



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Gopinger Chiavagatti, Fabieli; Prado Kantorski, Luciane; Quinzen Willrich, Janaína; Moraes Cortes, Jandro; da Rosa Jardim, Vanda Maria; Garcia Sinott Silveira Rodrigues, Cândida  
Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 25, núm. 1, 2012, pp. 11-17

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023882003>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde\*

*Relationship between Psychosocial Care Centers and Services in Primary Health Care*

*Articulación entre Centros de Atención Psicosocial y Servicios de Atención Básica de Salud*

Fabieli Gopinger Chiavagatti<sup>1</sup>, Luciane Prado Kantorski<sup>2</sup>, Janaína Quinzen Willrich<sup>3</sup>, Jandro Moraes Cortes<sup>1</sup>, Vanda Maria da Rosa Jardim<sup>2</sup>, Cândida Garcia Sinott Silveira Rodrigues<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar as formas de articulação que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) estabelecem com os Serviços de Atenção Básica de Saúde. **Métodos:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa realizado por meio de análise documental de 23 Projetos Terapêuticos dos CAPS tipo I e II de 23 cidades da Região Sul do Brasil (PR, SC e RS). **Resultados:** Pôde-se observar que esta articulação estrutura-se basicamente na supervisão e capacitação das equipes e em um sistema de referência e contrarreferência, muitas vezes, mascarados sob a lógica dos encaminhamentos. No entanto, estas ações encontram-se mais sugestivas, referidas nos documentos como objetivos, do que propriamente traduzidas em ações como lógica de operacionalização concreta destas, na prática cotidiana dos serviços. **Conclusão:** De fato, a atenção à complexidade da demanda em saúde mental é dependente de uma construção gradativa de articulações orientadas pela corresponsabilização dos diferentes serviços que compõem a rede de atenção.

**Descriptores:** Reforma dos serviços de saúde; Serviços de saúde mental; Atenção primária à saúde; Políticas públicas; Sistema Único de Saúde

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze forms of articulation that the Centers for Psychosocial Care (CAPS) established with the Primary Health Care Services. **Methods:** A descriptive, qualitative study conducted using document review of 23 Therapeutic Projects of the CAPS type I and II, of 23 cities in the southern region of Brazil (PR, SC and RS). **Results:** It was observed that the structure of articulation occurs basically through the supervision and training of teams, and a reference and counter-reference system, often masked under the logic of the referrals. However, these actions are more suggestive, referred to in documents as objectives, than they are properly translated into actions and concrete operational logic of those in daily practice services. **Conclusion:** In fact, attention to the complexity of the demand for mental health is dependent on a gradual construction of joint responsibility guided by the various services that comprise the network of care.

**Keywords:** Health care reform; Mental health services; Primary health care; Public policies; Unified Health System

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las formas de articulación que los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) establecen con los Servicios de Atención Básica de Salud. **Métodos:** Estudio descriptivo de abordaje cualitativo realizado por medio de análisis documental de 23 Proyectos Terapéuticos de los CAPS tipo I y II de 23 ciudades de la Región Sur del Brasil (PR, SC y RS). **Resultados:** Se puede observar que esta articulación se estructura básicamente en la supervisión y capacitación de los equipos y en un sistema de referencia y contrarreferencia, muchas veces, enmascarados bajo la lógica de los encaminamientos. Entre tanto, estas acciones se encuentran más sugerivas, referidas en los documentos como objetivos, de lo que propiamente traducidas en acciones como lógica de operacionalización concreta de éstas, en la práctica cotidiana de los servicios. **Conclusión:** De hecho, la atención a la complejidad de la demanda en salud mental depende de una construcción gradual de articulaciones orientadas por la corresponsabilización de los diferentes servicios que componen la red de atención.

**Descriptores:** Reforma de la atención de salud; Servicios de salud mental; Atención primaria de salud; Políticas Públicas; Sistema Único de Salud

\* Artigo extraído da monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia para obtenção do diploma de enfermeiro. Estudo produzido a partir da pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil financiada pelo CNPq/MS-SCTIE-DECIT-CT-Saúde – Edital 07/2005.

