org.), *Psicologia e Pesquisa: perspectivas metodológicas* (2a ed.) Porto Alegre: Sulina.
- Mattos, T. M. (1995). *Home visit. In Community Nursing* (pp. 35-39). São Paulo, SP: Editora and Pedagogical University.
- Merhy, E. E. (1997). Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo techno-assistencial em defesa da vida. In L. C. O. Cecílio (Org.), *Inventando a mudança na saúde* (2a ed.) (pp. 117-160). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2003). Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de atenção. In E. E. Merhy, H. M. Magalhães Júnior, J. Rimoli, T. B. Franco, & W. S. Bueno (Orgs.), *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., & Olschowski, A. (2009) Avaliação de um serviço substitutivo em saúde mental. *Cogitare Enfermagem*, 14(1), 52-58.
- Minayo, M. C. E. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministério da Saúde (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004* (5a ed. ampl.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS. Recuperado el 20 de agosto, 2015, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Ministério da Saúde. (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Onocko-Campos R. (2001). Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98-111. Recuperado el 04 de mayo, 2015, de <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganelnexus/rosana2001clinicaapalavranegada.pdf>
- Portaria 130 (2012, 26 de janeiro). Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União, seção 1.
- Portaria 3088 (2011, 23 de 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 (SUS). Diário Oficial da União, seção 1.
- Saito, D. Y. T., Zoboli, E. L. C. P., Schweitzer, M. C., & Maeda, S. T. (2013). Usuário, cliente ou paciente?: qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(1), 175-183. Recuperado el 06 de mayo, 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71425827025>
- Schrank, G. & Olschowsky, A. (2007). O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 127-134.
- Silva, N. S., Melo, J. M., & Esperidão, E. (2012). Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(2), 280-288.
- Waidman, M. A. P. & Elsen, I. (2006). Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia a realidade. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(Supl.), 107-112.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Tese de doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Recebido em 15/06/2016

Aceito em 18/10/2016

Patricia Elizabeth Sanz de Alvarez: Psicóloga. Especialista em: Psicologia da Saúde, desenvolvimento e hospitalização; Psicologia Clínica e Aconselhamento; Saúde Mental no contexto multidisciplinar. Doutora em Psicologia.