<sup>1</sup> Pós-graduando (Mestrado) pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, UFPel – Pelotas (RS), Brasil.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas - UFPel – Pelotas (RS), Brasil.

<sup>3</sup> Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas UFPel – Pelotas (RS), Brasil.

## INTRODUÇÃO

Este estudo surge impulsionado pelos pressupostos de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil – a Reforma Psiquiátrica Brasileira – processo contínuo de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural, conceitual. Neste contexto, objetiva mudar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a doença mental, conduzindo-as no sentido de superação do estigma, de integração, de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, troca, solidariedade, positividade e de cuidados<sup>(1)</sup>.

Atreladas a importantes conquistas, paulatinamente, vão sendo estruturadas medidas para uma política pública nacional assentada em diretrizes de caráter reformista, com implantação de experiências inovadoras bem sucedidas em todas as regiões brasileiras, redirecionamento do financiamento das ações em saúde mental, priorizando o atendimento alternativo à internação e formalização de regras mais rígidas para o funcionamento de hospitais psiquiátricos públicos ou contratados<sup>(2)</sup>.

Em meio a estas transformações conceituais, culturais e assistenciais que levam à implantação de dispositivos substitutivos, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) passa a ser considerado um serviço estratégico, articulador e organizador de uma rede de atenção incidida sobre várias instâncias de um território que inclui a Atenção Básica. Por serem os CAPS, serviços que tiveram sua implantação regularizada, em 2001<sup>(3)</sup>, torna-se relevante analisar suas formas de articulação e a exteriorização de suas práticas no sentido de deixarem seus espaços estruturais para atuarem no território, espaço este que inclui os serviços de saúde, os indivíduos e suas redes sociais e de solidariedade.

Esses dispositivos de atenção foram pensados como uma estrutura alinhada aos princípios que norteiam os demais serviços de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, devem atuar resgatando as potencialidades do território à sua volta, possuir uma instituição própria, inserida na gestão pública, buscar garantir acesso, integralidade e resolutividade na atenção prestada, acolhendo uma clientela com transtornos mentais graves e respectivos familiares por uma equipe multiprofissional<sup>(4)</sup>.

Conforme as preconizações do Ministério da Saúde, a consolidação da Reforma Psiquiátrica depende fundamentalmente da construção de uma rede comunitária de cuidados, ou seja, diferentes serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico articulados entre si, de modo a constituir um conjunto de referências com capacidade de absorver e acolher os indivíduos em sofrimento psíquico.

Neste momento, por redes de atenção entende-se como uma comunicação de ações e serviços passíveis de transformação e reinvenções de papéis e territorialidades,

fundamentais para a constituição e operação de diferentes formas de cuidado. Esta articulação em rede rompe com o conceito de centralidade de cuidados, ou seja, oferece dinamismo e flexibilidade aos serviços, a fim de gerar melhores resultados da atenção.

Mas, essa não é somente uma demanda brasileira. Quando pensamos em América Latina, algumas necessidades são apontadas como o maior apoio para a prestação de cuidados, formação e investigação por meio de alianças intersetoriais e iniciativas, integração da saúde mental e serviços de cuidados primários, aumento da força de trabalho de saúde mental, com bases multidisciplinares e distribuição geográfica adequada, além de políticas públicas mais eficazes<sup>(5)</sup>.

Sabemos que cada serviço de atenção, seja ele próprio em saúde mental ou não, possui especificidades de organização e envolvimento com a comunidade a que pertence, de acordo com o comprometimento da gestão local com a rede de atenção e os usuários.

Inserido neste contexto, este estudo buscou identificar, através de análise documental dos Projetos Terapêuticos dos CAPS, as ações previstas que visam a aproximar e articular o CAPS aos serviços de Atenção Básica de Saúde, entendendo que estes serviços são responsáveis por ordenar movimentos de aproximações no território e meio social dos sujeitos, promovendo dinamismo e flexibilidade, gerando novos resultados para a atenção ao sujeito portador de transtorno mental.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo e analítico. Configura-se com base em dados previamente coletados no projeto de pesquisa Avaliação dos CAPS da região Sul do Brasil (CAPSUL)<sup>(6)</sup>, desenvolvido no período de janeiro de 2006 a fevereiro de 2008. Para tanto, contemplou 30 municípios do Estado do Paraná, nove municípios no Estado de Santa Catarina e, por fim, 18 no Estado do Rio Grande do Sul, escolhidos por sorteio aleatório, que utilizou como critério a proporcionalidade de serviços por Estado e por região intraestado e conforme o tipo de CAPS, com 50% para todos os CAPS I e 50% para CAPS II, totalizando 30 serviços. Do conjunto de 30 CAPS estudados, sete não dispunham de Projetos Terapêuticos ou não os forneceram aos entrevistados totalizando, assim, 23 documentos analisados para este estudo.

Após a apreciação favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Of. 074/05 de 11 de novembro de 2005), deu-se início a coleta dos dados.

Os coordenadores dos CAPS foram os sujeitos que forneceram aos entrevistadores as cópias dos Projetos Terapêuticos dos serviços e, portanto, os indivíduos que

aceitaram participar do estudo por intermédio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para análise dos dados, realizou-se uma abordagem pela técnica qualitativa de análise documental dos Projetos Terapêuticos dos CAPS para melhor compreender as intervenções previstas nos documentos que embasam as práticas do serviço de saúde mental, referentes aos serviços da Atenção Básica.

Vários autores<sup>(7-11)</sup> discutem o uso da análise documental para verificação qualitativa com uma finalidade específica. Neste estudo, foram usadas as etapas<sup>(8)</sup>, a saber:

**Apuração e organização do material** (baseada em uma leitura utilizando critérios da análise de conteúdo);

Para desenvolvimento desta etapa, foram desenvolvidas leituras sucessivas e sistemáticas buscando perceber as formas de articulações dos CAPS com o serviço de Atenção Básica e a comunidade de cada serviço estudado. Em seguida foram destacados os parágrafos do documento que descreviam alguma ação (realizada, preconizada ou instituída como meta) que atendesse aos objetivos do estudo. A partir de então, organizou-se uma planilha contendo todos os Projetos Terapêuticos analisados com base em cada objetivo proposto, na qual foram transcritos os parágrafos correspondentes tal qual apresentado no documento.

**Quadro 1.** Exemplo da planilha de organização dos dados documentais

Projetos terapêuticos	Metas e ações previstas nos Projetos Terapêuticos que visam a articular o CAPS à rede de Atenção Básica de Saúde
PT 1	- Supervisionar e capacitar as equipes de Atenção Básica;
PT 2	- Visitas domiciliares realizadas pela equipe do CAPS apoiadas pelo serviço de PSF;
PT 3	(Não refere)

As informações organizadas desta forma facilitaram a releitura dos dados possibilitando melhor visualização das ações.

**Análise crítica do documento** (comentários, fichamento, levantamento de assuntos recorrentes, codificação, interpretação e inferência). Já para concretização desta segunda etapa da análise crítica do documento, procedeu-se o fichamento dos 23 projetos terapêuticos dos serviços, levantamento de assuntos recorrentes e a codificação em função dos objetivos do estudo, sendo a interpretação realizada considerando o tema proposto: articulação dos CAPS com os serviços de atenção básica de saúde.

Após a sistematização da organização das informações, estas foram agrupadas, discutidas e confrontadas com a literatura existente.

## RESULTADOS

Olhar para as formas de articulação entre o dispositivo ordenador de uma rede de atenção em saúde mental com

um equipamento estratégico para a consolidação desta rede (ESF) torna-se importante, quando se compromete com um processo que busca desenvolver ou devolver o exercício de cidadania ao portador de transtorno mental, oferecendo mecanismos de empoderamento para este sujeito.

Ao analisar os Projetos Terapêuticos (PTs) de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), partimos do pressuposto de ser este um elemento formativo e ordenador do processo de trabalho dos serviços, tido como elemento essencial para registro do CAPS no Ministério da Saúde e percebido com responsabilidade pelos profissionais como uma filosofia norteadora de todo o trabalho institucional.

Em uma primeira análise, foi possível observar que os Projetos Terapêuticos atendem às preconizações do Ministério da Saúde e aos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica, embora, em diferentes momentos a operacionalização das atividades seja traduzida por meio de um viés disciplinar.

A maioria das informações faz referência à indicação do Ministério da Saúde quando nos traz a política de que os CAPS, como dispositivos estratégicos na ordenação da rede, devem prestar supervisão e capacitação às equipes da Atenção Básica, como se pode visualizar nos trechos dos documentos apresentados abaixo:

**Quadro 2.** Ações previstas nos 23 Projetos Terapêuticos que visam a articular os CAPS à rede de atenção básica de saúde em municípios da Região Sul.

Projetos terapêuticos	Metas e ações previstas que visam a articular os CAPS à rede de Atenção Básica de saúde
PT 1	- Supervisionar e capacitar as equipes de Atenção Básica.
PT 9	- Cabe à Enfermagem prestar suporte às USF nas situações de assistência em saúde mental.
PT 10	- Capacitação técnica continuada -interna e externa- de profissionais e técnicos que atuam em serviços de atenção psicossocial e rede básica de saúde (consultorias, interconsultas e discussão de casos clínicos). - Realização de treinamentos para profissionais da rede, grupos de estudo, estágio na instituição para técnicos e profissionais externos.
PT 12	- Supervisionar e capacitar as equipes de Atenção Básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do território. - Implantação e organização de equipe matricial de saúde mental às equipes da Atenção Básica.
PT 17	- Criar espaços como cursos, supervisões, assessorias e visitas a outros serviços.
PT 18	- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica do município.
PT 19	- Supervisionar e capacitar as equipes de Atenção Básica; - Criar em cada posto ações de apoio matriciais com equipes mínimas de saúde mental.
PT 22	- Supervisionar e capacitar as equipes de Atenção Básica nos programas de saúde mental.
PT 23	- Criar espaços como cursos, supervisões, assessorias e visitas a outros serviços.
PT 3, PT 4, PT 5, PT 7, PT 8, PT 11, PT 14, PT 15, PT 16, PT 20 e PT 21	não referem informações sobre articulação dos CAPS à rede de Atenção Básica de saúde.

Outra possibilidade de comunicação possível e perceptível entre as diferentes instâncias em estudo ocorre baseada no sistema de referência e contrarreferência como se observa nos dados do Quadro 3 abaixo:

**Quadro 3.** Referência e contrarreferência dos CAPS com a atenção básica em municípios da Região Sul

Projetos terapêuticos	Referência e contrarreferência dos CAPS com a Atenção Básica
PT 1	- Paciente referenciado pela equipe do PSF.
PT 2	- Estabelecer referência e contrarreferência terapêutica com hospitais e outros serviços de saúde, como por exemplo, o PACS e o PSF.
PT 6	(ver no agente de saúde uma possibilidade de interligação da atenção básica e o serviço de saúde mental).
PT 9	- Nos casos de agendamento de retorno acima de três meses, as USF receberão contrarreferência do CAPS e deverão responsabilizar-se pelo acompanhamento periódico do usuário e família; - Nos casos de estabilidade do quadro psiquiátrico, o usuário será encaminhado à USF para fase de manutenção do tratamento, conforme indicações contidas no Documento de Reencaminhamento. Com isto, a ESF deverá se responsabilizar pelo fornecimento de receituários e prestará o atendimento clínico até a reavaliação psiquiátrica indicada, salvo ocorram alterações no quadro em tratamento.
PT 13	- Sempre que possível fazemos encaminhamentos à rede pública, especialmente PSF, mantendo retornos de avaliação mais esporádicos conosco.
PT 18	- Organizar uma rede de assistência pública hierarquizada, regionalizada e descentralizada, estabelecida sobre a rede básica que será provida por um sistema de referência e contrarreferência como forma de encaminhamentos e informação entre as diversas unidades.
PT 19	- A partir do momento em que o paciente estiver em condições de voltar à comunidade, será encaminhado ao PSF que o acompanhará, sob orientação do CAPS.
PT 3, PT 4, PT 5, PT 7, PT 8, PT 11, PT 14, PT 15, PT 16, PT 20 e PT 21	não referem informações sobre sistema de referência e contrarreferência do CAPS com a Atenção Básica

## DISCUSSÃO

No processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o atendimento em rede nos serviços territoriais é um marco de referência na reversão da lógica hospitalocêntrica. Deste modo, a atual conjuntura de reorganização do modelo de atenção à saúde mental no SUS vislumbra o CAPS como um dispositivo estratégico articulador para a progressiva desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais<sup>(12)</sup>.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), por sua vez, atua como importante dispositivo componente da rede de saúde mental, sendo vista como um lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais<sup>(13)</sup>. A integração destes dois dispositivos de atenção é percebida como

colaborativa no cuidado em saúde mental, por meio do acompanhamento conjunto do problema detectado<sup>(14)</sup>.

Em uma primeira análise, foi possível perceber que na organização da rede de atuação em saúde mental as relações das ações do serviço de saúde mental com a Atenção Básica aparecem mais como princípios do modelo do que em um explícito detalhamento de como estas ocorreriam na prática. Sugestões de movimentações não são suficientes para gerar articulação entre os diversos serviços da rede de atenção. A construção gradativa de um saber mais articulado pautado em ações seria mais adequado para atender à complexidade da demanda de quem sofre e procura ajuda nos dois serviços.

A supervisão e a capacitação das equipes são compreendidas neste estudo como uma forma de empoderar o profissional para poder intervir nos problemas de saúde da população de um determinado território, além de intervir junto aos que trabalham com as questões de saúde mental e a doença mental, para que possam ser valorizadas e cuidadas nesse processo, proporcionando maior consciência, criatividade e conhecimento do trabalho que estão se propondo a desenvolver.

Empoderar vai além da construção pelo sujeito de uma consciência crítica de seu contexto natural, social, cultural e político de vida ou da simples capacitação para atuar pela melhoria dos níveis de saúde, mas envolve aquisição de poder - isto é, supõe o vivenciar um processo articulado que integre a construção de uma consciência crítica com a ação ou o desenvolvimento da capacidade real de intervenção e transformação da realidade<sup>(15)</sup>.

Desta forma, ao analisar os dados do Quadro 2 percebemos diferentes alternativas de empoderamento e cuidado aos profissionais utilizadas pelos serviços como “capacitação técnica continuada -interna e externa- de profissionais e técnicos que atuam em serviços de atenção psicossocial e rede básica de saúde (consultorias, interconsultas e discussão de casos clínicos) e realização de treinamentos para profissionais da rede, grupos de estudo, estágio na instituição para técnicos e profissionais externos” (PT 10), “cursos, supervisões, assessorias e visitas” (PT 17) e “espaços como cursos, supervisões, assessorias e visitas” (PT 23).

Estas apreensões vão ao encontro de vários estudos<sup>(16-23)</sup>, quando apresentam diferentes estratégias atualizadas na construção da rede de atenção em saúde mental, podendo envolver a implementação de ações de saúde mental na atenção básica, a construção de práticas como o apoio matricial, a supervisão de casos, e o atendimento conjunto (realizado entre serviços especializados e de atenção básica) e criação de equipes volantes.

Ressalta-se o estudo<sup>(23)</sup> com referência ao Projeto Qualis desenvolvido na cidade de São Paulo-SP mostrando uma tentativa de materialização, capacitação e intervenção das equipes de saúde da família, desenvolvida por uma equipe de saúde mental motivada por uma profunda consciência desse espaço de atuação, suas especificidades

e necessidades. Para o autor, esta experiência deve ser promotora de autonomia responsável e não reforçar laços de dependência.

Propostas de ações presentes nos documentos analisados, como capacitação técnica continuada, consultorias, interconsultas e discussão de casos clínicos, cursos, supervisões, assessorias e visitas constituem a lógica do que entendemos por apoio matricial.

Especificamente, obtém-se a presença de apoio matricial nos trechos como: “*Implantação e organização de equipe matricial de saúde mental às equipes da Atenção Básica*” (PT 12) e “*Criar em cada posto ações de apoio matriciais com equipes mínimas de saúde mental*” (PT 19). Podemos observar que estas informações aparecem como propostas de implantação ou criação de matriciamento das equipes da atenção básica ou, pelo menos, nos remete à ideia da inexistência de experiências concretas de apoio matricial.

Desta forma, apoio matricial entre equipes pode ser entendido como uma metodologia de trabalho que visa a assegurar retaguarda especializada, tanto em nível assistencial como técnico-pedagógico. Pressupõe, assim, uma construção compartilhada entre a equipe de referência (profissionais da atenção básica) e os apoiadores, equipe de especialistas com a missão de agregar conhecimentos à equipe de referência, contribuindo com intervenções que aumentem sua capacidade de resolver problemas<sup>(24)</sup>.

O matriciamento visa a dar suporte técnico às equipes, bem como estabelecer a corresponsabilização<sup>(16)</sup>. Dessa forma, o CAPS, no papel de serviço especializado, não estaria desresponsabilizando-se de sua demanda, mas passando a atuar em outra perspectiva, a de descentralizar esse cuidado, levando-o para mais perto do usuário sendo este o maior beneficiado.

Um estudo transversal descritivo realizado na Bolívia visou a identificar elementos para assim melhorar a resposta diante dos distúrbios da saúde mental identificados. Os autores ressaltam a necessidade de uma adequada formação e capacitação dos trabalhadores da atenção básica dos cuidados primários de saúde<sup>(25)</sup>.

Conforme já evidenciado no Relatório de Pesquisa CAPSUL<sup>(6)</sup>, foi possível perceber nitidamente em alguns Projetos Terapêuticos a presença de dois modelos distintos de referenciação do usuário: um típico do modelo triangular, predominante no sistema de saúde vigente e nos projetos terapêuticos identificados com a ênfase na hierarquização; e um modelo que tende a flexibilizar a hierarquia em benefício de uma relação mais aproximada que se dirige à lógica do círculo, quando mantém algum tipo de diálogo (ir e vir) no interior do sistema (por exemplo, PT 6, PT 13, PT 19). Em inúmeros trechos dos Projetos Terapêuticos, identificamos, ainda, a presença tanto do modelo triangular como do modelo de círculo (PT 9).

Há ainda uma visão, predominantemente, fragmentada do trabalho em saúde nos serviços, baseada nos

conhecimentos especializados, propiciando, desta forma, o fortalecimento da lógica do encaminhamento, como as encontradas nas informações seguintes: “*Nos casos de agendamento de retorno acima de 3 meses, as USF receberão contrarreferência do CAPS e deverão responsabilizar-se pelo acompanhamento periódico do usuário e família*”, “[...] a ESF deverá se responsabilizar pelo fornecimento de receituários e prestará o atendimento clínico até a reavaliação psiquiátrica indicada, salvo ocorram alterações no quadro em tratamento” (PT 9).

A lógica dos encaminhamentos, muitas vezes, mascarados no sistema de referência e contrarreferência, gerou o que alguns autores sugerem chamar de “uma assistência partida”<sup>(26)</sup>. Conforme os autores, esta lógica tende à destituição de vínculo e à desresponsabilização, o que fica expresso no trecho: “*deverão responsabilizar-se pelo acompanhamento periódico do usuário e família*” e “*a ESF deverá se responsabilizar pelo fornecimento de receituários e prestará o atendimento clínico*” (PT 9). Percebemos nestas observações a transferência de responsabilidade, em lugar de seu compartilhamento

Em outras informações, em contraste com as informações acima, notamos que os serviços têm a preocupação de manter a responsabilidade sobre o cuidado do usuário mesmo após a alta para outra instância de atenção “*mantendo retornos de avaliação mais esporádicos conosco*” (PT 13) e “*A partir do momento em que o paciente estiver em condições de voltar à comunidade, será encaminhado ao PSF que o acompanhará, sob orientação do CAPS.*” (PT 19).

Nos dados do Quadro 3, o trecho “*Organizar uma rede de assistência pública hierarquizada, regionalizada e descentralizada, estabelecida sobre a rede básica que será provida por um sistema de referência e contrarreferência, como forma de encaminhamentos e informação entre as diversas unidades*” (PT 18) percebemos que ainda se encontra cristalizado um modelo calcado na fragmentação e burocratização nas formas de relacionamento entre os serviços de saúde, instituindo formas de se conceber e intervir nos equipamentos de saúde, repercutindo, deste modo, na desresponsabilização em vez de corresponsabilização entre profissionais e serviços<sup>(16)</sup>.

Para outros autores<sup>(24)</sup>, a lógica de hierarquização pressupõe uma diferença de poder/saber entre quem encaminha e quem recebe e ainda uma transferência de responsabilidade.

Desta forma, concordamos<sup>(27)</sup> quando consideram que o encaminhamento dos usuários dos serviços especializados para a atenção básica e o processo de capacitação são insuficientes para efetivação de um processo de descentralização, tendo em vista o caráter fragmentador do primeiro e a pontualidade do segundo<sup>(28)</sup>. Nesse sentido, o desenvolvimento de ações intersetoriais surge como uma forma de co-responsabilização entre equipe e população assistida.

Em uma análise mais ampla, conforme já evidenciado em outro estudo<sup>(29)</sup>, percebemos que nos Projetos Terapêuticos, em muitos momentos, a própria ideia de articulação da

rede é muito mais indicativa ou programática do que operacional e os itens referência e contrarreferência em muitas situações estão vazios de descrição (PT 3, PT 4, PT 5, PT 7, PT 8, PT 11, PT 14, PT 15, PT 16, pois não referem informações sobre os sistemas de referência e contrarreferência com a atenção básica) ou indicam apenas a construção de um formulário de referência e contrarreferência (PT 20 e PT 21).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta análise pôde-se observar que há em alguns serviços um olhar mais ampliado, aberto para a questão da atenção integral ao indivíduo, ou seja, equipamentos de atenção psicossocial comprometidos com sua clientela de atenção.

Mas, lamentavelmente, percebemos que os Projetos Terapêuticos muitas vezes resumem-se em uma junção de materiais referentes aos diferentes profissionais que compõem o serviço, apresentando um discurso não consante com as propostas da reformulação da assistência, de certa forma, individualista, autoritário e hierarquizado.

Nesse momento de transição da assistência em saúde mental, trabalhos voltados à avaliação desses serviços tornam-se imprescindíveis para obtermos dados que

comprovem sua eficiência, limitações e propor alternativas de melhoria da atenção dispensada.

Desta forma, é muito importante investir nesse segmento, pois atuar no território, com as interações sociais, relacionais e emocionais dos usuários é percebido como uma ferramenta fundamental para consolidação dos princípios da desinstitucionalização. Na verdade, a intervenção precisa chegar aos esforços reais e imaginários onde se disseminam a norma e a exclusão, passando pelo âmbito da política, das legislações, do trabalho e da cultura.

Em suma, percebemos que na organização da rede de atuação em saúde mental as relações das ações do serviço de saúde mental com a atenção básica aparecem mais como princípios do modelo do que um explícito detalhamento de como estas ocorreriam na prática. Sugestões de movimentações não são suficientes para gerar articulação entre os diversos serviços da rede de atenção. A construção gradativa de um saber mais articulado seria mais adequado para atender à complexidade da demanda de quem sofre e procura ajuda nos dois serviços.

**Agradecimentos:** nossos agradecimentos ao MCT-CNPq/ MS-SCTIE-DECIT-CT-Saúde – Edital 07/2005, pelo apoio financeiro para o desenvolvimento da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Amarante P. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997. p.163-86.
2. Fraga MN, Souza AM, Braga VA. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. Acta Paul Enferm. 2006;19(2):207-11.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF); 2002.
4. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2006; 22(5): 1053-1062.
5. Alarcón RD. Mental health and mental health care in Latin America. World Psychiatry. 2003; 2(1): 54-6.
6. Kantorski LP, organizadora. Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil. (Relatório). Pelotas: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; 2008.
7. Richardson RJ, organizador. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3a ed. São Paulo: Atlas; 1999.
8. Moreira SV. Análise documental como método e como técnica. In: Duarte J, Barros A, organizador. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas; 2005; p.269-79
9. Oliveira AA. Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas crianças: janelas de oportunidades” no município de São Paulo à luz da promoção da saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2007.
10. Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. RAE. 1995;35(2):57-63.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1997.
12. Tenório F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
14. Williams JW Jr, Manning JS. Collaborative mental health and primary care for bipolar disorder. J Psychiatr Pract. 2008;14 Suppl 2:55-64. Erratum in: J Psychiatr Pract. 2008 Nov;14(6):411.
15. Carvalho SR. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista [Internet]. 2007 [citado 2009 Jul 5]. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=12799](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=12799).
16. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde Mental. Saúde Soc [Internet]. 2009 [citado 2011 Set 9]; 18(1):63-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/07.pdf>
17. Vieira Filho NG, Rocha EC, França EM. Saúde mental na prática da atenção integral no Programa de Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Comunitária. 2006;2(5):15-24.
18. Carvalho SR, Campos GW. Modelos de Atenção à Saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Belém, Minas Gerais. In: Brasil. Ministério da Saúde. VER-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.138-53.
19. Souza AC, Vasconcellos MM, Amarante P. Novas perspectivas em atenção psicossocial. Dynamis. 2004;12(46):23-8.
20. Gonçalves PL. A unidade de referência e a equipe volante. In: Jatene AD, Lancetti A, organizadores. SaúdeLoucura 7: saúde mental e saúde da família. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001; p.109-16.

21. Cabral B, Lucena M, Oliveira M, Gouveia M, Freitas P, Pereira S, Câmara S. Estação comunidade. In: Jatene AD, Lancetti A, organizadores. *SaudeLoucura 7: saúde mental e saúde da família*. 2a ed. São Paulo: Hucitec, 2001; p.137–53.
22. Casé V. Saúde mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: Jatene AD, Lancetti A, organizadores. *SaudeLoucura 7: saúde mental e saúde da família*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001; p.121–35.
23. Tykanori R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A, organizador. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 55-9.
24. Campos GW, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.
25. Camacho-Arce C, Caballero-Baldivieso D, Venegas-Arzabe F. Situación de la atención primaria de salud mental en servicios públicos de El Alto, La Paz, Bolivia. *Rev Panam Salud Pública*. 2009;25(6):511–7.
26. Alves DS, Guljor AP. O cuidado em saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006; p. 221-40.
27. Zambenedetti G, Perrone CM. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis (Rio J)*. 2008; 18(2):277-93.
28. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CP. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(10):2375-84.
29. Jardim VM, Cartana MH, Kantorski LP, Quevedo AL. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(2): 241-8.